

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180471861**

Vitima: **GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **01/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180471861**.

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** 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 13478288



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GEOVANN DE SOUZA SILVA JUNIOR
Nº Sinistro: 3180471861
Vitima: GEOVANN DE SOUZA SILVA JUNIOR
Data do Acidente: 01/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180471861**, 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.

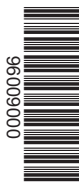
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar 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 13485510



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

113.879.744-83

Nome completo da vítima

Giovanne de Souza Silva Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Giovane de Souza Silva Junior		CPF titular da conta 113.879.744-83	Profissão Desempregado
Endereço Rua Miguel Monte Menezes		Número 43	Complemento
Bairro Mangabeira	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58058-835
Email vdr.0201@gmail.com		Telefone (DDD) (83) 99855-5088	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3184 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 35634 (Informar dígito se existir)		D/V 8 (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. (Informar dígito se existir)		D/V (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, 18 de Setembro de 2013
Local e Data

x Giovane de Souza Silva Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01849.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01849.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:58 horas do dia 26 de setembro 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 **Geovanne de Souza Silva Junior**, CPF nº 113.879.744-83, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Regicleia Reinaldo de Souza e Geovane de Souza Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/03/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Miguel Monte Menezes, Nº 43, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Estilo Som, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99936-2883.

Dados do(s) Fatos:

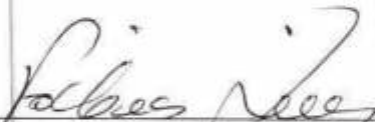
Local: Rua Nossa Senhora dos Navegantes, Nas Proximidades da Feirinha, João Pessoa/PB, bairro Tambau;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

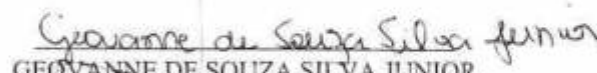
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

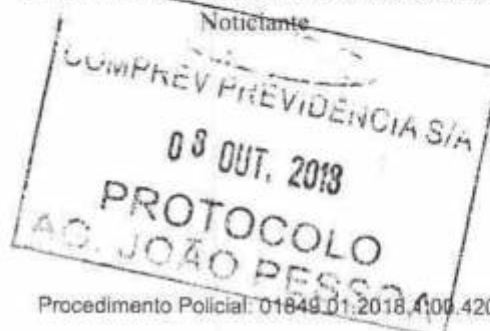
Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS, AZUL, 2017/2017, PLACA QFG9943/PB, CHASSI 9C2KD0810HR460626, registrada em nome de BELMIRO BEZERRA DE LIMA e sendo conduzida por DENNIS HENRIQUE DE LIMA VIEIRA, quando ao passarem por um cruzamento foram atingidos na lateral esquerda por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 31.08.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que o condutor da moto também foi socorrido para o hospital; Que não houveram vítimas fatais no acidente; 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


GEOVANNES DE SOUZA SILVA JUNIOR
Notificante



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

Guilherme de Souza Silva Junior

CPF da Vítima

113.879.744-83

Data do Acidente

01-07-2018

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:

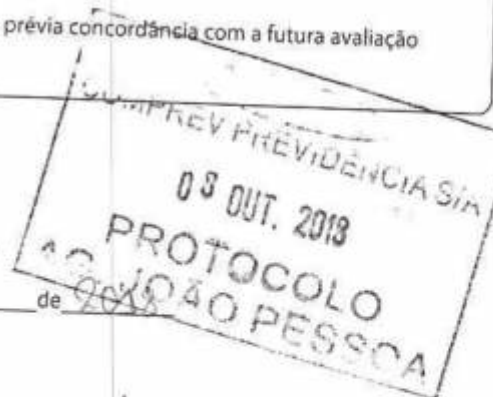
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou 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. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

João Pereira 28 de Setembro de 2018

Local e Data



Guilherme de Souza Silva Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - 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 807/088, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2118803, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR** idade 22 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 01/07/2018, na R. Nossa Sra. dos Navegantes, Bairro: Tambaú - João Pessoa - aproximadamente às 08:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

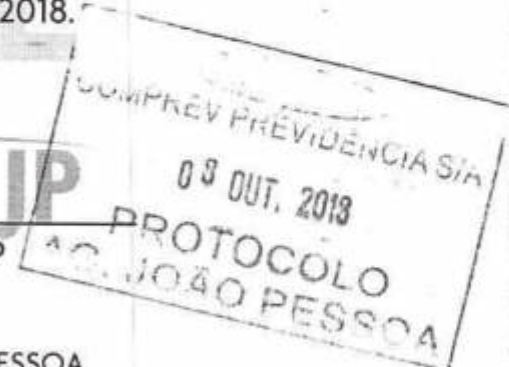
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Julho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 101130-10171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000035637-8

Nr. da Autenticação C5208BFafb7A5411

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica : Nº 012.438.151



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE
REGIGLEICIA REINALDO DE SOUZA RUA MIGUEL MONTE MENEZES 43 JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/407355-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	17/09/2018	150	24/09/2018	R\$ 107,78

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

REGIGLEICIA REINALDO DE SOUZA

Roteiro: 09-005-234-1390

83610000001-4 07780149000-2 04073552018-7 09800005019-9

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/09/2018	R\$ 107,78	407355-2018-09-8



(83) 9988-5088



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 011.818.757



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

27/08/2018

CONSUMO

192

VENCIMENTO

04/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,79

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83630000001-2 63790149000-2 10823142018-4 08700006019-1

VENCIMENTO

04/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,79

MATRÍCULA

1082314-2018-08-7



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**².

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Danielo de Araújo Nobre Leite inscrito (a) no CPF 091.462.169, 31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Giovane de Sousa Silva Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.849.744, 83, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Giovane de Sousa Silva Junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.849.744, 83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

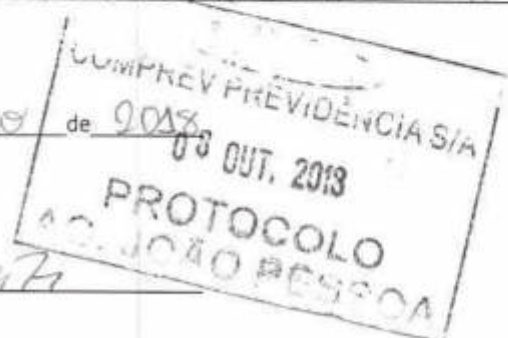
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Rua Francisco Neocádio Ribeiro Lourenço</u>		Número	<u>208</u>	Complemento	<u>56208</u>
Bairro	<u>Birita</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PR</u>	CEP
Email	<u>valmir.oprat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(83)99811-5088</u>	<u>(83)99811-5088</u>		

João Junior, 08 de Setembro de 2013
Local e Data

Danielo de Araújo Nobre Leite
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Refúrio Bezerra de Lima,
RG nº 649.747, data de expedição 21/05/2007,
Órgão SPS, portador do CPF nº 013.876.854-49 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Francisco Tavares da Silva, nº 70,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Geovanne de S. Junior cujo o condutor era

Dennis Henrique de Lima Vieira

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Bros 160

Ano: 2017

Placa: 2FG 9943

Chassi: 9C2KD0810HR460626

Data do Acidente: 01-07-2018

Local e Data: 22 Julho 2018 - João Pessoa

RECONHEÇO
A FIRMA

Refúrio Bezerra de Lima
Assinatura do Declarante

Dennis Henrique de Lima Vieira

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

CARTÓRIO DE OFÍCIO ÚNICO REGISTRAL E NOTARIAL DE FERREIROS
Titular: JAMILLE DE ABREU OLIVEIRA MONTEIRO
Telefone: (81) 98175-8791

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de:

BEZERRA DE LIMA em 23/07/2018 - Em testemunho da

verdade MARIA RAQUEL SILVA PAZ - escrevente autorizada

Emol: R\$ 3,59; TCMR: R\$ 0,00 FERC: 0,00 TOTAL: R\$ 3,59

Maria Raquel S. Paz

Selo: 0159418.OVE04201801.00923 23/07/2018 09:35:54

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR
DATA DE NASCIMENTO	19/03/96
NOME DA MÃE	REGIGLEICIA REINALDO DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.091.787
DATA DO ATENDIMENTO	01/07/18
HORA DO ATENDIMENTO	09:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA + FRATURAS DOS 1º E 2º PODODÁCTILOS ESQUERDOS + FRATURA DE PATELA ESQUERDA
CID 10	S42.0 + S92.7 + S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, nega TCE, refere dor em ombro esquerdo, em perna esquerda e em pé esquerdo. Torax e abdomen sem queixas. Escoriações em membros inferiores. Glasgow 15. RX evidencia fratura de clavícula esquerda. Fratura de 1º e 2º pododáctilos esquerdos. Fratura do polo inferior da patela esquerda, sem desvio e sem perda do mecanismo extensor.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de perna esquerda
RX de ombro esquerdo
RFX de bacia

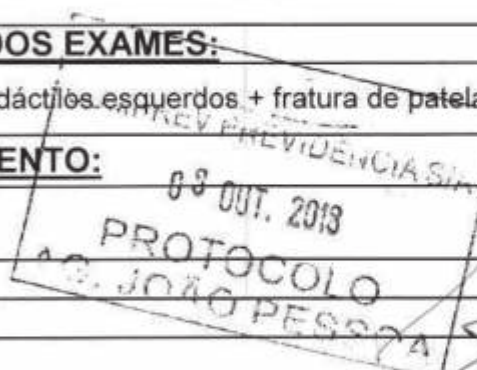
RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula esquerda + fraturas do 1º e 2º pododáctilos esquerdos + fratura de patela esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador. Retorno para o HTOP.

ALTA HOSPITALAR: 01/07/18
DATA DA EMISSÃO: 31/08/18



Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1091787



Identificação do paciente					
ID 1302629	Nome GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR				Sexo Masculino
Data de nascimento 19/03/1996	Idade 22 anos 6 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe REGILEICIA REINALDO DE SOUZA			Pai GEOVANE DESOUZA SILV		
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 99962883		DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento		Número documento		Nº Cns 898003320691009	
Local de procedência TAMBAU			Tipo BAIRRO	UF PB	
Email		Naturalidade		CBO/R	
Endereço					
CEP 58058815	Município de residência JOAO PESSOA		UF PB	Logradouro MIGUEL MONTE MENEZES	
Número 43	Complemento			Bairro MANGABEIRA	
Admissão					
Data e Hora 01/07/2018 09:26:07		Número da pulseira 100005139605		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL			Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não		Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU			Quem transportou		
Sinais Vitais					
PA X mmHg		Pulso		Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Dados clínicos					Ultrasonografia []
Diagnóstico					CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL					Tempo 28seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR	BAE 1091787	Data/Hora Entrada 01/07/2018 09:26:07	Data Baixa
Data de nascimento 19/03/1996	Idade 22a 3m 12d	Sexo Masculino	CNS
Mãe REGILECIA REINALDO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 99962863
Endereço MIGUEL MONTE MENEZES, 43	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	Nº Cons. Regional 6700/PB
Data/Hora Classificação 01/07/2018 09:26:07		Data/Hora Prescrição 01/07/2018 09:38:58	

Anamnese

Paciente vítima de acidente de moto
colisão moto vs moto
Nega TCE
Apresenta dor no ombro esquerdo e perna esquerda
abdome torax sem alterações
Escoriações em MMII
Glasgow 15
Estável hemodinamicamente

cd: Alta da geral
a ortopedia
RX

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR	BAE 1091787	Data/Hora Entrada 01/07/2018 09:26:07	Data Baixa
Data de nascimento 19/03/1996	Idade 22a 3m 12d	Sexo Masculino	CNS
Mãe REGILEICIA REINALDO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 99962883
Endereço MIGUEL MONTE MENEZES, 43	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	Nº Cons. Regional 7733/
Data/Hora Classificação 01/07/2018 09:26:07		Data/Hora Prescrição 01/07/2018 11:26:34	

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO OMBRO E, JOELHO E, PE E HÁ HORAS.

RX COM FRATURA DE CLAVICULA DISTAL E, FRAUTA DO 1 E 2 PDDT E, FRATURA DO

POLO INFERIOR DA PATELA SEM DESVIO E SEM PERDA DO MECANISMO EXTENSOR.

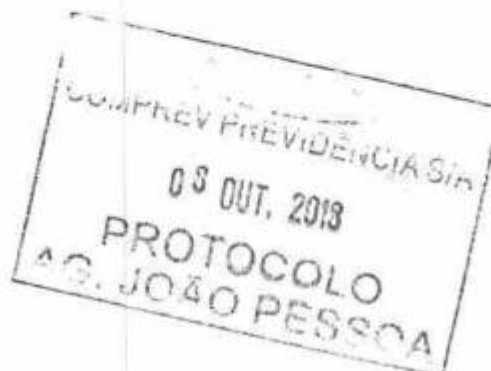
CD: AINES, ARIENTACOES, IMOBILIZACOES, CARTAO DE RETORNO PARA HTOP. ALTA DA ORTOPEDIA.

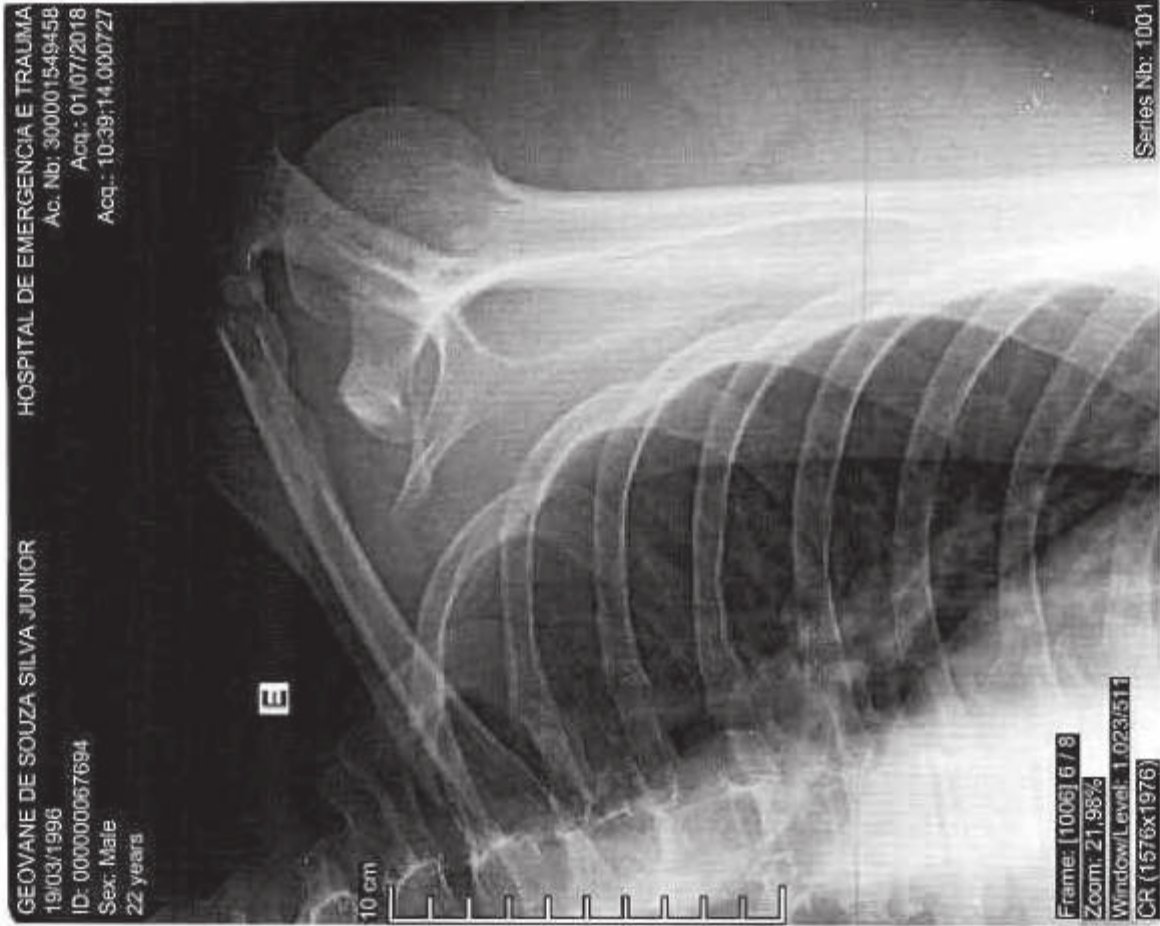
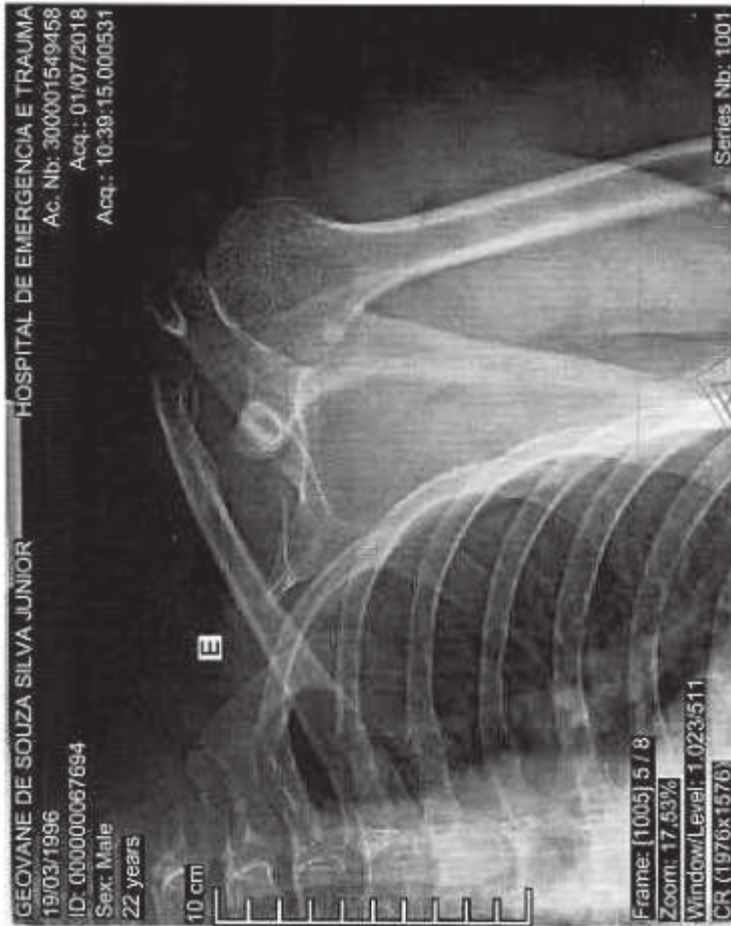
Conduta

Em observação

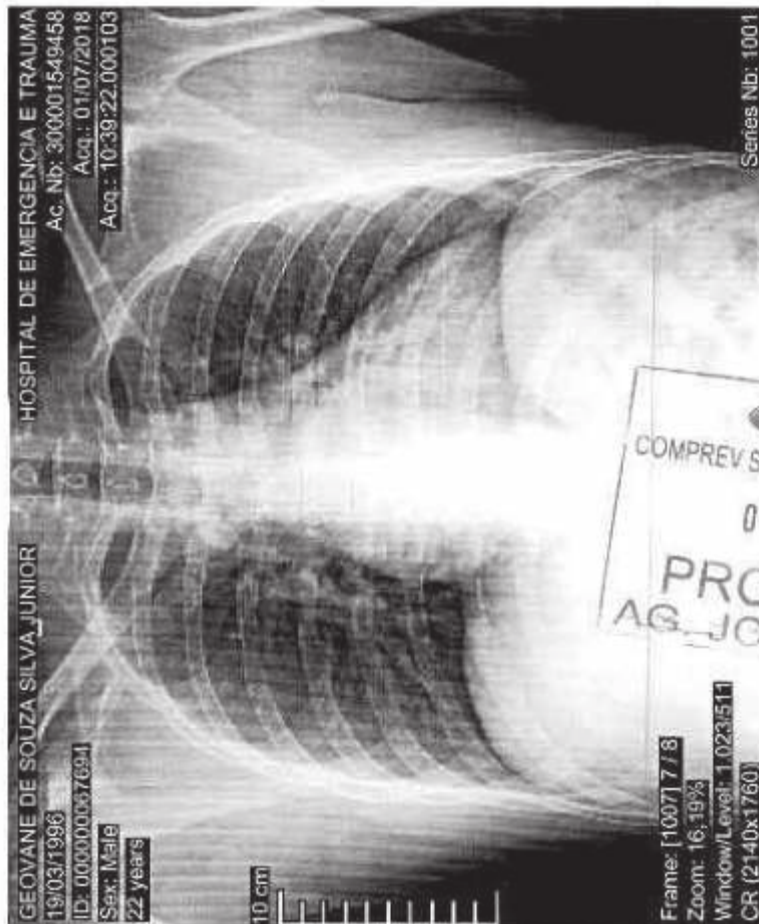
Igor Queiroz Cavalcante
Médico
CRM - PB 7733 / CRM - PE 19341

GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR

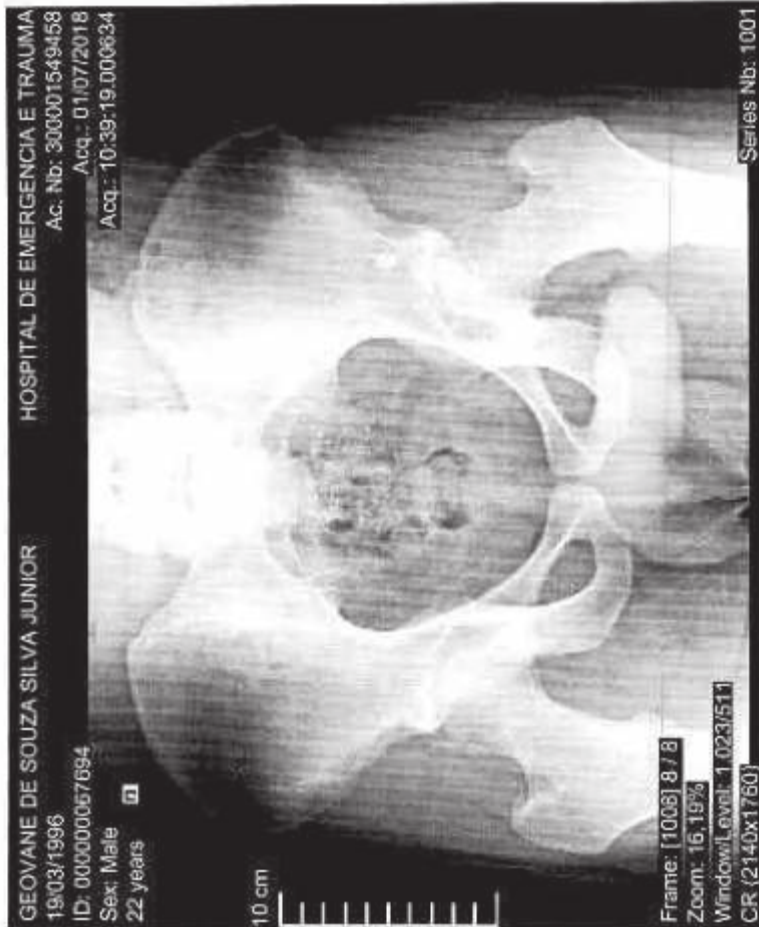
IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)



COMPREV
04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR
19/03/1996
ID: 000000067694
Sex: Male
22 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001549458
Acq.: 01/07/2018
Acq.: 10:39:17.000153



Frame: [1001] 1 / 8
Zoom: 21.98%
Window/Level: 1.023/511
CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001549458
Acq.: 01/07/2018
Acq.: 10:39:16.000446



Frame: [1002] 2 / 8
Zoom: 21.98%
Window/Level: 1.023/511
CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR
19/03/1996
ID: 000000067694
Sex: Male
22 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001549458
Acq.: 01/07/2018
Acq.: 10:39:18.000560



Frame: [1003] 3/8
Zoom: 19.68%
Window/Level: 1.023/511
CR (1760x2140)

Series Nb: 1001

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001549458
Acq.: 01/07/2018
Acq.: 10:39:17.000886



Frame: [1004] 4/8
Zoom: 19.68%
Window/Level: 1.023/511
CR (1760x2140)

Series Nb: 1002

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

SOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



Cyrenne de S. Silva Junior

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

09 OUT 2010

JOÃO PESTANA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.003.067 - 2ª VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/09/2017

NOME

GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR

FILIAÇÃO

GEOVANE DE SOUZA SILVA
REGIGLEICIA REINALDO DE SOUZA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

19/03/1996

DOC ORIGEM

CERT. NASC. Nº9586 - LIV.A-10 - FLS.297 - CARTORIO 12º JOÃO
PESSOA-PB

CPF

113.879.744-83

JOÃO PESSOA - PB

Manoel A. B. S.
SECRETÁRIO DE ESTADO

29/08/83

A+

PROTÓCOLO
05 OUT. 2018
SECRETARIA DE SEGURANÇA

COMPREV PREVIDENCIA S/A
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
A. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DA POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-005

Danielo de Araújo Nobre Leite
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 1.929.439 - 2 VIA DATA DE
EXPEDIÇÃO 07/01/2010

NOME DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

FILIAÇÃO FRANCISCO NOBRE LEITE
CLEIDE ARAUJO LOPES NOBRE LEITE

NATURALIDADE PIANCÓ-PB DATA DE NASCIMENTO 23/12/1977

DOC. CIVIL CASAM N. 5007 FLS. 107 LIV. B-19
CARTÓRIO 13ª JOÃO PESSOA PB

CPF 021.762.164-31

Assessor - PB
Mário do Rosário V. Cavalcante
Assessor - PB
LEI Nº 118 DE 29/06/93

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFG9943

2018

Imprimir Consulta

QFG9943

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: QFG9943

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS
ESDD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2017

Ano Modelo: 2017

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: AZUL

Vencimento Licenciamento: 30/05/2018

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 26/09/2018

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS
ESDD

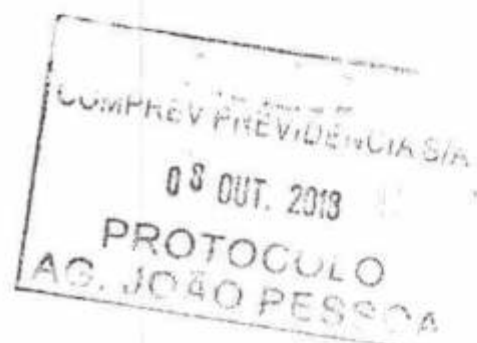
2017 2017

PARTICULAR AZUL

30/05/2018

JOAO PESSOA

26/09/2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180471861 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA,
FRATURA DE PATELA ESQUERDA,
FRATURA DE 1º E 2º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 1º, 2º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 1º, 2º DEDOS DO PÉ ESQUERDO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Giovanne de Souza Silva Junior
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado
Identidade: 4003067 CPF: 113.879.744-83
Endereço: Rua Miguel Monte Menezes, 43,
Mangalima, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58058-815

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite
Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado
Profissão: Prestador de Serviços
Identidade: 1.929.439 SSP/PB - CPF: 021.762.164-31
Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro**
Obrigatório - DPVAT.

Local e Data: João Pessoa, 23 de Agosto de 2018

Giovanne de Souza Silva Junior

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368297/18

Número do Sinistro: 3180471861

Vítima: GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR

CPF: 113.879.744-83

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: GEOVANNE DE SOUZA
SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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

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: 04/12/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368297/18

Vítima: GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR

CPF: 113.879.744-83

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR : 113.879.744-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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

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: 08/10/2018
Nome: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA