

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Nº Sinistro: **3180224811**

Vitima: **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**

Data do Acidente: **02/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180224811**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12823722



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA  
Nº Sinistro: 3180224811  
Vitima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA  
Data do Acidente: 02/03/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180224811**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12874792



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA  
Nº Sinistro: 3180224811  
Vitima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA  
Data do Acidente: 02/03/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180224811**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13163046



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA

Sinistro: 3180224811

Vítima: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA

Data do Acidente: 02/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180224811** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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**

Sinistro: **3180224811**  
Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CARMELO RUFFO FILHO nº SN - MANGABEIRA - JOAO PESSOA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4033954-2**  
Data e local do acidente: **02/03/2017 JOAO PESSOA/PB**  
Data e local do exame: **22/08/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.**

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

**FRATURA DE TÍBIA DIREITA. TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA**

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

**CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM NA FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA, DISCRETO DESVIO DO EIXO DA PERNA PARA DENTRO, MARCHA ACELERADA CLAUDICANTE E INSTÁVEL.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**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 seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

701.961.271-16

Lucas Fernandes M. e Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Lucas Fernandes M. e Silva	701.961.271-16	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Carmelo Rêgo Filho	51N	CS-130-V165-21145
Bairro	Cidade	Estado
Alamogaba	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
Zeduardosilva@hotmail.com	58059-302	99343-1170

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço informado. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Brasil

AGÊNCIA

Nº

DV

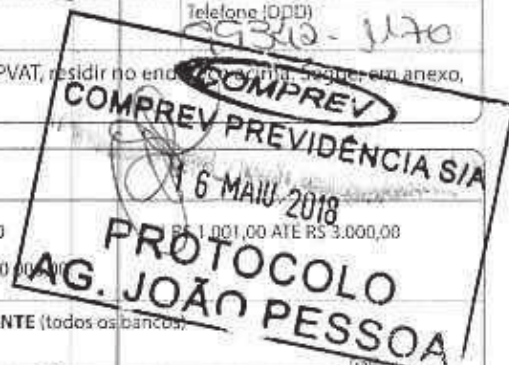
(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 08 de maio de 2018

Local e Data

Lucas Fernandes Medeiros e Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Contratado:** (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 3396-0 - TAMBAU ( PB ), inscrita no CNPJ nº 000.000/2505-46, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

**Proponente/Contratante 1: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA**, inscrito(a) no CPF: ob o n.º 701.961.274-16, capaz, sexo masculino, brasileiro(a), natural de SANTA RITA PB, nasci lo(a) em 15/07/1994, filho(a) de MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA e FABIANA FERNANDE S DE ALMEIDA, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 4033954, emitido(a) em 13/03/2012, pelo(a) SSDS PB , auxiliar de servicos gerais, endereço residencial: CARMELO RUFFO FILHO SN CS 103 Q 165 L 109, MANGABEIRA, JOAO PESSOA - PB , CEP 58.059-302 , telefone(s) (83) 98810- 149, solteiro(a), sem união estável .

### Dados da conta

Agência 3396-0, conta-corrente n.º 2.581-X, poupança ouro n.º 510.002.581-2, poupança pc ipex n.º 960.002.581-4, conta individual, aberta em 13.02.2017.

**PACOTE DE SERVIÇOS:** O Proponente/Contratante Declara ter conhecimento de que pode optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular **BACEN nº 3.594**, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos - Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos **SERVIÇOS ESSENCIAIS**, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo Banco do Brasil S/A, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas em conta para os **SERVIÇOS ESSENCIAIS** ou que não sejam considerados **SERVIÇOS ESSENCIAIS**.

### Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o Contratado aceita a abertura de conta corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Fidejussória.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme n.º 924.356, em 14/07/2017, que integram este contrato, e também, com as Informações essenciais - Conta corrente e conta poupança, formando um documento único e indivisível, cuja cópia recebe(m) no ato da assinatura deste instrumento.

O(s) Proponente(s)/Contratante(s) declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqui eles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

O Proponente/Contratante autoriza que os saldos devedores na conta corrente ora aberta e que não forem pagos nos respectivos vencimentos poderão ser automaticamente compensados com créditos existentes em outras contas-correntes ou aplicações financeiras.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00402.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00402.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:54 horas do dia 02 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucas Fernandes Medeiros e Silva**, RG nº 4033954 SSP/PB, CPF nº 701.961.274-16, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Fabiana Fernandes de Almeida e Marcos Aurélio Medeiros e Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 15/07/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Zélia de Oliveira Farias, Nº 02, complemento casa, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Próximo Ao Psf do João Paulo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98690-5975.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Administrador Emanuel Angelo de Oliveira, Próximo a Michel Borracheiro, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/03/17 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, PRETA, ANO 2010, PLACA NQB8076/PB, CHASSI 9C2JC4110AR663406, registrada em nome de YARLEY AURELIO MEDEIROS FERNANDES, quando foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0874/2017, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 12.07.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Informa ainda que após o acidente foi socorrido pelos BOMBEIROS e levado para o Hospital de Trauma, de onde foi transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 02 de março de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA  
Noticiante





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 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

Lucas Fernandes M. e Silva

CPF da Vítima

701.961.271-16

Data do Acidente

02-03-17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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. 2º 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa 08 de maio de 2018

Local e Data

Lucas Fernandes Medeiros e Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## CERTIDÃO


Nº. 0874/2017

Recebendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Fictícia de atendimento Nº 10281 e Prontuário Nº 2017.03.000285 pertencentes a LUCAS VIANDES MEDEIROS E SILVA foi atendido dia 02/03/2017 às 21H11min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em joelho direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da diáfise da tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/03/2017 com alta dia 09/03/2017.

Para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à Saúde, outorgo e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de julho de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





PRÉ-ATENDIMENTO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
56055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 10281 Atd: Nao Regular  
Data: 02/03/2017  
Hora: 21:11:34  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.000285

CNS: 163919521840001 Sexo: M IDENTIDADE: 4033954 Fone: 986581719

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/07/1994 Id: 22 ano(s)

End.: RUA CARMELO RUFFO FILHO, 102

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA

Pai: MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Telex. Doc. Responsavel: 986581719 / IDENTIDADE: 4033954

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[x] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Tumores com fratura exposta

MID

Não é Alérgico  
plio do HETSAL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao





FEV/18	71,16
--------	-------

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO 05701485



ENTRADA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA FARRAIA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

12576  
NOME  
JOSE EDUARDO DA SILVA

SOBRENOME  
JOSEFA GERVASIO DA SILVA  
NASCIMENTO  
JOÃO PESSOA-PB

RG  
1.054.882 - SSP/PB  
TÍTULO DE IDENTIDADE  
NÃO

DATA DE EMISSÃO  
02/04/2017  
VIA  
455.528.014-31  
10/04/2017

VITAL RIBEIRO DOS SANTOS  
PRESIDENTE

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 528965XXXXXX3655  
Atendimento a Clientes: 40049009  
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura  
28/10/2017

Total da fatura  
R\$ 50,00

Pagamento R  
R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá encerrar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44.  
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



OTC RECIFE PE PLE  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA 58  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98868 21000044754 30 171017  
Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

**Demonstrativo**

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Creditor/Débit
		Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			10
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			9
	Subtotal Nacional			0
	JOSE EDUARDO DA SILVA 528965XXXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
13/10	ASSIDUADE DIFERENCIADA TIT 02/04			0
	Subtotal Nacional			0
	Total Nacional			0
	Total Internacional			0
	Total da Fatura			0

Simulador do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível 222,06 Pontos a Expirar 1230

Encargos  
MULTA 2,00 %  
MORSA 1,00 %  
TOTAL 3,00 %

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo de Sá Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bucas Fernandes Medeiros e Silva inscrito

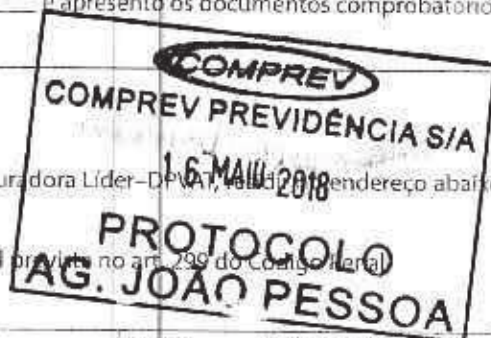
(a) no CPF sob o Nº 701.961.274-16 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Bucas Fernandes Medeiros e Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.961.274-16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, o endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>59</u>	Complemento -
Bairro <u>Alameda</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>91930-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4190</u>	

João Eduardo de Sá Silva 15 de maio de 2017  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Yarley Aurelio Almeida Fernandes  
RG nº 328 5716, data de expedição 10/01/2018  
Órgão SSP - PB portador do CPF nº 308.880.181-00 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Leandro Ruffo Filho, nº 512  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Lucas Fernandes M. e Silva cujo o condutor era  
Lucas Fernandes M. e Silva

Veículo: moto  
Modelo: HONDA/CG125FAN  
Ano: 2010  
Placa: NRB 8076/PB  
Chassi: 9C2J C4110A R663406  
Data do Acidente:  
Local e Data: João Pessoa, 08-05-18

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Not. Rômulo Vieira Batista - Titular do 2º Ofício - Rua Angélica Vieira Batista - S. Centro  
Av. Barão de Itaipu, 42 - B. Guarani - Fone: 3379-8550 - João Pessoa - Paraíba - CEP: 51.100-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas de

YARLEY AURELIO MEDEIROS FERNANDES

\*\*\*\*\*

Em test.de verdade, João Pessoa-PB 08/05/2018 15:19:30

Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO

[2018-022327]EML:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,97

SELO DIGITAL: AGW04560-SU/VI

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipb.jus.br>

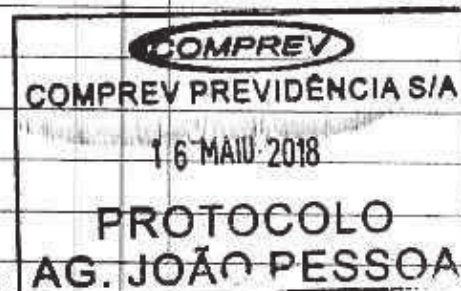


Run An Email Lead Capture Page: [Run An Email Lead Capture Page](#)



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Lucas Fomazinho Moura</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>02/10/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. Fomazinho</i>			1º Assistente: <i>Dr. Fomazinho</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiologista: <i>Dr. Fomazinho</i>	Tipo Anestesia: <i>RAU</i>			Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Lesão ocular da</i> <i>glândula lacrimal</i> <i>primária</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Lançamento</i> <i>de</i> <i>glândula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 ( ) Sim	Descreva:	
			2 ( ) Não		
Biópsia de Congelação:			1 ( ) Sim		
			2 ( ) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Tru e de de Cam  
Mau de us leg  
fe euduer

Incisão:

Lançamento

Achados:

in fine  
filas

Conclusão:

Dr. Torquato Gomes Ribeiro  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgião de Mão  
CRM - 6350

Fechamento:

OBS:

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16-MAIO-2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESS

Data: / /

MÉDICO/CRM



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome:** Carlos Fernando

**Prontuário:** \_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**QPD:** hist. exposto a febre durante

**HDA:** 25.12.2017, admitido no hospital

a internar-se no hospital em

25.12.2017

**Medicações em uso:** \_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia **Audição:** \_\_\_\_ **Visão:** \_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_ **Outros:** \_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hiperemese ☐ Nauséas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_ ☐ Rigidez miotônica ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmo

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Mortalidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor





Ortopedia

18h  
21/3/17

Paciente com dor + fêmur  
e punho  
Pr. cl. gral exposta do fêmur  
cd: Encaminhado ao ortopedico

Trabata  
Jacques Paiva Cavalcaniti  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PB 1625  
CRM-PB 19492

#3MF#  
02/03/2017  
18:30

Paciente vítima de acidente motociclista  
NÚCLEO VITIMAS E DANOS NO MOMENTO DO  
APRESENTAR-SE EM REGIÃO URBANA, RESPOSTA  
CIENTE, AO EXAME FÍSICO APRESENTA  
DORÇÃO SUPRACILIAR (E), FEMURIS AB. 25  
em HEMORRAGIA (E), SEM SINAIS DE FRACTURA  
OSSOS DA FACE. SENDO CONFIRMADO POR  
RADIOLOGIA.

CD: ① SUTURA

② ATEN. RMF (aos cuidados de ortopedico)

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Leonardo Mendes Campos  
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial  
e Implantodontista  
CRM-PB 3269

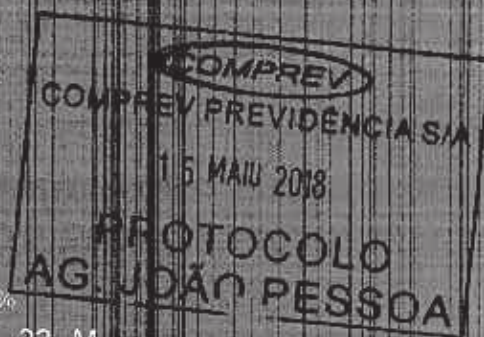


000000019652

PROFILE

SC 31 %

000000019652 LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA 22 M  
02.03.2017  
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY  
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 10281 Atd: Nao Reg  
Data: 02/03/2017  
Hora: 21:11:34  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.000285

CNS: 63919521840001 Sexo: M IDENTIDADE: 4033954 Fone: 986581719

Maternidade: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/07/1994 Id: 22 ano(s)

End.: RUA CARMELO RUFFO FILHO, 102

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA

Pai: MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resort: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Sexo Doc. Responsavel: 986581719 / IDENTIDADE: 4033954

Procedência: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Case Policial

PRÉ CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Altura: IMC:

Temp. Abd: O2%:

☒ Aparentemente Bem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observação:

Queixa Principal

Torção com fratura exposta

MED

Não é Alérgico  
glúten do AETSAL

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico:

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao





Assinatura e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermeira | Reservado p/ liberação

INTERVENÇÃO REALIZADA



ENTRADA DO PACIENTE

☐ Desistência

☐ Alta a pedido

☐ Transf. para

☐ Enfermaria

☐ Desistência ☐ UTI

Óbito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

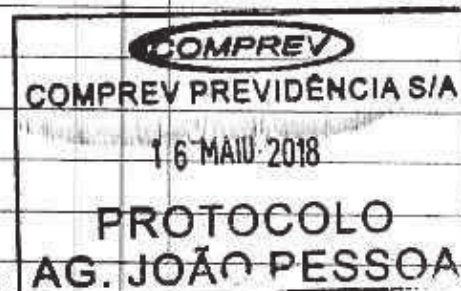
Assinatura e Carimbo do Médico





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Lucas Fomazzo Moura</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>02/10/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. Fomazzo</i>			1º Assistente: <i>Dr. Fomazzo</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiista: <i>Dr. Fomazzo</i>	Tipo Anestesia: <i>RAU</i>			Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Exame ocular de</i>					
<i>pressão</i>					
<i>pressão</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Laparoscopia</i>					
<i>falso</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Tru e debr com  
man de 15 ligas  
fe euduer

Incisão:

Lançamento

Achados:

in fine  
filas

Conclusão:

Dr. Torquato Gomes Ribeiro  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgião de Mão  
CRM - 6350

Fechamento:

OBS:

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16-MAIO-2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data: / /

MÉDICO/CRM





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome:** Carlos Fernando

**Prontuário:** \_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**QPD:** hist. exposto a febre durante

**HDA:** 25.12.2017, admitido no hospital  
a internar por febre  
25.12.2017

**Medicações em uso:** \_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: \_\_\_\_ ☐ Visão: \_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_ ☐ Outros: \_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hicção ☐ Nauséas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_ ☐ Rigidez muscular ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmo

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



Ortopedia

18h  
21/3/17

Paciente com dor + fêmur  
e punho  
Pz cl/ gral exposta do fêmur  
cd: Encaminhado ao ortopedico

Trabata  
Jacques Paiva Cavalcaniti  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-PB 1625  
CRM-PB 19492

#3MF#  
02/03/2017  
18:30

Paciente vítima de acidente motociclista  
NÚCLEO VITIMAS E DANOS NO MOMENTO DO AC-  
IDENTIFICAR-SE EM REGISTRO, RESPOSTA D-  
CIENTE, AO EXAME FÍSICO APRESENTA FEL-  
NOCIAÇÃO SUPERCILIAR (E), FEMURAS AB-  
EM HEMILUXE (E), SEM SINAIS DE FRACTURA  
OSSOS DA FACE SENDO CONFIRMADO POR  
RADIOLOGIA.

CD: ① SUTURA

② ATEN RUF (AOS CURSOS DE ORTOPEDIA

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Leonardo Mendes Campos  
Cirurgião Buc-Maxilo-Facial  
e Implantodontista  
CRM-PB 3269

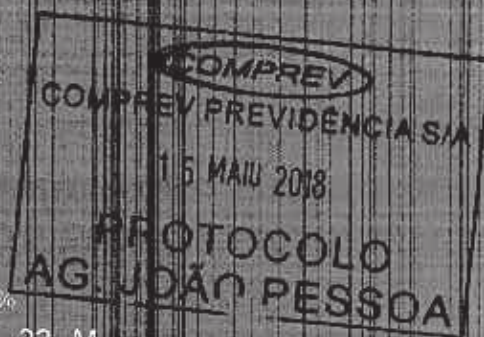


000000019652

PROFILE

SC 31 %

000000019652 LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA 22 M  
02.03.2017  
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 10281 Atd: Nao (leg)  
Data: 02/03/2017  
Hora: 21:11:34  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.000285

CNS: 63919521840001 Sexo: M IDENTIDADE: 4033954 Fone: 986581719

Maternidade: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/07/1994 Id: 22 ano(s)

End.: RUA CARMELO RUFFO FILHO, 102

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: FABIANA FERNANDES DE ALMEIDA

Pai: MARCOS AURELIO MEDEIROS E SILVA

Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resort: LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SILVA

Sexo Doc. Responsavel: 986581719 / IDENTIDADE: 4033954

Procedência: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: NAO

Vítima de violência por: NAO

Case Policial

PRÉ CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Altura: IMC:

Temp. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☒ Aparentemente Bem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observação:

Queixa Principal

Torção com fratura exposta

MED

Não é Alérgico  
glúten do AETSAL

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico:

Conduta

Prescrição

Horário da medicação





Assinatura e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura da Enfermeira | Reservado p/ liberação

INTERVENÇÃO REALIZADA



ENTRADA DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transf. de Enfermaria

☐ Desistência ☐ UTI

☐ Alta a pedido ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

**Dra. Arleide Andrade Medeiros**  
**CRM/PB 11.289**

Paciente: LUCAS FERNANDES MEDEIROS DA SILVA

**LAUDO MÉDICO.**

O paciente LUCAS FERNANDES MEDEIROS DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito em 02/03/2017, em decorrência do qual sofreu fratura exposta no membro inferior direito, fratura da diáfise da tíbia direita, como ficou evidenciado por exame de imagem.

Submetido a procedimento cirúrgico para tratamento da fratura da diáfise da tíbia direita em 02/03/2017, tendo recebido alta hospital em 09/03/2017.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se significativa limitação nos movimentos face da extensão das lesões diagnosticadas, revelando sequelas no membro inferior direito insuscetíveis de amenização por medidas terapêuticas ordinárias, com redução da capacidade para o exercício normal das atividades habituais do paciente.

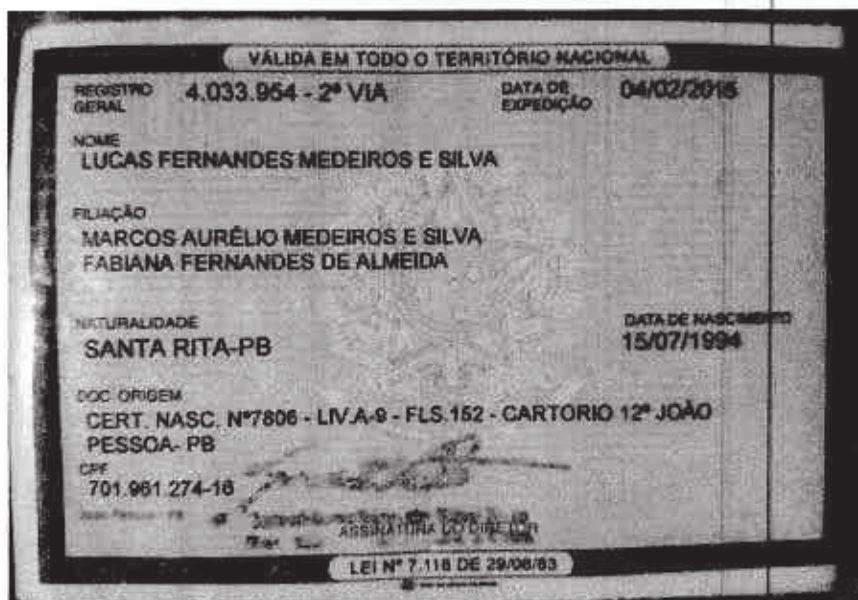
CID: S82.2, T93

João Pessoa, 13 de agosto de 2018.

*Dra. Arleide Andrade Medeiros*  
Médica  
CRM/PB 11.289







INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO 05701485



ENTRADA



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA FARRAIA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

12576  
NOME  
JOSE EDUARDO DA SILVA

SOBRENOME  
JOSEFA GERVASIO DA SILVA  
NOME COMPLETO  
JOÃO PESSOA-PB

RG  
1.054.882 - SSP/PB  
DATA DE EMISSÃO  
NÃO

DATA DE VALIDADE  
02/04/2017  
VIA  
455.528.014-31  
10/04/2017

VITAL VARGAS DOS  
PRESIDENTE

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**Fatura Mensal**

Número do Cartão: 528965XXXXXX3655  
Atendimento a Clientes: 40049009  
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura  
28/10/2017

Total da fatura  
R\$ 50,00

Pagamento R  
R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá encerrar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,44.  
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



OTC RECIFE PE PLE  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA 58  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98868 21000044754 30 171017  
Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

**Demonstrativo**

Data	Descrição	Cidade/País	Valor US\$	Creditor/Débit
		Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			10
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			9
	Subtotal Nacional			0
	JOSE EDUARDO DA SILVA 528965XXXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
13/10	ASSIDUADE DIFERENCIADA TIT 02/04			0
	Subtotal Nacional			0
	Total Nacional			0
	Total Internacional			0
	Total da Fatura			0

Simulador do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível 222,06 Pontos a Expirar 1230

Encargos  
MULTA 2,00 %  
MORSA 1,00 %  
TOTAL 3,00 %

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
16 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT

Eu Lucas Fernandes Medeiros e Silva, Sinistro de nº 3180224811, inscrito no CPF de nº 701.961.274-16, venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar líquido e incerto da minha indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que só tenho como expor a documentação que consta em anexo, pois fui atendido em hospital público e o mesmo só disponibiliza a documentação apresentada. E que não tenho como pagar uma consulta em clínica particular para que um médico possa me avaliar.

A meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

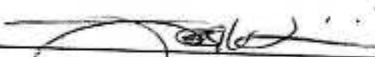
Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

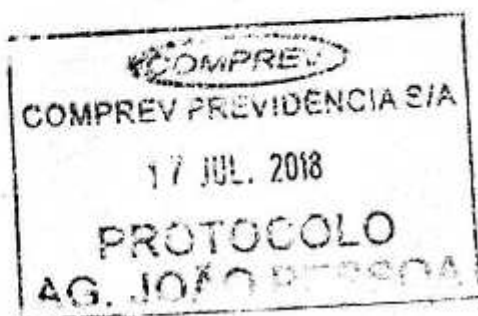
Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

João Pessoa – PB 17 de Julho de 2018

Procurador (a)

  
Assinatura do Declarante



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO REALIZADO.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.  
REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUAIS (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO. REDUÇÃO DA CAPACIDADE PARA O EXERCÍCIO NORMAL DAS ATIVIDADES HABITUAIS (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE).

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA. TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA  
CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM NA FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA, DISCRETO DESVIO DO EIXO DA PERNA PARA DENTRO, MARCHA ACELERADA CLAUDICANTE E INSTÁVEL.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180224811 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS FERNANDES MEDEIROS E SIVA **Data do acidente:** 02/03/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DE TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA. TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E ALTA MÉDICA  
CICATRIZ CIRÚRGICA DE 14 CM NA FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA, DISCRETO DESVIO DO EIXO DA PERNA PARA DENTRO, MARCHA ACELERADA CLAUDICANTE E INSTÁVEL.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Lucas Fernandes Medeiros e Silva,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
Autônomo, CI RG nº 4.033.954,  
CPF/MF nº 703.961.274-36, residente e domiciliado(a) à Rua  
Carmelo Ruffo Filho, S/NCS 130-A.1652-15  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58099-302, telefone  
99342-1170, 98663-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDENCIÁRIA**  
16 MAIO 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

João Pessoa, 08 de maio de 2018.

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Lucas Fernandes Medeiros e Silva

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DIST.  
Rua Almeida de Lima, 58 - Manaira - João Pessoa - Paraíba - CEP: 58099-302  
Rafael Vieira Batista - OAB/PB nº 12.123/2010 - 1º Tabelião - 1º Tabelião  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de Lucas Fernandes Medeiros e Silva, inscrita(s) no CPF nº 703.961.274-36, residente e domiciliado(a) na Rua Carmelo Ruffo Filho, S/NCS 130-A.1652-15, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58099-302, em testada verdade, João Pessoa - PB, 08/05/2018 15:22:54.  
Rivelly Almeida de Lima - ESCRITANTE AUTORIZADO  
12018-022337 JETUL-RS 89,48 FAREN:RS 0,28 FEP3:RS 1,90 T3:RS 1,47  
SELO DIGITAL: 65040578-V061  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpi.br>