

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 001

Agência: 000002547-X

Conta: 0000026032-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02547-X

CONTA: 000000026032-0

Nr. da Autenticação D9965721FA845685

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210102715 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do platô tibial esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda, com perda óssea importante do polo superior. Fratura da patela esquerda. Fratura do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 30°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico de urgência com a colocação de fixador externo transarticular em membro inferior esquerdo, que posteriormente foi convertida para síntese interna com placa e parafusos no planalto tibial esquerdo, parafusos na patela e tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo, evoluindo com consolidação viciosa da fratura do platô tibial esquerdo. Atualmente, apresenta marcha claudicante à esquerda, hipotrofia muscular de todo o membro inferior, rigidez articular do joelho esquerdo, limitação de mobilidade articular do tornozelo esquerdo, edema residual em tornozelo esquerdo e joelho esquerdo, déficit e força motora do membro inferior esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3210102715

Nome do(a) Examinado(a): GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua do Meio, , Proximo ao Lava Jato, Mamanguape/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSDS / 4114347

Data e local do acidente: 20/12/2020 - Curral de Cima/PB

Data e local do exame: 05/07/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do platô tibial esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda, com perda óssea importante do polo superior. Fratura da patela esquerda. Fratura do tornozelo esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico de urgência com a colocação de fixador externo transarticular em membro inferior esquerdo, que posteriormente foi convertida para síntese interna com placa e parafusos no planalto tibial esquerdo, parafusos na patela e tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo, evoluindo com consolidação viciosa da fratura do platô tibial esquerdo.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 30°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Apresenta marcha claudicante à esquerda, hipotrofia muscular de todo o membro inferior, rigidez articular do joelho esquerdo, limitação de mobilidade articular do tornozelo esquerdo, edema residual em tornozelo esquerdo e joelho esquerdo, déficit e força motora do membro inferior esquerdo.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. João Bartolomeu P. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 4511

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 039.461.197-64 4 - Nome completo da vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GERALDO MARQUES DOS SANTOS 6 - CPF: 039.461.197-64
7 - Profissão: PINTOR INDUSTRIAL 8 - Endereço: RUA DO MEIO 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SERTÃOZINHO 12 - Cidade: MANANGUAPE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.230-000
15 - E-mail: ancelmoanachite.ri@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (33) 98175-5781

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Instrumento para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Folha de honorários)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: 2009 5 CONTA: 0045536 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se linha filial, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se linha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou de acordo de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MANANGUAPE, 24 DE MARÇO DE 2021.

Gerardo Marques dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021

Ocorrência nº. 360/2021

Aos VINTE E QUATRO dias de MARÇO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CRISTIANE SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:2min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

GERALDO MARQUES DOS SANTOS, conhecido(a) por GERO, Identidade nº 4.114.347 2ª VIA-SSDS/PB, CPF nº 089.461.197-64, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor industrial, filho(a) de Pai não declarado e Zuleide Marques dos Santos, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 04/02/1980 (41 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Meio, s/n, Sertãozinho, tendo como ponto de referência: Lava Jato, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83) 999373-1895 (CLARO/ZAP).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 20 de dezembro de 2020;
- 3) **Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) **Local do fato:** BP 071, próximo a entrada de Curral de Cima/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma de João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** Sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** Não;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

01 - VEÍCULO1: MOTOCICLETA HONDA CG 125 KS, ANO/MODELO 2009, COR PRETA, PLACA MOP 2024, CHASSI FINAL 27911, RENAVAN 0013855032-8, Licenciada em nome de EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO, conduzido por GERALDO MARQUES DOS SANTOS;
02 - VEÍCULO2: VW/GOL, PLACA MNC 0629, conduzido por EDNALDO COSTA DE LIMA;

7) Breve resumo do fato:

QUE no dia e hora acima citado o condutor do veículo 01 seguia da cidade de Mamanguape/PB, com destino a Curral de Cima/PB; QUE em sentido contrário, o condutor do veículo 02 tentou desviar de um buraco, invadiu a pista contrária e colidiu de forma frontal com o veículo 01, conduzido pelo noticiante; QUE ambos os veículos estavam com o farol alto, o que pode ter contribuído para o acidente ter acontecido; QUE pouco tempo depois o noticiante foi socorrido para o Hospital de Trauma de João Pessoa/PB, passou por cirurgia (CID.s.: 10S82.1, 10S82.0, 10S82.6 e T14.9) e ficou internado aproximadamente três meses; QUE o noticiante afirma não ter CNH para conduzir veículo automotor.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

geraldo marques dos santos

GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.5911



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS CPF da Vítima: 094.461.197-64 Data do Acidente: 20/12/2020

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura de MARAVINHA 24 de MARÇO de 2021
Local e Data

Assinatura de Gerardo Marques dos Santos

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 060.917.335

DADOS DO CLIENTE:

ZELEIDE M*** D** S*******

RUA DO ME** S/* 58280000
MAMANGUAPE



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1453723-7



www.energisa.com.br



@energisa



REFERÊNCIA

MAR/2021



APRESENTAÇÃO

19/03/2021



CONSUMO

73 kWh



VENCIMENTO

26/03/2021



TOTAL A PAGAR

R\$ 69,01

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9	00190.00009 03268.926007 28365.309179 8 85710000006901		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A				VENCIMENTO 26/03/2021	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	
ENDERECO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				NOSSO NÚMERO 32689260028365309	
DATA DO DOCUMENTO 19/03/2021	Nº DOCUMENTO 000000000-2021-03-5	ESPÉCIE DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 19/03/2021	(=) VALOR DO DOCUMENTO 69,01
CARTEIRA 17	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				(-) OUTRAS DEDUÇÕES	
				(+) MORA/MULTA	
				(+) OUTROS ACRÉSCIMOS	
				(=) VALOR COBRADO	
PAGADOR ZELEIDE M***** D** S*****		CNPJ/CPF 029.2***-***-***		CÓD. DE BAIXA	
RUA DO ME** S/* 58280000		MAMANGUAPE (AG: 14)			
SACADOR/AVALISTA					

Ganhe mais facilidade pagando com o PIX! Use seu app de pagamento favorito, escolha "Pagar com o PIX" e leia o código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em contavoltz.com/pix



autenticação eletrônica

Ficha de Compensação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021

Ocorrência nº. 360/2021

Aos VINTE E QUATRO dias de MARÇO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CRISTIANE SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:2min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

GERALDO MARQUES DOS SANTOS, conhecido(a) por GERO, Identidade nº 4.114.347 2ª VIA-SSDS/PB, CPF nº 089.461.197-64, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor industrial, filho(a) de Pai não declarado e Zuleide Marques dos Santos, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 04/02/1980 (41 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Meio, s/n, Sertãozinho, tendo como ponto de referência: Lava Jato, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83) 999373-1895 (CLARO/ZAP).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 20 de dezembro de 2020;
- 3) **Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) **Local do fato:** BP 071, próximo a entrada de Curral de Cima/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma de João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** Sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** Não;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

- 01 - VEÍCULO1: MOTOCICLETA HONDA CG 125 KS, ANO/MODELO 2009, COR PRETA, PLACA MOP 2024, CHASSI FINAL 27911, RENAVAN 0013855032-8, Licenciada em nome de EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO, conduzido por GERALDO MARQUES DOS SANTOS;
- 02 - VEÍCULO2: VW/GOL, PLACA MNC 0629, conduzido por EDNALDO COSTA DE LIMA;

7) Breve resumo do fato:

QUE no dia e hora acima citado o condutor do veículo 01 seguia da cidade de Mamanguape/PB, com destino a Curral de Cima/PB; QUE em sentido contrário, o condutor do veículo 02 tentou desviar de um buraco, invadiu a pista contrária e colidiu de forma frontal com o veículo 01, conduzido pelo noticiante; QUE ambos os veículos estavam com o farol alto, o que pode ter contribuído para o acidente ter acontecido; QUE pouco tempo depois o noticiante foi socorrido para o Hospital de Trauma de João Pessoa/PB, passou por cirurgia (CID.s.: 10S82.1, 10S82.0, 10S82.6 e T14.9) e ficou internado aproximadamente três meses; QUE o noticiante afirma não ter CNH para conduzir veículo automotor.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

geraldo marques dos santos

GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.5911

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 060.917.335



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE:

ZELEIDE M***** D** S*****

RUA DO ME** S/* 58280000
MAMANGUAPE



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1453723-7



www.energisa.com.br



@energisa



REFERÊNCIA

MAR/2021



APRESENTAÇÃO

19/03/2021



CONSUMO

73 kWh



VENCIMENTO

26/03/2021



TOTAL A PAGAR

R\$ 69,01

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9	00190.00009 03268.926007 28365.309179 8 85710000006901		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A				VENCIMENTO 26/03/2021	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA CNPJ 09.095.183/0001-40				AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	
ENDERECO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				NOSSO NÚMERO 32689260028365309	
DATA DO DOCUMENTO 19/03/2021	Nº DOCUMENTO 000000000-2021-03-5	ESPÉCIE DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 19/03/2021	(=) VALOR DO DOCUMENTO 69,01
	CARTEIRA 17	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(+) MORA/MULTA
					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(=) VALOR COBRADO
PAGADOR ZELEIDE M***** D** S***** RUA DO ME** S/* 58280000 SACADOR/AVALISTA		CNPJ/CPF 029.2***-***-*** MAMANGUAPE (AG: 14)		CÓD. DE BAIXA	

Ganhe mais facilidade pagando com o PIX! Use seu app de pagamento favorito, escolha "Pagar com o PIX" e leia o código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em
contavoltz.com/pix



autenticação eletrônica

Ficha de Compensação



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) GERALDO MARQUES portador(a)
da identidade RG 405 582 05, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
_____ horas, portador(a) da patologia CID-
10 S82.1 + S82.0 + S82.5 + S82.6
F M 86.1, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 180 (cento e oitenta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 20/12/2020.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Milton da Silva Linhares

CRM 4714 TEOT 6/15

Ortopedia Traumatologia

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(_____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
GERALDO MARQUES DOS SANTOS

CPF

08946119764

FOI ATENDIDO (A) POR **JOAO OCTAVIO COSTA FILHO**

DO (A) **POSTO IB - ENF 12**

NO DIA **20/12/2020 20:10:07**, NECESSITANDO DE **120** - cem vinte

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S82.1**

S82.1

S82.0

S82.6

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

João Pessoa, 13/03/2021

LOCAL E DATA

João O Costa Filho
Médico
CRM-PB 12675

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

João O Costa Filho
Médico
CRM-PB 12675

JOAO OCTAVIO COSTA FILHO
(12675/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Documento de Alta

Nome: GERALDO MARQUES DOS SANTOS		Idade: 40A 10M 17D		Data de Internação: 20/12/2020 23:11:59	Sexo: Masculino	Número Prontuário: 126710
Mãe: ZULEIDE MARQUES DOS SANTOS		Data de Alta: 13/03/2021 08:23:11		BAE: 1277079		
Endereço: RUA PROJETADA, 67				Bairro: CENTRO	Município: CURRAL DE CIMA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA						
Conduta: ALTA MÉDICA PARA PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA, TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO NO 17º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS(FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR). SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PACIENTE EVOLUI SEM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, SEM FEBRE OU DOR. DISCUTIDO COM EQUIPE DE TORNOZELO, SENDO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO TORNOZELO E.						
Resumo da Internação: PACIENTE COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS(FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR, COM COMPLICAÇÃO PARA LINFANGITE E INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA. FEZ USO DE CEFTAZIDIMA E OXACILINA POR 29 DIAS. INFECTOLOGISTA SUGERE MODIFICAR ANTIBIOTICOTERAPIA PARA CIPROFLOXACINO 500MG 12/12H POR 6 SEMANAS DE FORMA AMBULATORIAL.						
Resultado de Exames: RADIOGRAFIA, TOMOGRAFIA, HEMOGRAMA CULTURA BACTERIANA DE FRAGMENTO OSSEO 15/02/2021: AUSENCIA DE CRESCIMENTO BACTERIANO.						
Tratamento: #17º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS(FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR) #41º DPO DE COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA (F.O. NO PE ESQUERDO), POR DR GEORGE KENNEDY, SEM INTERCORRENCIAS. #27º DPO DE LMC + RETIRADA DE FRAGMENTO OSSEO PARA CULTURA BACTERIANA POR DR GUSTAVO MENDONÇA						
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia						
Recomendações: ALTA MÉDICA + ANTIBIOTICOTERAPIA COM CIPRO 500MG POR 6 SEMANAS CONFORME INDICAÇÃO DO INCTOLOGISTA + ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGESIA + RETORNO AMBULATORIAL PARA DR. GUSTAVO MENDONÇA NO CERES1						

Data: 13/03/2021

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

João O. Costa Filho
Médico
CRM-PB 12675

JOAO OCTAVIO COSTA FILHO
CRM: 12675 - PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



PARAIBA

Receituário

Paciente: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Idade: 40

Data: 24/12/2020 13:39:52

Sexo: Masculino

CPF: 08946119764

BAE: 1277079

DECLARAÇÃO MÉDICA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DECLARO, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, QUE O SR. GERALDO MARQUES DOS SANTOS ESTÁ INTERNADO NESTE HOSPITAL, DESDE DIA 20/12/2020 NESTE SERVIÇO DE ORTOPEDIA, PORTADOR DOS CID 10. S821, S820 E S826, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO. APÓS PROCEDIMENTOS E ALTA HOSPITALAR RECEBERÁ O ATESTADO DEFINITIVO DE TODO PERÍODO EM QUE SE ENCONTROU INTERNADO E O TEMPO NECESSÁRIO PARA SUA RECUPERAÇÃO NO MOMENTO LÚCIDO E ORIENTADO

Dra. Thaysa Costa

Dr. THAYSA DE SOUSA COSTA
12799/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep 58031-090

Enfermaria 12



Identificação do paciente	
ID 1563788	Nome GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Data de nascimento 04/02/1980	Estado civil UNIAO ESTAVEL
Mãe ZULDEI MARQUES DOS SANTOS	Religiao
Escolaridade	PI SEM INFORMACAO
DDD Celular 83	Responsável (Parentesco) RIZONEIDE PEREIRA DA SILVA - ESPOSA(A)
Número documento 08946119764	Telefone
Local da procedência BR 101	DDD
Email	Nº Cns 700909907706295
Naturalidade MAMANGUAPE	Tipo BAIRRO
	UF PB
	CBO/R
Endereço	
CEP 58291000	Município de residência CURRAL DE CIMA
Número 67	UF PB
	Complemento
	Bairro CENTRO
Admissão	
Data e Hora 20/12/2020 20:10:06	Número da pulseira 1000006806674
Especialidade CIRURGIA GERAL	Convênio SUS
Classificação de risco	Clinica
Caráter de atendimento	Origem do paciente RODOVIA
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte	
Caso policial Não	Veio de ambulância Não
Plano de saúde Não	Trauma Não
Meio de transporte UBU	Quem transportou
Sinais Vitais	
PA	Pulso
X	Temperatura
Exames complementares	
Rale X []	Sangue []
Urina []	TC []
Liquor []	ECG []
Ultrassonografia []	
Dados clínicos	
Diagnóstico	
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA	CID
Tempo	

Imprimir

RIVALDO MARQUES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1277079	Data/Hora Entrada 20/12/2020 20:10:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 04/02/1980	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 700909907706295	Prontuário 126710
Tempo de Internação 16d 7h 47min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 20/12/2020 20:10:06	Data Internação 20/12/2020 23:11:59	Permanência na Unidade: 16d 10h 48min		
		Permanência no Leito: 3d 16h 17min		

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 06/01/2021 06:58:33)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

17º DPO

#FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO
#FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO
#FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA
#FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DO MIE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM FERIMENTO EM JOELHO, PERNA E RETRO PE ESQUERDO. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. NEURO VASCULAR OK. PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS.

AO EXAME: FERIMENTO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO E PERNA ESQUERDA E REGIÃO POSTERIOR DO TORNOZELO ESQUERDO SOB CURATIVO.

OPME: PATELA - CERCLAGEM; PLATO - CX 4.5 E PLACA EM L; TORNOZELO CX 3.5

RISCO CIRURGICO 02/01: LIBERADO PARA O PROCEDIMENTO \ RISCO GRAU I \ I I

CD : VPM

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES
SARMENTO JUNIOR

Número Conselho:
12411



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sociedade Hospitalar Unimed

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031080

Tel: 32165700 - CNES: 2893362



Impresso por: JOAO OCTAVIO COSTA FILHO
Em: 09/03/2021 09:58:17

Nome GERALDO MARQUES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1277679		Data/Hora Entrada 20/12/2020 20:10:08		Data/Hora Saída	
Data de nascimento 04/02/1980		Idade 40		Sexo Masculino		CNS 70000990700295	
Tempo de Internação 2m 16d 6h 47min				Convênio SUS		Prioridade 128710	
Data de Entrada 20/12/2020 20:10:08		Data Internação 20/12/2020 23:11:39		Permanência na Unidade 2m 16d 9h 48min		Plano NOTURNO	
						Permanência no Leito 21d 15h 19min	

João O. Costa Filho
Médico
CRM-PB 28735

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-195



geraldo marcos dos santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL 1988



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
089.461.197-64

Nome
GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Nascimento
04/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.114.347

-2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

08/08/2018

NOME

GERALDO MARQUES DOS SANTOS

FILIAÇÃO

ZULEIDE MARQUES DOS SANTOS

NATURALIDADE

MAMANGUAPE-PB

DATA DE NASCIMENTO

04/02/1980

DOC ORIGEM

CASAM N.1707 FLS.107 LIV.B-AUX.06
CARTORIO 10º JOÃO PESSOA-PB

CPF

089.461.197-64

João Pessoa - PB

Assinatura de Geraldo Marques dos Santos

O +

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Civil e Criminal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015766417873
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0013855032-8 00/00000000 2020

EDIVALDO ROBRIGUES DO NASCIMENTO

09882224423 MOP2024/PB

NOVO PB 9C2JC41109R027911

PBS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CE 125 PAB 125

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS

1 00/00/0000 1

2 0 2

3 0 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/09/2020

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE FOMENTO OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CURRAL DE CIMBOP 02/09/2020

40886



Assinatura

2241

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT

PB Nº 015766417873 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1264

1 09882224423 MOP2024/PB

0013855032-8 HONDA/CE 125 PAB 125

2009 9 9C2JC41109R027911

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) 00/09/2020

02/09/2020 SEGURO PAGO

DATA UNICA 01/03/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04

2241-1058017-20200902



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

GERALDO MARQUES DOS SANTOS

CPF da Vítima

096.461.197-81

Data do Acidente

20/10/2022

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MANANGUE, 24 de MARÇO de 2022
Local e Data

GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 039.461.197-64 4 - Nome completo da vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: GERALDO MARQUES DOS SANTOS 6 - CPF: 039.461.197-64
7 - Profissão: PINTOR INDUSTRIAL 8 - Endereço: RUA DO MEIO 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SERTÃOZINHO 12 - Cidade: MANANGUAPÉ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.230-000
15 - E-mail: ancelmoanacite.ribeiro@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (33) 98175-5781

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Instrumento para os bancos abater. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Folha de honorários)

Nome do BANCO: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: 2009 5 5 5 3 6 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se linha filial, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vivascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se linha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou de acordo de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MANANGUAPÉ, 24 DE MARÇO DE 2021.

Gerardo Marques dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 127079 e PRONTUÁRIO nº 126710

PACIENTE: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 04.02.80

Horário: 20:10h

Data e Hora do Atendimento: 20.12.20

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital trazido pelo SAMU vítima de acidente (colisão moto x carro) apresentando quadro de dor na perna esquerda, fratura com exposição óssea na região do joelho, perna e pé esquerdo. Atendido pelo Dr. Araújo S. de Alencar CRM 7967, Dr. Clementino Alexandre Neto CRM 7596, Dr. Marcel Saraiva CRM 6900, Dr. Thales Farias CRM 8799, Dra. Thayssa Costa CRM 12799.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO + FRATURA DA PATELA + FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO + OSTEOMIELITE DO JOELHO ESQUERDO CID 10 S 82.1, S 82.0 S 82.6 e M 86

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx do joelho esquerdo AP e Perfil, Rx da perna esquerda AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 21.12.20 com colocação de fixador transarticular do membro inferior esquerdo e limpeza mecânico-cirúrgica. Em 16.01.21 realizado limpeza mecânico cirúrgica do joelho esquerdo. Em 27.01.21 realizado retirada de fixador externo transarticular do membro inferior esquerdo. Em 01.02.21 com coleta de material para cultura no joelho esquerdo, em 15.02.21 limpeza mecânico cirúrgica com coleta de material para cultura no joelho esquerdo, em 25.02.21 com redução e fixação de fratura do platô tibial esquerdo e de fratura grave da patela esquerda.

ALTA HOSPITALAR: Em 13.03.21

Data da Emissão: 24.05.21

Dr. Gleider Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HEISHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

DR. GLEIDER TERCIO TRINDADE
MÉDICO AUDITOR
CRM - 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086508/21

Número do Sinistro: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

CPF: 089.461.197-64

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 20/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.