
Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICELIA FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180268388**

Vitima: **FABIANO SOARES DA COSTA**

Data do Acidente: **25/12/2016**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180268388**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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** 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



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICELIA FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180268388**

Vitima: **FABIANO SOARES DA COSTA**

Data do Acidente: **25/12/2016**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180268388**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência 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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICELIA FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180268388**

Vitima: **FABIANO SOARES DA COSTA**

Data do Acidente: **25/12/2016**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180268388**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180268388

Vítima: FABIANO SOARES DA COSTA

Data do Acidente: 25/12/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA

MATRÍCULA

0689160155 2015 1 00071 023 0022023 41

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) vinte e sete de abril de dois mil e quinze DIA 27 MÊS 04 ANO 2015

HORA DE NASCIMENTO 08:55 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO João Pessoa-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF João Pessoa-PB LOCAL DE NASCIMENTO Maternidade Cândida Vargas, nesta Capital - João Pessoa-PB SEXO masculino

FILIAÇÃO FABIANO SOARES DÀ COSTA e MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA

AVOS
PATERNO(S): FRANCISCO SOARES DA COSTA e NOEMIA ALEXANDRINA D'AGONCIELLO
MATERNO(S): MAURÍCIO DA SILVA LIMA e BETÂNIA DOS SANTOS FERREIRA
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) 12.04.2015

NÃO NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO) vinte e nove de abril de dois mil e quinze (29/04/2015) DRN (DEC. MASQUINHO)
AG. JCAO PESSOA 3068916015510008

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Registro lavrado em 29/04/2015, no livro A-00071, Nº 22023, folha 23.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
6º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA
Av. São Judas Tadeu, 542 - Rangel - João Pessoa - PB
CNPJ 06.203.679/0001-55 - FCNE 3223-5575
GIVANILDO FAUSTO DE OLIVEIRA
(Oficial Titular)

NOME DO OFÍCIO
6º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA

OFICIAL REGISTRADOR
Givanildo Fausto de Oliveira

MUNICÍPIO/UF
João Pessoa-PB

ENDERECO
Avenida São Judas Tadeu, Nº 542, Rangel, João Pessoa-PB - CEP 58070100 Fone: (031)3223-5575 E-mail:
carlafaustodeoliveira@outlook.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

João Pessoa-PB, 29 de Abril de 2015

Charlene Mary Nóbrega
Estrevente Compromissada

Selo Digital: AAC39361-VZQW

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Charlene Mary Nóbrega
estrevente



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO



NOME:
FABIANO SOARES DA COSTA

MATRÍCULA:
0717120155 2017 4 00006 023 0002787 82

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	PARDA	sócio, 33 anos
NATURALIDADE/RU		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Alhandra-PB		CPF nº: 086.187.824-83

ELETOR
SIM - Nº 043666461201, Zona: 73 - PB
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)
FRANCISCO SOARES DA COSTA (Falecido) e NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO. Reside no(s) SITIO GURUGI, no município de Conde-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
vinte e cinco de dezembro de dois mil e dezesseis - 01:49	25	12	2016

LOCAL DO FALECIMENTO
Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena no município de João Pessoa-PB

CAUSA DA Morte
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO COM MOTO).

Nome do Médico / CRM	LOCAL DO SEPULTAMENTO
Dra IVANY ERNESTO DE ANDRADE LIMA - CRM: 6021	Cemitério de Jacumã no município de Conde-PB

DECLARANTE
MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA, brasileira

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Registro levado em 03/05/2017, no Livro C-00006, Nº 2787, folha 23-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 245104755. O falecido não deixou bens e sim dois filhos de nome: Anthony Gabriel Ferreira Soares da Costa e Nathália Soares de Souza e vivia maritalmente com a declarante. Foi o mandado judicial conforme agto de assentamento de óbito nº 0800179-49/2017.815.0441. Esta certidão não contém rascunhos.

NOME DO OFÍCIO	O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Cartório Pedro Alves	Conde-PB, 3 de Maio de 2017
OFICIAL REGISTRADOR	<i>Maria José Garcez de Souza</i>
Maria José Garcez de Souza	Oficial do Registro Civil
MUNICÍPIO/RU	
Conde-PB	

ENDEREÇO	
Rua Nossa Senhora da Conceição, nº 130 Centro Conde-PB - CEP 58322000	O endereço consta no verso da certidão.
Fone: (83) 3226-7028	
E-mail: cartoriopedroalves@outlook.com.br	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Selo Digital: AEJ94193-8P1H
Consulta e autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO PEDRO ALVES

Registro Civil e Tabelionato

Bell.ª Maria José Garcez de Souza

Oficial de Reg. Civil

CONDE - PARAIBA





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CEP 58053-900
CNPJ 01.63.206.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Bairro: Água Fria
Município: CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 702/003, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo 3546875, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **FABIANO SOARES DA COSTA** idade 31 anos, vítima de **Acidente de Trânsito** (Colisão motô x moto) no dia 25/12/2016, na Estrada do Conde P/ Gurugi, Bairro: Gurugi - Conde-PB, aproximadamente às 01:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 02 de Fevereiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/S Regist. 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/S Regist. 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV	PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2018	PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA	



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF:	Data do óbito:
FABIANO SOARES DA COSTA	086.187.824-83	25/12/2016
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> N° filhos: <input type="checkbox"/> falecidos:
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA	

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a Indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Mauricélia Ferreira de Lima	017.250.964-55
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):
João Pessoa 12/06/2018	Mauricélia Ferreira de Lima

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco	CPF:
ANTHONY GABRIEL FERREIRA S. COSTA	com a vítima: Filho	145.134.374-48
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
João Pessoa 12/06/2018	Mauricélia Ferreira de Lima	
Name completo:	Grau de parentesco	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Name completo:	Grau de parentesco	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Name completo:	Grau de parentesco	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Name completo:	Grau de parentesco	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

COMPREV PREVISÃO SIA

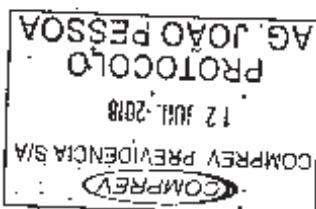
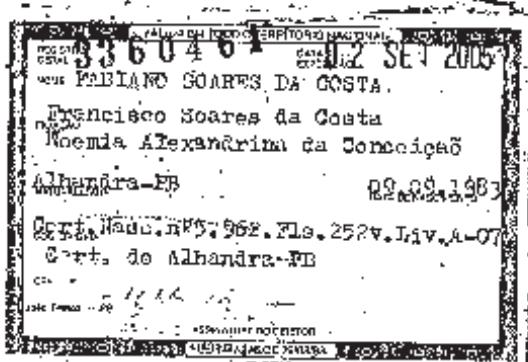
12 JUN 2018

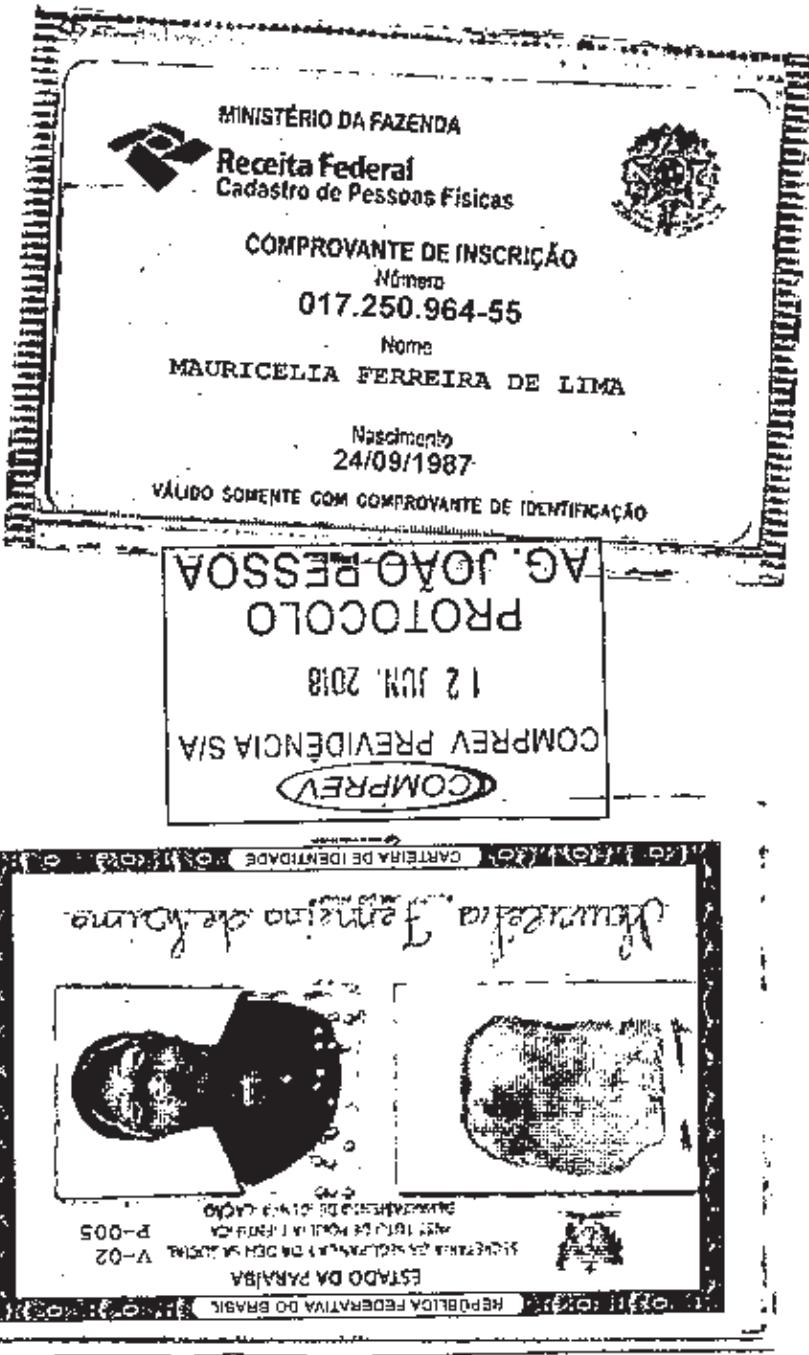
AG. PTOOC. JOÃO PESSOA

VALBIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	2 - Nome completo:
VALBIANA NASCIMENTO DOS SANTOS	GEOVANNI FREIRE DOS SANTOS
CPF:	CPF:
073.184.684-67	024.586.124-29
Local/data:	Local/data:
João Pessoa 12/06/2018	João Pessoa 12/06/2018
Assinatura:	Assinatura:
Valbiana Nascimento dos Santos	Geovanni Freire dos Santos







COMPREV =
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
12.11.2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA

MATRÍCULA

0689160155 2015 1 00071 023 0022023 41

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) vinte e sete de abril de dois mil e quinze DIA 27 MÊS 04 ANO 2015

HORA DE NASCIMENTO 08:55 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO João Pessoa-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF João Pessoa-PB LOCAL DE NASCIMENTO Maternidade Cândida Vargas, nesta Capital - João Pessoa-PB SEXO masculino

FILIAÇÃO FABIANO SOARES DÀ COSTA e MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA

AVOS
PATERNO(S): FRANCISCO SOARES DA COSTA e NOEMIA ALEXANDRINA D'AGONCIELLO
MATERNO(S): MAURÍCIO DA SILVA LIMA e BETÂNIA DOS SANTOS FERREIRA
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) 12.04.2015

NÃO NÃO POSSUI DATA DO REGISTRO (POR EXTENO)
vinte e nove de abril de dois mil e quinze (29/04/2015) DRN/DEC. MASQUINHO
AG. JCAO PESSOA 3068916015510008

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Registro lavrado em 29/04/2015, no livro A-00071, Nº 22023, folha 23.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
6º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA
Av. São Judas Tadeu, 542 - Rangel - João Pessoa - PB
CNPJ 06.203.679/0001-55 - FCNE 3223-5575
GIVANILDO FAUSTO DE OLIVEIRA
(Oficial Titular)

NOME DO OFÍCIO
6º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA

OFICIAL REGISTRADOR
Givanildo Fausto de Oliveira

MUNICÍPIO/UF
João Pessoa-PB

ENDERECO
Avenida São Judas Tadeu, Nº 542, Rangel, João Pessoa-PB - CEP 58070100 Fone: (83)3223-5575 E-mail:
carlafaustodeoliveira@outlook.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

João Pessoa-PB, 29 de Abril de 2015

Charlene Mary Nóbrega
Estrevente Compromissada

Selo Digital: AAC39361-VZQW

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Charlene Mary Nóbrega
estrevente

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SOARES DA COSTA
DATA DE NASCIMENTO 09/09/83
NOME DA MÃE NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 969.779
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 25/12/2016
HORA DO ATENDIMENTO 01:49
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) ÓBITO
CID 10

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, chegando em óbito Glasgow. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Realizado atendimento e constatado o óbito.

ALTA HOSPITALAR: 25/12/2016 ÓBITO às 01:49 hs
DATA DA EMISSÃO: 10/03/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CRME/PB
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DMJ, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Arteo

Hospital Estadual da Paraíba - Centro
 GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, nr - CNES - 123212 - Tel:

Boletim de Atendimento: #89779



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo	
1120407	FABIANO SOARES DA COSTA	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Religião	
01/01/1985	31 anos 11 meses 24 dias	NAO INFORMADA	
Mãe	Estado Civil	Pró-nome	
NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEICAO	SOLTEIRO(A)	Fá	
Educ当地	RG	FRANCISCO SOARES DA COSTA	
NAO INFORMADO	CPF	Responsável (Pai/mãe)	
DDD Móvel	Número documento	JOSEMA GOMES DA COSTA - PRIMO(A)	
83	iPhone Móvel	DDD Fijo	
Tipo documento	993704233	Fixo Fijo	
NAO INFORMADO		nº Ceg	
Local de permanência		Título	
CONDE		MUNICIPIO	
Email	Naturalidade	UF	
	ALEANDRA	PE	
Endereço		Cidade	
CEP	Município de residência	PROJETADA	
58322006	CONDE	Centro	
Número	Complemento	CENTRO	
SN			

Admissão

Data e Hora	Número de paciente	Convênio
25/12/2016 01:49:13	1000005180195	SUS
Especialidade	Clinica	
TRAUMATOLOGISTA	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Direção do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Detalhe do condutor	
OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	MOTOCICLETA	
	MOTO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saída	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
SAMU			

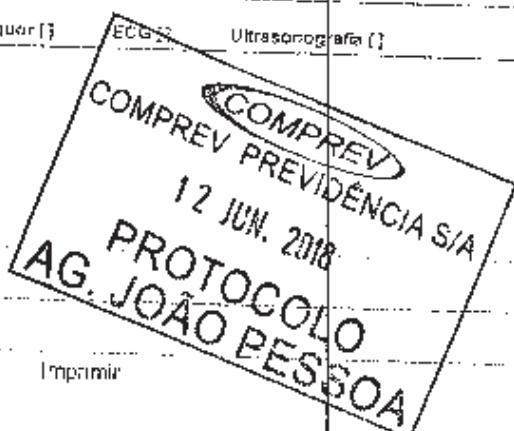
Sinais Vitais

PA	Pulseira	Temperatura
X	sim	

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TG []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por:
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Imprimir

CID

Tempo:
03min 04seg



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Edison Soárez (22)

LOGO/CESAR/05 BE.: 969770
FERNANDO SOÁREZ DA COSTA
DT. NASC.: 01/03/1985
MNR.: NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO

P.E.: END.: PROJETADA
N. SM = CENTRO
CONDE:
FONDE: 41
CELLULAR: (83) 893204-233
IDADE: 33
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

WVente caiendo o lado direito, bateu o olho, dor de
7000 50 mm.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

Périvas Obstruídas

CERVICAL IMOBIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1 - MURMURÍO VESICULAR

Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

HTD - R: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2 - RUIDOS

sim

HTD - R: Roncos
 Sibilos
 Estertores

R: Roncos
 Sibilos
 Estertores

Não

FR:

imp

SaO₂: %

DÉFÍCIT NEUROLÓGICO:

Pupilas: Fotonegante

Escala de Glasgow:

() Paradas

() Isocônicas

() Anisocônicas

Diferença = mm

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL
ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA
(<anos>)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sentido social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza dor	5
À continuidade estimulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (desistente)	3	Retira o membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Movimento anormal (ideacionação)	3
		Nenhuma / Nenhuma			2

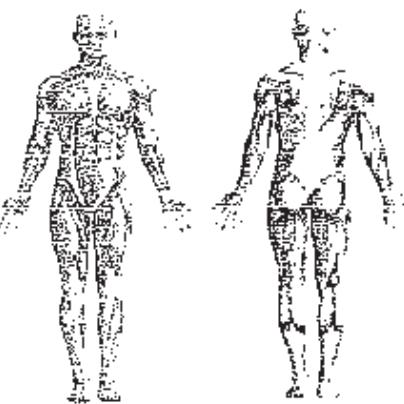
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA

12 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FING/CC 001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
IMUNIZAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
PATOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
TOCADA DA LESÃO	Jonatáze o local com o número correspondente ao lado.	
		
1	1. Abração	19. Fratura Óssea Fechada
2	2. Amputação	20. Fratura Óssea Aberta
3	3. Avulsão	21. Hematoma
4	4. Contusão	22. Ingurgitamento Nervoso
5	5. Crepitação	23. Lacerção
6	6. Dor	24. Lesão Tendinea
7	7. Esferna	25. Luxação
8	8. Envolvimento	26. Maceração
9	9. Erva ou substância	27. Movimento torácico paradoxal
10	10. Estriparcício	28. Obreto Encravado
11	11. Equimose	29. Otorragia
12	12. F. Ano Crônica	30. Paralisia
13	13. F. Ano de Fogo	31. Paresia
14	14. F. Contuso	32. Parästesia
15	15. F. Contante	33. Quemadura
16	16. F. Contuso-Contuso	34. Rincragia
17	17. F. Perfuro-Contuso	35. Sinais de Isquemia
18	18. F. Perfuro-Contante	36.

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (m² da palma%)	1. Grupo de queimadura:	<input checked="" type="checkbox"/> 1º grau	<input type="checkbox"/> 2º grau	<input type="checkbox"/> 3º grau
---	-------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------

EXAMES SOLICITADOS

<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias	<input type="checkbox"/> Levado peritonial
<input checked="" type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)	<input type="checkbox"/> Gasometria arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	<input type="checkbox"/> Coagulação sanguínea

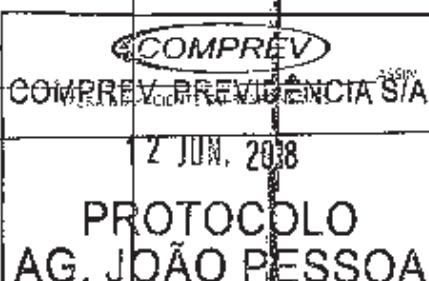
PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		DATA	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>Monofloz. Intravenosa</i>	<i>10/06/2007</i>	<i>Ronaldo A. Braga dos Santos</i>
2			<i>Medico Referido: Cirurgião Geral</i>
3			<i>CRM PB. 6572</i>
4			<i>Dr. Kelly Castilho da Silveira</i>
5			<i>Cirurgião Geral</i>
6			<i>CRM PB. 6021</i>
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de _____	do dia _____
Solicito parecer de _____	do dia _____

DESTINO DO PACIENTE	<input checked="" type="checkbox"/> Centro cirúrgico
DATA	<input checked="" type="checkbox"/> Transfereência (unidade de saúde)
SAÍDA	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalar
HORAS:	<input checked="" type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Revisão <input type="checkbox"/> Consulta
	<input checked="" type="checkbox"/> Até 24 hs. <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI <input type="checkbox"/> SVA





PODER JUDICIÁRIO

INFORMAÇÕES SOBRE ESTE DOCUMENTO NUM. 45 [Imprimir](#)

Nr. do Processo 0513810-51.2017.4.05.8200T

Autor ANTHONY GABRIEL
FERREIRA SOARES
DA COSTA
ADJ JPS - AGÊNCIA
DE DEMANDA
JUDICIAL JOÃO
PESSOA e outros

Data da Inclusão 12/04/2018 08:44:05

Réu

Última alteração Max Medeiros Borges às 10/04/2018
16:40:32

Juiz(a) que validou EMILIANO ZAPATA DE
MIRANDA LEITÃO
Sentença Tipo: Tipo B - Repetitivas e
Homologatórias
Decisão: Homologatória de Acordo
em Audiência

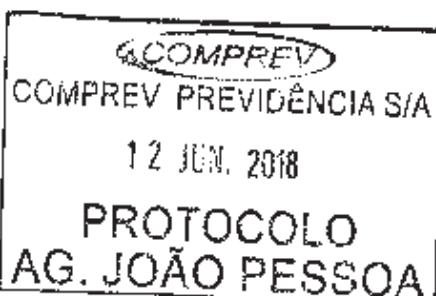
Especialização

do Tipo B

Decisão de

Embargos?

Não Sim



Dispensado o relatório nos termos do art. 38, cabeça, da Lei n.º 9.099/95.

A transação realizada pela partes atende aos requisitos do art. 104 do Código Civil de 2002 exigíveis para sua validade e homologação.

Ante o exposto, homologo, por sentença, nos termos do art. 1.º da Lei n.º 10.259/01 c/c o art. 22, parágrafo único, da Lei n.º 9.099/95, o acordo realizado pelas partes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, observados os termos consignados no termo de audiência do anexo 44.

Tendo em vista que a sentença homologatória de acordo não se sujeita a recurso (art. 41 da Lei n.º 9.099/95), restando ela transitada em julgado nesta data, determine:

I - o devido cumprimento pelo INSS da obrigação de fazer decorrente deste acordo no prazo de 10 (dez) dias, através de intimação dirigida à APSADJ;

II - e a expedição de RPV - Requisição de Pequeno Valor ao Tribunal Regional Federal da 5.ª Região, nos termos determinado no acordo judicial, inclusive,

quanto ao resarcimento/pagamento de honorários periciais, se ali previsto.

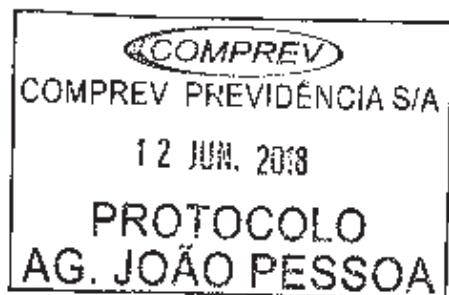
Ficam as partes exoneradas de qualquer condenação em honorários advocatícios e custas processuais em primeira instância, em face do disposto no art. 1º da Lei n.º 10.259/2001 e no art. 55 da Lei n.º 9.099/95.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

João Pessoa/PB, data supra.

Emiliano Zapata de Miranda Leitão

Juiz Federal da 13.ª Vara da SJPB





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INFORMAÇÕES SOBRE ESTE DOCUMENTO NUM. 44

Nr. do Processo	0513810-51.2017.4.05.8200T	Autor	ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA
Data de Inclusão	10/04/2018 15:56:41	Reu	JUDICIAL JOÃO PESSOA e outros
Usuário que Anexou	Max Medeiros Borges (Servidor)	Última alteração	Max Medeiros Borges às 10/04/2018 15:56:41

TERMO DE AUDIÊNCIA DE INSTRUÇÃO E JULGAMENTO

Na hora designada do dia 10/04/2018, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi feito o pregão da audiência, verificando-se presentes/ausentes:

1. Autor(a): ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA, representado por MAURICELIA FERREIRA DE LIMA (017.250.964-55)
2. Advogado(a) da Autor(a): GEOVANNI FREIRES DOS SANTOS
3. Procurador do Réu: EDSON LUCENA NERI
4. Testemunhas: VALBIANA NASCIMENTO DOS SANTOS
5. Ministério Público Federal: (ausente)

Encerrada a instrução, as partes chegaram ao seguinte ACORDO:

Número do benefício e espécie: 21/178.744.297-4 - PENSÃO POR MORTE - SEGURADO ESPECIAL

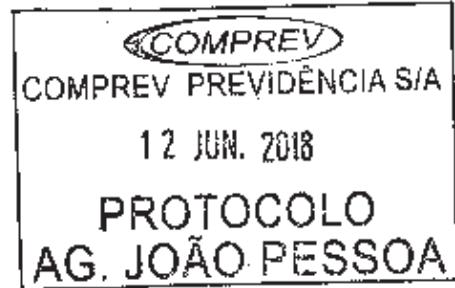
- 1) O INSS reconhece que a parte autora manteve união estável com o falecido desde 01/12/2007 e o direito à concessão do benefício desde 25.12.2016 (data do óbito), em relação a ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA(CPF 145.134.374-48), filho menor impúbere do falecido segurado, e, desde 21/09/2017 (DER) em rateio com o primeiro beneficiário antes indicado, em favor de MAURICELIA FERREIRA DE LIMA (017.250.964-55), companheira do falecido segurado, sendo efetuada a implantação administrativa (DIP) com efeito a partir de 01.04.2018, com renda mensal de um salário mínimo, prazo do pagamento do benefício nos termos da legislação vigente na data do óbito e com os atrasados fixados em 80% (oitenta por cento) dos valores devidos entre os marcos temporais acima explicitados, conforme cálculo a ser realizado pela Contadoria Judicial, descontados eventuais valores recebidos a título de outro benefício incompatível com pensão por morte no período); sem juros de mora e com atualização monetária nos termos do Manual de Cálculos da Justiça Federal; renunciando a parte autora a eventuais direitos decorrentes do mesmo fato ou fundamento jurídico que deu origem à demanda;
- 2) O processo nº 0501564-86.2018.4.05.8200 proposto pela Srª MAURICELIA FERREIRA DE LIMA será extinto sem resolução de mérito, face a perda superveniente de seu objeto decorrente do presente acordo judicial, o qual deve ser transladado para aqueles autos.
- 3) O pagamento dos atrasados, se existentes, na forma acima, e de honorários periciais, se realizada perícia neste feito, será feito através de RPV – Requisição de Pequeno Valor, que incluirá os valores dos honorários periciais pagos pela SJPB a serem a esta resarcidos pelo INSS.
- 4) As partes acordam no sentido de o INSS proceder a eventual desconto sobre o benefício ora concedido na hipótese de constatada percepção de benefício inacumulável em tempo pretérito, respeitado o percentual máximo estabelecido em Lei, bem como cancelar o presente benefício na hipótese de constatação ulterior de o autor ser beneficiário de benefício com este legalmente inacumulável, assim como no cancelamento do acordo se constatada a existência de litispendência ou coisa julgada.

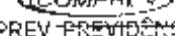
Ao final da instrução, determinou o (a) MM. Juiz (a) a conclusão dos autos para sentença.

Os presentes reputam-se integralmente intimados de todos os atos praticados em audiência.
Nada mais havendo, foi encerrada a audiência.
João Pessoa, na data supra.

**Emiliano Zapata de Miranda Leitão
Juiz Federal da 13ª Vara da SJPB**

Visualizado/Impresso em 10 de Abril de 2016 as 16:40:49




COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2008
PROTÓCULO
AG. JOÃO PESSOA

ESTE MUNHA

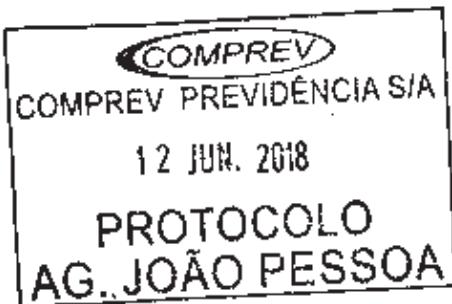
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
 CADASTRAL NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: GIOVANNI FREIRE DOS SANTOS		
		
DOCUMENTO / DBN / NÚMERO	SEXO	PAÍS
1726630	MALE	PB
CM	DIA / MESES / ANO	
D24.586.224-29	30/04/1977	
ENDEREÇO:		
EXPEDIDO ERNESTO DOS SANTOS SEVERINA FREIRE DOS SANTOS		
PERÍODO	DATA DE EMISSÃO	VALIDADE
11/11/2021	11/11/2002	
COMPROVANTE		
		
<small>Assinatura do Registrador Assinatura do Titular</small>		
LOCAIS	DATA DA EMISSÃO	
JOÃO PESSOA, PB	14/11/2016	
		
75058069642 20033565023		
EX-DIA DE JURAN - PB (PARAIBA)		

1404140275

PROTEÇÃO PLÁSTICA

TESTE MUNHA



À SEGURADORA LÍDER

NÚMERO DO SINISTRO: 3180268388

VÍTIMA: FABIANO SOARES DA COSTA

DATA DO ACIDENTE: 25/12/2016. COBERTURA: MORTE

ASSUNTO: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezados(as),

Em atenção a **Carta nº13227132**, com data de 13 de agosto de 2018, informando sobre a necessidade de regularizar a documentação apresentada, mais especificamente o Boletim de Ocorrência, que não descrevia os veículos envolvidos no acidente, a requerente tem a informar o seguinte:

Que o veículo conduzido por **FABIANO SOARES DA COSTA** era uma Cinquentinha, sem placas, pois na época de sua fabricação não havia exigência de emplacamento, e não constava o nº do chassi.

Que a referida motocicleta ficou totalmente destruída em razão do impacto causado pelo acidente e que, após alguns meses, foi vendida para a sucata. Por esse motivo, não há a possibilidade de identificar o referido veículo.

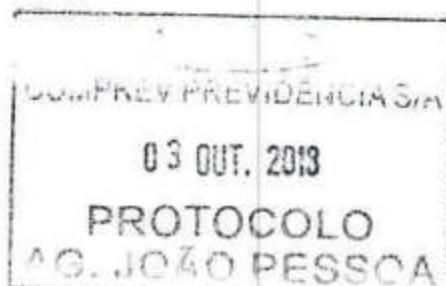
São essas as informações complementares para o procedimento referente ao Seguro DPVAT.

Espera-se que essas informações sejam suficientes para o deferimento do pedido de indenização.

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa, 02 de Outubro de 2018.

Mauricélia Ferreira de Lima
MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208966/18

Número do Sinistro: 3180268388

Vítima: FABIANO SOARES DA COSTA

CPF: 086.187.824-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2016

FABIANO SOARES DA COSTA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: MAURICELIA FERREIRA DE LIMA
CPF: 017.250.964-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

RENATO LUNA DIAS