
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



Rio de Janeiro, 17 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: 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



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").

Endereço do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

113.879.744-83

Nome completo da vítima

Giovanna de Souza Silveira Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Giovanna de Souza Silveira Júnior	CPF titular da conta	113.879.744-83	Profissão	Ocupação
Endereço	Rua Miguel Montenegro	Número	93	Complemento	
Bairro	Mangabeira	Cidade	Joaçaba	Estado	PB
Email	vdre.sant@gmail.com	CEP	58058-815	Telefone (DDD)	(83) 99861-5088

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.: 3484 D/V: 8 CONTA N.R.: 30634 D/V: 8
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name _____
 AGÊNCIA N.R.: 00 D/V: 2018 CONTA N.R.: 2018 D/V: _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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 Júnior, 18 de Setembro de 2018
 Local e Data

x Giovanna de Souza Silveira Júnior
 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 Regiglecia 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR

Noticiante



Procedimento Policial: 01849.01.2018.1.00.420

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

Giovonne de Souza Silver Junior

CPF da Vítima

113.879.744-83

Data do Acidente

01-07-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 atende 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

1º 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 Lider 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.

Local e Data

113.879.744-83
03 OUT. 2018
PROTOCOLO
DE 2018/040 PESSOA

X Giovonne de Souza Silver Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



CNPJ 08.806.754/0015-40
AMU 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 GEOVANNE 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® REGISTRO: 10111

SAMU 192 IP

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

JUNIOR PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2018
PROTÓCOLO
AO 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 C5208BFAB7A5411

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 012.438.161



LUT. IMAGINAÇÃO. REALIZAÇÃO.
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.895.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

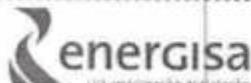
REGIGLEICIA REINALDO DE SOUZA
RUA MIGUEL MONTE MENEZES 43
JOÃO PESSOA

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

DESTAQUE AQUI



Acesse: www.energisa.com.br

Mangabeira - Cep: 58058805

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... N° 011.618.767



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cidade Radialista - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0201-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCÁDIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

27/08/2018

CONSUMO

192

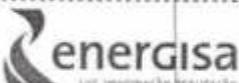
VENCIMENTO

04/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,79

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1150

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

VENCIMENTO

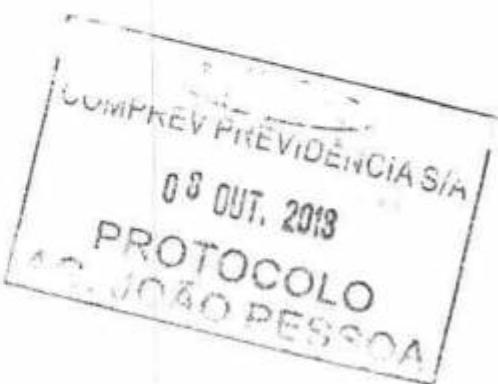
04/09/2018

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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Domílio de Araújo inscrito (a) no CPF 091.462.169-31, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Silvânia de Souza Silveira Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.849.494-83, do sinistro de DPVAT cobertura Acidentes da Vítima Silvânia de Souza Silveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.849.494-83, 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	Rua Francisco Macêdo Ribeiro bairro	Número	208	Complemento	SL208
Bairro	Borda	Cidade	José Bonifácio	Estado	PR
Email	Velho.Opaat@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(83)99811-5088	Telefone celular (DDD)	(83)99811-5088

José Bonifácio, 08 de Setembro
Local e Data
de 2018
03 OUT. 2018
PROTOCOLO
anexo ao processo

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Befuiro 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 Góes da Silva, nº 70,
complemento Pasa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Geovanne de S. Júnior, cujo condutor era
Dennis Henrique de Lima Vieira

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda Bros 160
Ano: 2017
Placa: QFG 9943
Chassi: 09C2KD0810HR460626
Data do Acidente: 21-07-2018
Local e Data: 22 Julho 2018 - João Pessoa

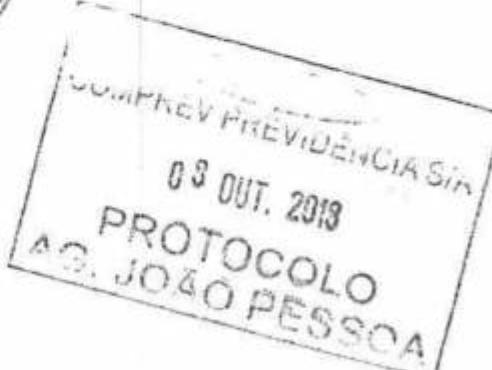
Befuiro Bezerra de Lima

Assinatura do Declarante

Dennis Henrique de Lima Vieira

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

CARTÓRIO DE OPÍCIO	ÚNICO REGISTRAL E NOTARIAL DE FERREIROS
Titular:	JAMILLE DE ABREU OLIVEIRA MONTEIRO
Telefone:	(81) 98175-8791
Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de: BEFUIRO BEZERRA DE LIMA em 23/07/2018 - Em testemunho da verdade MARIA RAQUEL SILVA PAZ - escrevente autorizada.	
Emol: R\$ 3,59; FSNR: R\$ 0,00 FERC: R\$ 0,00 TOTAL: R\$ 3,59	
Selos: 0159418.OVE04201801.00923 23/07/2018 09:35:54	
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital	





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



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
Email	Naturalidade	UF PB		
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				Clinica
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	Piano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
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

AREA 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) 99962883
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
abdomen torax sem alterações

Escoriações em MMII

Glasgow 15

Estável hemodinamicamente

cd: Alta da geral

a ortopédia

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	Telefone de Contato (83) 99962883
Mãe REGILEICIA REINALDO DE SOUZA			
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 HISTÓRIA DE TRAUMA NO OMBRO E, JOELHO E, PE E HÁ HORAS.

RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA 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.

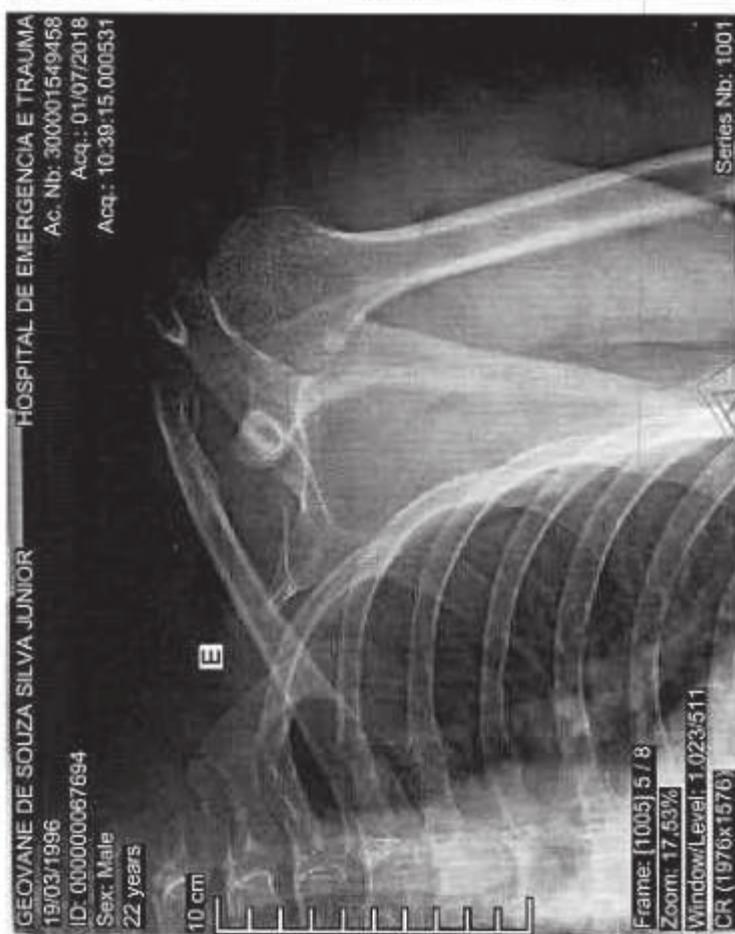
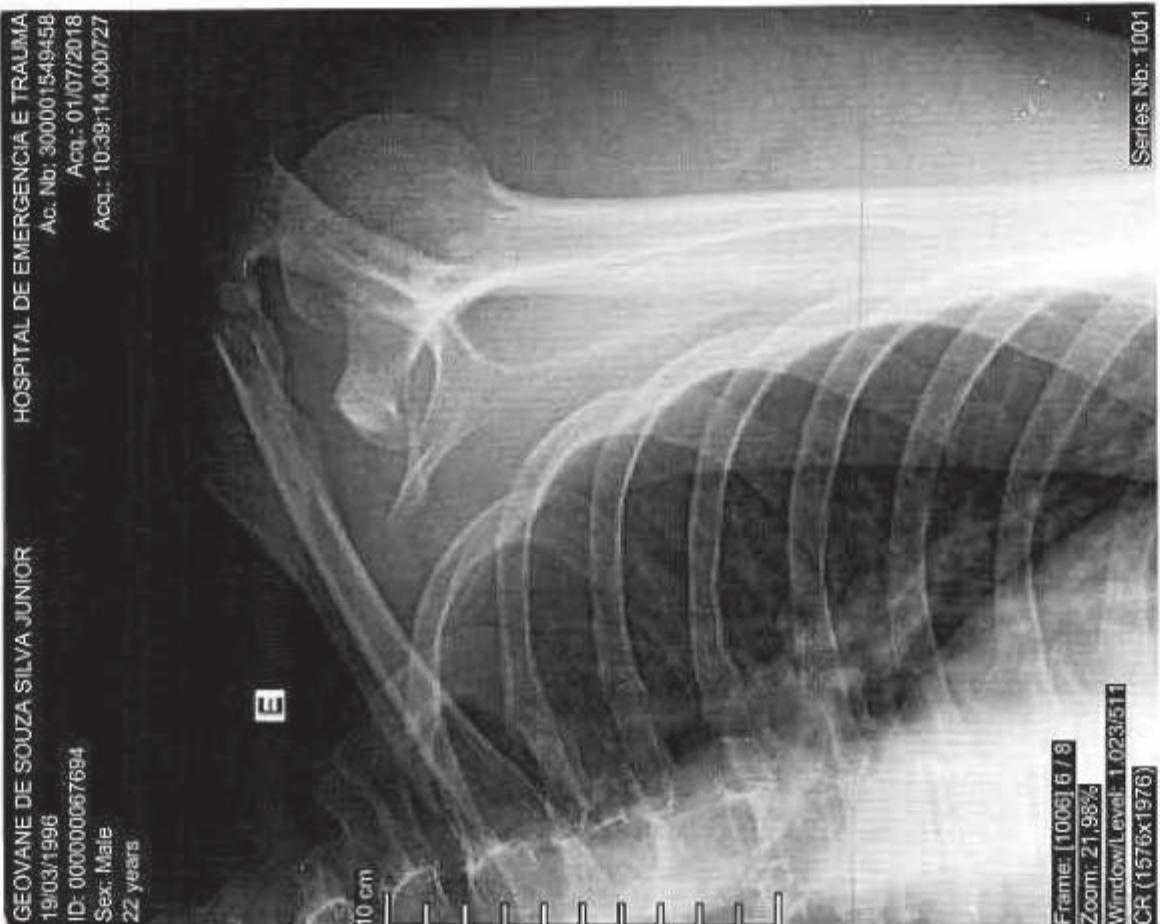
Conduta

Em observação

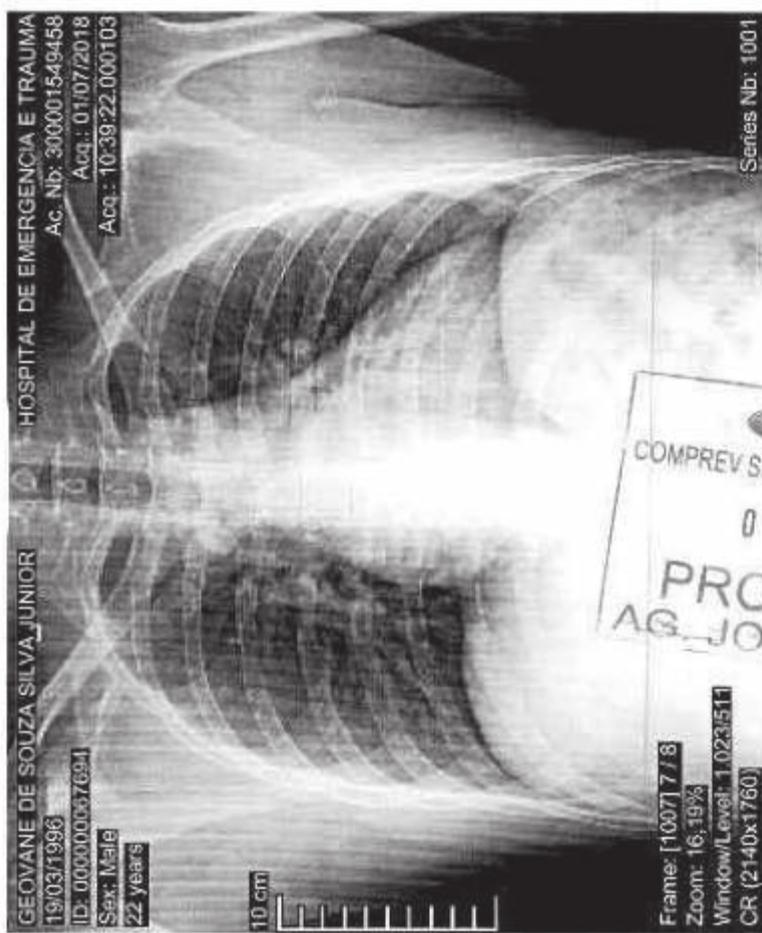
Igor Queiroz Cavalcante
Médico
CRM-PB 7733/ CRM-PE 19343

GEOVANE DE SOUZA SILVA JUNIOR

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)



Series Nb: 1001



04 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AC 1001



Series Nb: 1001



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



CARTEIRA DE IDENTIDADE
CARTEIRA DE IDENTIDADE

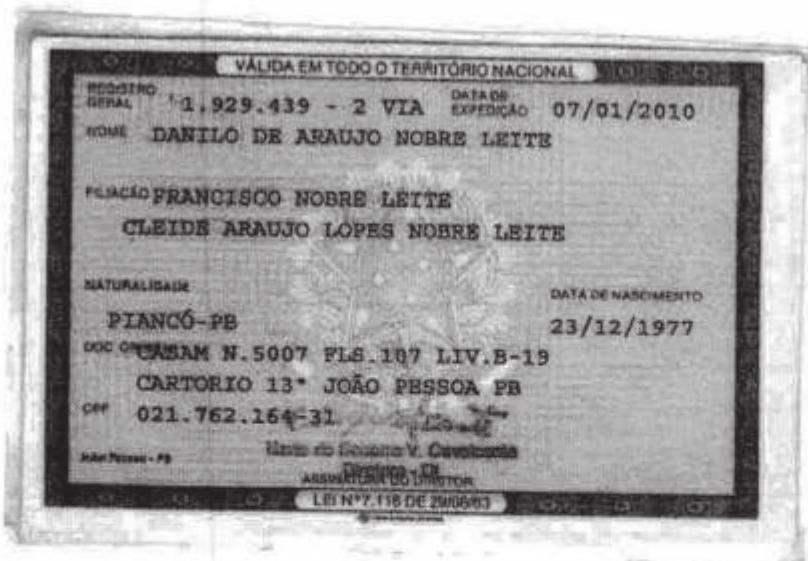
ADMISTRAÇÃO DISTRITAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.003.067 - 2 ^a VIA
NOME	GEOVANNE DE SOUZA SILVA JUNIOR
FILIAÇÃO	GEOVANE DE SOUZA SILVA REGIGLEICIA REINALDO DE SOUZA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DOC ORIGEM	CERT. NASC. N°9586 - LIV.A-10 - FLS.297 - CARTORIO 12º JOÃO PESSOA-PB
CPF	113 879.744-83
DATA DE EXPEDIÇÃO DE 29/08/03	
A+	

05 SET 2013
DPTOCCIO

João Pessoa - PB

AQ. JC40 DELEGADA
PROTÓCOLO
08 OUT. 2018
CUMPREV PREVIDENCIAS/A



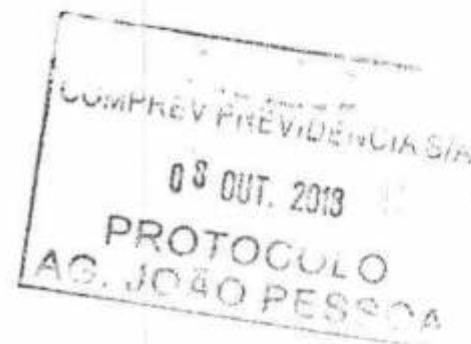
INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFG9943

2018

 Imprimir Consulta

	QFG9943	Último Licenciamento: 2018
PASSA / MOTOCICLETA	ALCO/GASOL	Proprietário: *****
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2017 2017	Placa: QFG9943 Combustível: ALCO/GASOL Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS ESDD Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA 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
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 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:

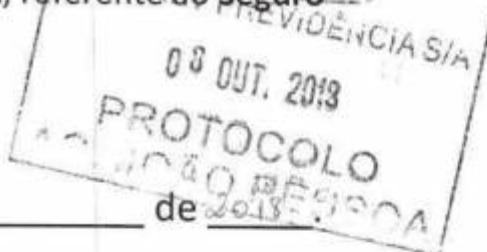
Nome: Giovonne de Souza Silva Júnior
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Solteiro
Profissão: Desempregado
Identidade: 4003 067 CPF: 113.879.744-83
Endereço: Rua Miguel Monte Menezes, 43,
Mangalíuma, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58058-815

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



Giovonne de Souza Silva Júnior

CARTÓRIO
VIEIRABATISTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRABATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bei. Nômuô Vieira Batista - Tabuleiro / Bei., Rua Nômuô Vieira Batista - Solâmbulo
Bac. Ch. Perns de Itaiza, 40 - Nogueira/PB - CEP 58010-010 - João Pessoa - PB/Brasil - Fone/Fax (031) 215-0000

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
GEOVANNE DE SOUZA SILVA JÚNIOR
En test. da verdade, João Pessoa-PB 23/08/2018 14:53:41
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2018-040187]EMOL:R\$ 89,48 FARFERRA: 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHJ88226-00KU



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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2018

GEOVANNE DE SOUZA
SILVA JUNIOR

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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: DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: GEOVANNE DE SOUZA
SILVA JUNIOR

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA