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, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190064276 **Vítima: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA**

Data do Acidente: 31/07/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01649/01650 - carta_01 - INVALIDEZ

00020825

Carta nº 13866412

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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190064276
Vítima: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
Data do Acidente: 31/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00217/00218 - carta_03 - INVALIDEZ
00060109

Carta nº 14346734

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 Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190064276
Vítima: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
Data do Acidente: 31/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01999/02000 - carta_03 - INVALIDEZ
00041000

Carta nº 14416572

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, 19 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190064276
Vítima: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
Data do Acidente: 31/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00177/00178 - carta_03 - INVALIDEZ
00060089

Carta nº 14473001

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, 21 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190064276 **Vítima: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA**

Data do Acidente: 31/07/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **237**
Agência: **000000435-9**
Conta: **000006583-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00307/00308 - carta_30 - INVALIDEZ
00030154

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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190064276 **Vítima: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA**

Data do Acidente: 31/07/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CHRISTIANE GONCALVES DO NASCIMENTO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01967/01968 - carta_09 - INVALIDEZ
00060984

Carta nº 15202408

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Felipe Luciano V. de Souza,
PORTADOR(A) DO RG Nº 3529754 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 16/02/07 E
CPF 7 1 9 5 1 4 2 6 4 - 8 1 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐( )-☐☐, PROFISSÃO —
E RENDA MENSAL DE R$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Felipe Luciano V. de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à Lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0435-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6583-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

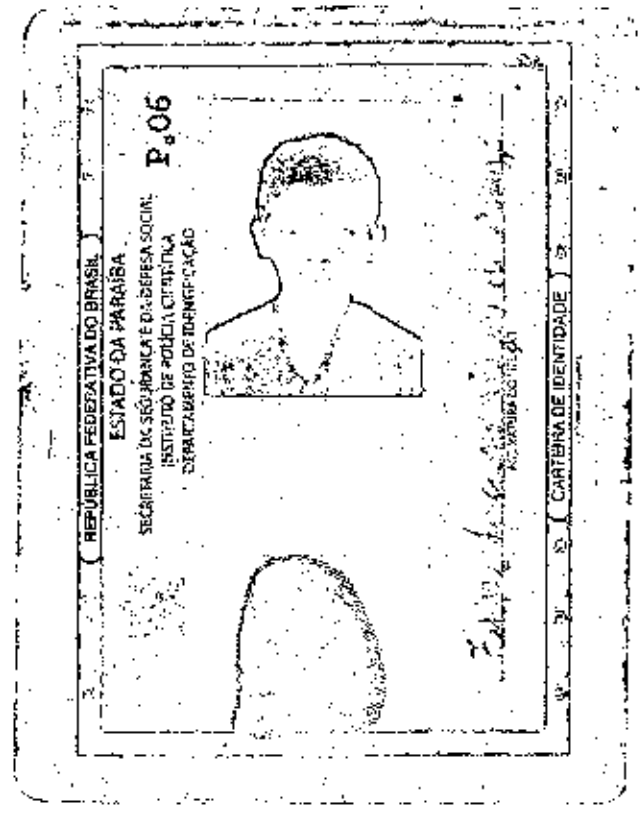
João Pessoa 29 de 06 de 08 — Felipe Luciano V. de Souza
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

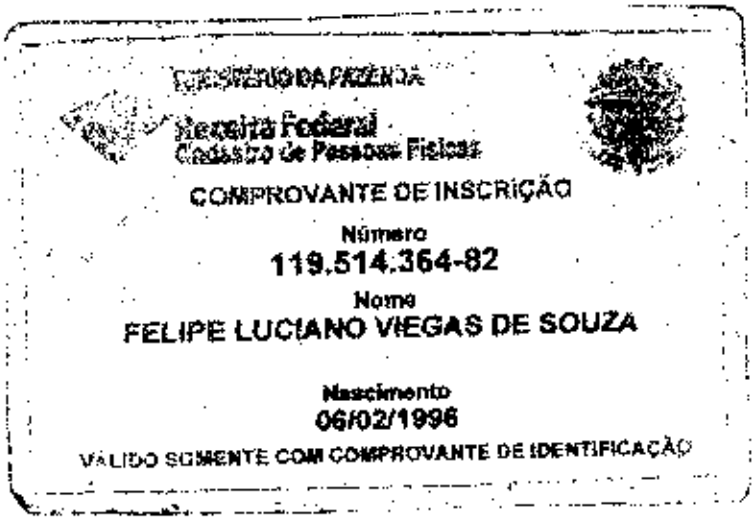
ATENÇÃO

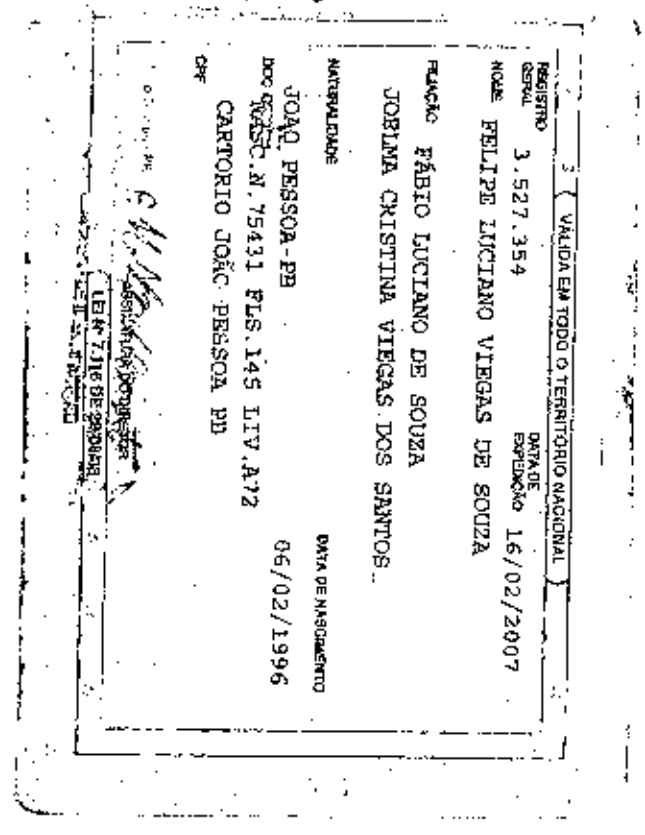
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

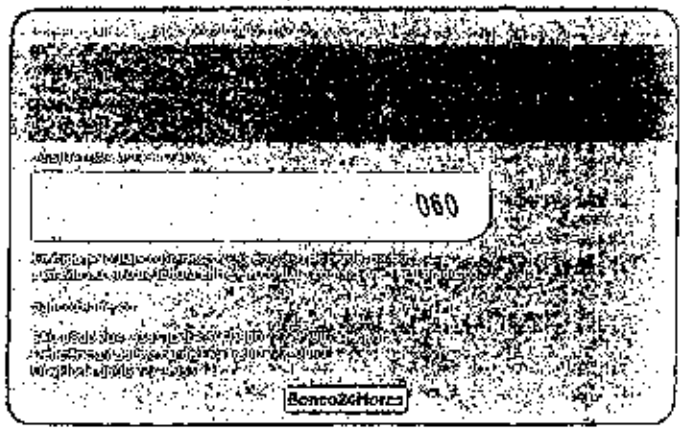
889800405

Bradesco
5090 0002 2030 0304
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE S
elo


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P.06
CARTEIRA DE IDENTIDADE


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
119.514.364-82
Nome
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
Nascimento
06/02/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3.527.354
DATA DE EXPEDIÇÃO 16/02/2007
NOME FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
FILIAÇÃO FÁBIO LUCIANO DE SOUZA
JOBLMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS
NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO 06/02/1996
DOC ORIGEM CERTIDÃO NASC.N.75431 FLS.145 LIV.A72
CARTORIO JOÃO PESSOA PB
CPF


060
Banco24Horas

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Felipe Luciano Viegas de SOUZA | CPF: 119.514.364-82

Profissão: Desempregado | Endereço: São Pedro | Número: 96 | Complemento: CASA

Bairro: Salinas Ribeiro | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP:

E-mail: | Tel (DDD): 83 98766 6168

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0435 (9) CONTA: 0006583 (8)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Felipe Luciano Viegas de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 119.514.364-82 | Nome completo da vítima: Felipe Luciano Viegas de Souza

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

Nome completo: Felipe Luciano Viegas de Souza | CPF: 119-514-364-82

Profissão: autônomo | Endereço: São Pedro | Número: 46 | Complemento: casa

Bairro: Salinas Ribeira | Cidade: João Pessoa | Estado: | CEP:

E-mail: | Tel (DDD): 83 981666168

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0439 (9) (informar o dígito se existir) CONTA: 000 6583 (8) (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para [illegible] do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT [illegible] com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder [illegible] das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S.A
18 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 18/06/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Felipe Luciano Viegas de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	Posto/Graduação:
0533- 2017	IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO	SD /PM

Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	Município:	UF
Av. Monteiro da Franca/R. Juvenal Mário da Silva	06:10	Manaíra	João Pessoa	PB

Data/Ocorrência	Dia da Semana	CIS Vítima (QT)	Natureza do Acidente	Tipo de pavimento	Condições/Via	Tempo
31-07-2017	Segunda - feira	Com	Abalroamento	Asfalto	Seca	Bom

Envolvidos no acidente (Quantidade)	Controle do tráfego no local
02 veículos	Cruzamento sinalizado

CONDUTOR 01

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Elnide André Oliveira	Feminino	05-04-1966	1173463253

Endereço: Av. Presidente Nilo Peçanha, 290, apto 901, Bessa, João Pessoa , PB – Tel.(083)99342 - 4135

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacet
05-05-1994	B	00615256649	PB	Sim	12-06-2019	Sim	

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Sim (0,00mg/L)	Permaneceu no local

VEÍCULO 01

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Honda Civic	Automóvel	FLR - 5040	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário: Elnide André Oliveira

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	012896013875	00577362445	20-10-2016

Defeitos: Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Boletim de ocorrência

Condutor declarou que: Trafegava na via A, faixa da direita, sentido Bessa/Tambau, quando se repente deparou com o V2 atravessando em sua frente interceptando sua passagem.

CONDUTOR 02

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Felipe Luciano Viegas de Sousa	Masculino	06/02/1996	3527354

Endereço: Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacet
Nao Habilitado							

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Não	Hospital de Trauma

VEÍCULO 02

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Honda Falcon	Motocicleta	MMW - 7746	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário:

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	012235981196	05871560407	14/12/2015

Defeitos: Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTRAN no dia 29/08/2017 e que declarou qu Trafegava no sentido Bessa/Tambau na faixa da direita, quando ao chegar no cruzamento das Vias, parou e olh para o lado direito, momento que deu saída e foi atingido pelo V1 e que não teve como evitar o sinistro; inform ainda que não prestou atenção e olhou para o lado errado do sentido da Via.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIARIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/08/2017
ASSINATURA

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0533 - 2017

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
Felipe Luciano Viegas de Sousa	Masculino	

Endereço
Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB

	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
Condição da Vítima: Condutor	02	
	Conduzida Para: Hospital de Trauma	

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O impacto deu-se no cruzamento devidamente sinalizado; V2 removido ao Bptran para complemento de Boat e por está com o licenciamento vencido; Condutor 02 socorrido ao Hospital de Trauma; Condutora 01 submetida ao teste de etilômetro que se encontra anexo; Avarias em decorrência do acidente na grade de proteção do estabelecimento comercial de nome Appshop Assistência Técnica, 4,00 metros danificado; Ficha de ocorrência anexo.

João Pessoa – PB, 31 de Agosto de 2017.

DETRANS DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/09/2017
ASSINATURA

Ignnaflio Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA

NOTARIAL CARTÓRIO MONTEIRO

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BPTran

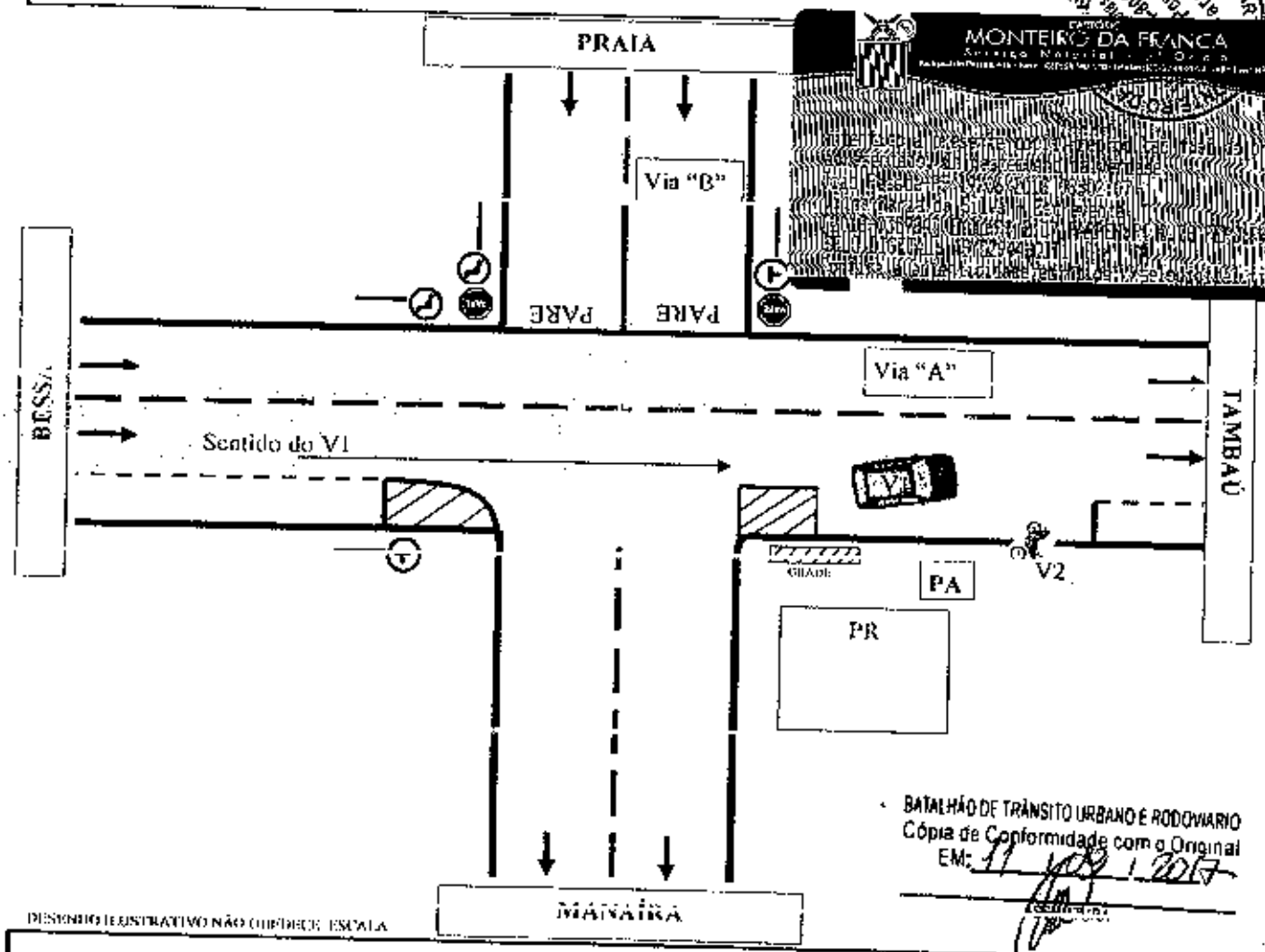
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0533/ 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Monteiro da Franca 08,00metros
VIA "B" - Rua Juvenal Mario da Silva 06,00metros

PR (Ponto de Referência) Appshop Assistência Técnica
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

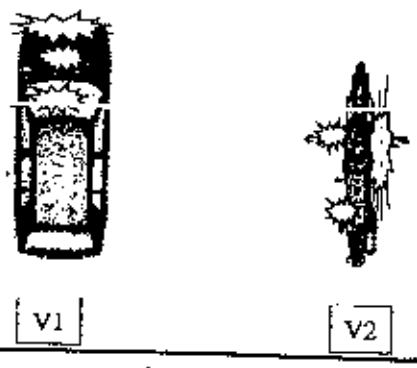
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.90 e Traseiro Direito 05.60 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 04.10 e Traseiro Direito 05.50 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIARIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/09/2017

AVARIAS



Irinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

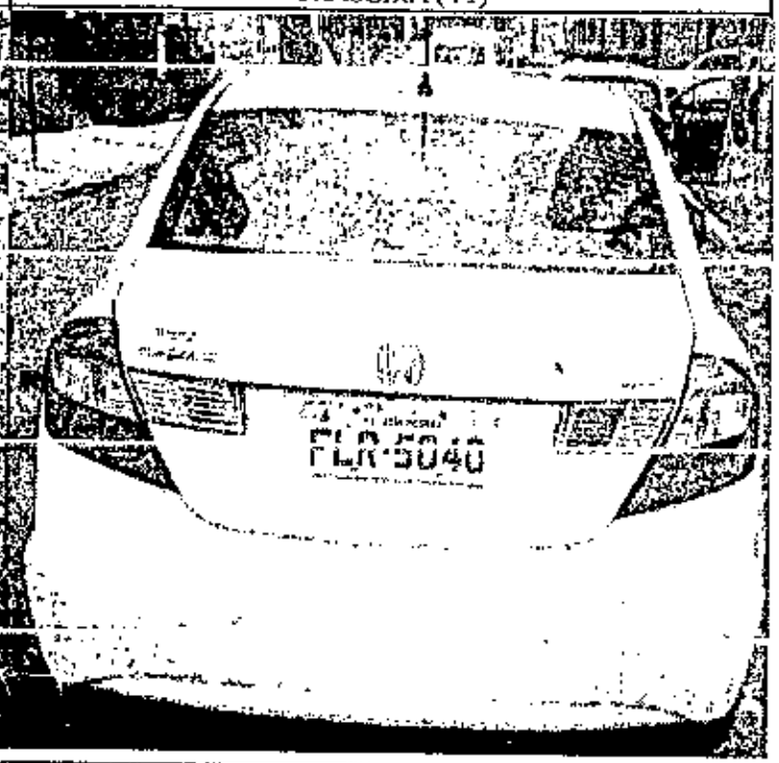
BPTran

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0833/ 2017

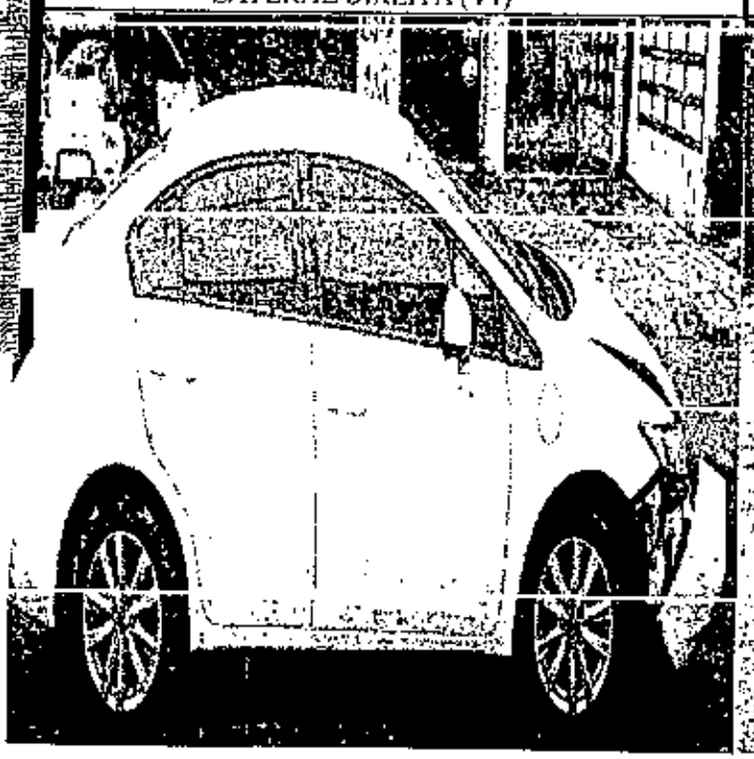
FOTOS DO V1

FRENTE (V1)

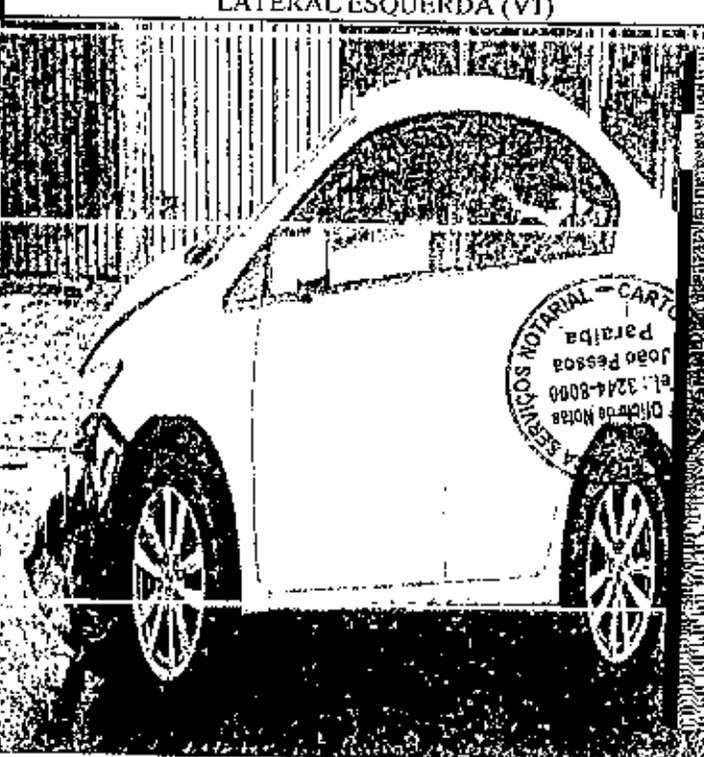
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



Ignacio Brandão Gonzaga Filho Sd PM
- Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11 / 09 / 2017
ASSINATURA

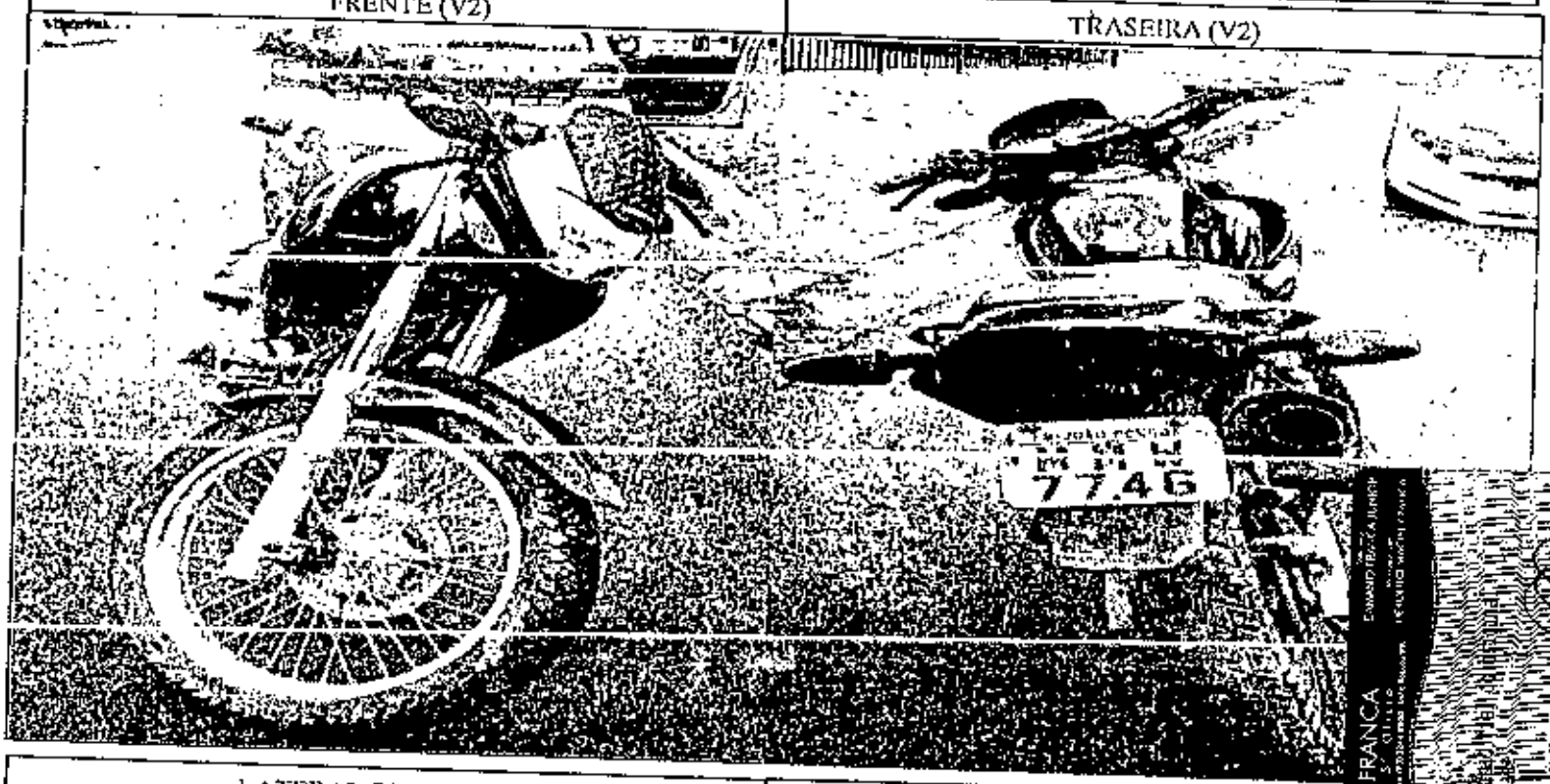
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0533/ 2017

FOTOS DO V1

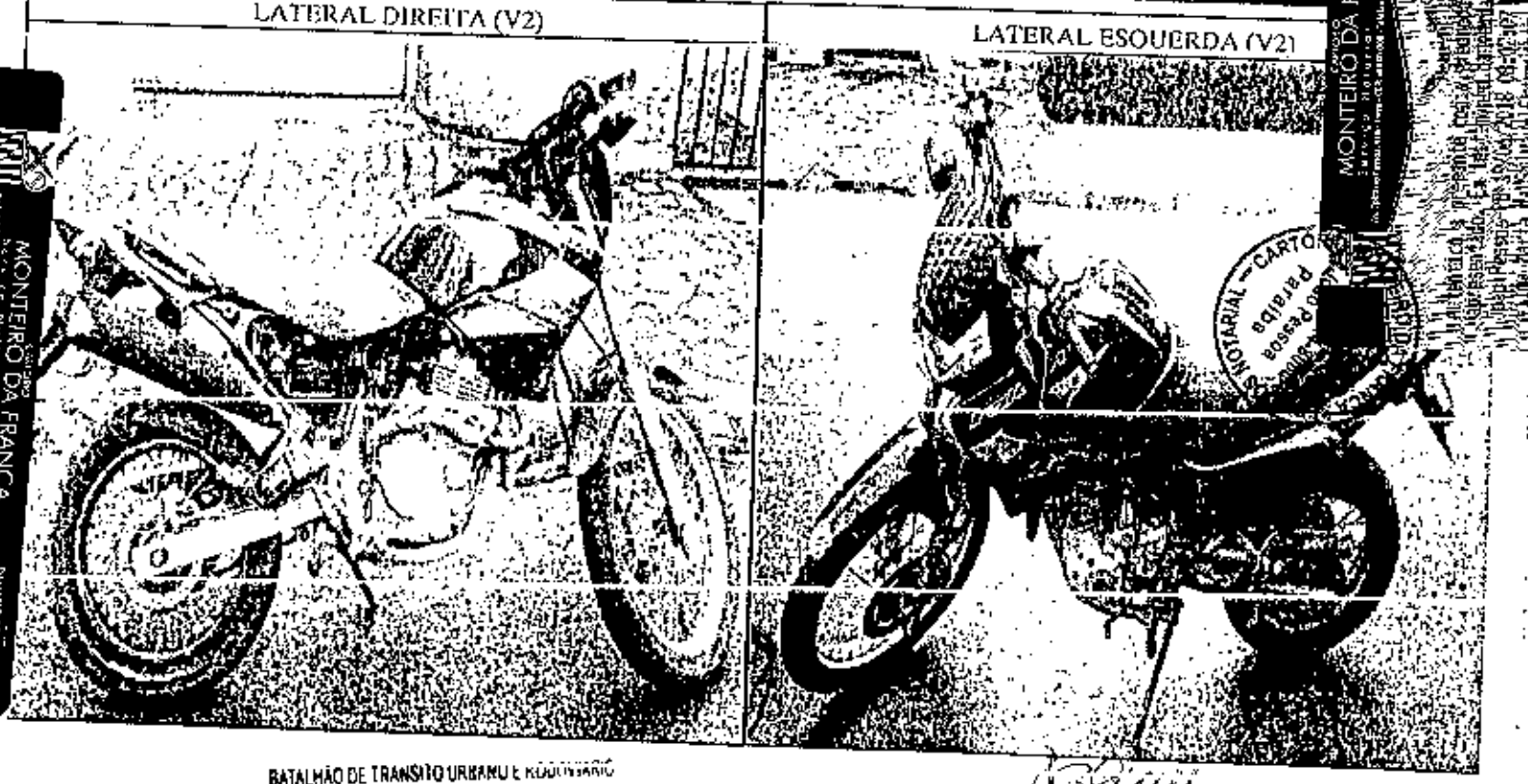
FRENTE (V2)

TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)

LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11 / 09 / 2017
ASSINATURA

Ignaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - BOAT

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0533 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Honda Civic	FLR – 5040 PB	Sd Brandão	31-07-2017

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
						Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Honda Falcon	MMW – 7746 PB	Sd Brandão	31-07-2017

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial e de Registro
João Pessoa Paraíba

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11 / 09 / 2017
ASSINATURA

João pessoa-PB, 31 de Agosto de 2017.

Ignaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00872.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00872.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:54 horas do dia 04 de maio 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 Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Felipe Luciano Viegas de Souza**, CPF nº 119.514.364-82, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Joelma Cristina Viegas dos Santos e Fábio Luciano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/02/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro, Nº 46, bairro Salinas Ribamar, tendo como ponto de referência Mercadinho de Paraíba, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-7744.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Monteiro da Franca, Próximo Ao Mag Shopping, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/07/17 06:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NX-4 FALCON, VERDE, 2004/2004, PLACA MMW7746/PB, CHASSI 9C2ND07004R012349, registrada em nome de RUMBNIG ACIOLY DE LIMA, quando ao passar por um cruzamento por trás do Mag Shopping foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1524/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 20.11.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido pelos BOMBEIROS e levado ao Hospital de Trauma de onde foi transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 04 de maio de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 00872.01.2018.1.00.420

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:	Posto/Graduação:
0533- 2017	IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO	SD /PM

Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:	Hora	Bairro	Município:	U F
Av. Monteiro da Franca/R. Juvenal Mário da Silva	06:10	Manaíra	João Pessoa	PB

Data/Ocorrência	Dia da Semana	C/S Vítima (QT)	Natureza do Acidente	Tipo de pavimento	Condições/Via	Tempo
31-07-2017	Segunda - feira	Com	Abalroamento	Asfalto	Seca	Bom

Envolvidos no acidente (Quantidade)	Controle do tráfego no local
02 veículos	Cruzamento sinalizado

CONDUTOR 01

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Eloide André Oliveira	Feminino	05-04-1966	173463253

Endereço
Av. Presidente Nilo Peçanha, 290, apto 901, Bessa, João Pessoa , PB – Tel.(083)99342 - 4135

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
05-05-1994	B	00615256649	PB	Sim	12-06-2019	Sim	

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Sim (0,00mg/L)	Permaneceu no local

VEÍCULO 01

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Honda Civic	Automóvel	FLR - 5040	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário
Eloide André Oliveira

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	012896013875	00577362445	20-10-2016

Defeitos
Nada constatadó •

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na via A, faixa da direita, sentido Bessa/Tambaú, quando de repente se deparou com o V2 atravessando em sua frente interceptando sua passagem.

CONDUTOR 02

Nome	Sexo	Nascimento	RG
Felipe Luciano Viegas de Sousa	Masculino	06/02/1996	3527354

Endereço
Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Nao Habilitado							

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
Não	Hospital de Trauma

VEÍCULO 02

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
Honda Falcon	Motocicleta	MMW - 7746	Particular	João Pessoa	PB

Nome do Proprietário

Seguradora	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
DPVAT	012235981196	05871560407	14/12/2015

Defeitos
Nada constatado

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTRAN no dia 29/08/2017 e que declarou que: Trafegava no sentido Bessa/Tambau na faixa da direita, quando ao chegar no entrocamento das Vias, parou e olhou para o lado direito, momento que deu saída e foi atingido pelo V1, e que não teve como evitar o sinistro; informa [illegible]

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0533 - 2017

VÍTIMA 01

Nome	Sexo	Nascimento
Felipe Luciano Viegas de Sousa	Masculino	

Endereço
Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB

	Viajava no Veículo Nº	Usava Cinto
	02	

Condição da Vítima	Conduzida Para
Condutor	Hospital de Trauma

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O impacto deu-se no cruzamento devidamente sinalizado; V2 removido ao Bptran para complemento de Boat e por está com o licenciamento vencido; Condutor 02 socorrido ao Hospital de Trauma; Condutora 01 submetida ao teste de etilômetro que se encontra anexo; Avarias em decorrência do acidente na grade de proteção do estabelecimento comercial de nome Appshop Assistência Técnica, 4,00 metros danificado; Ficha de ocorrência anexo.

João Pessoa – PB, 31 de Agosto de 2017.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11 / 09 / 2017
ASSINATURA

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

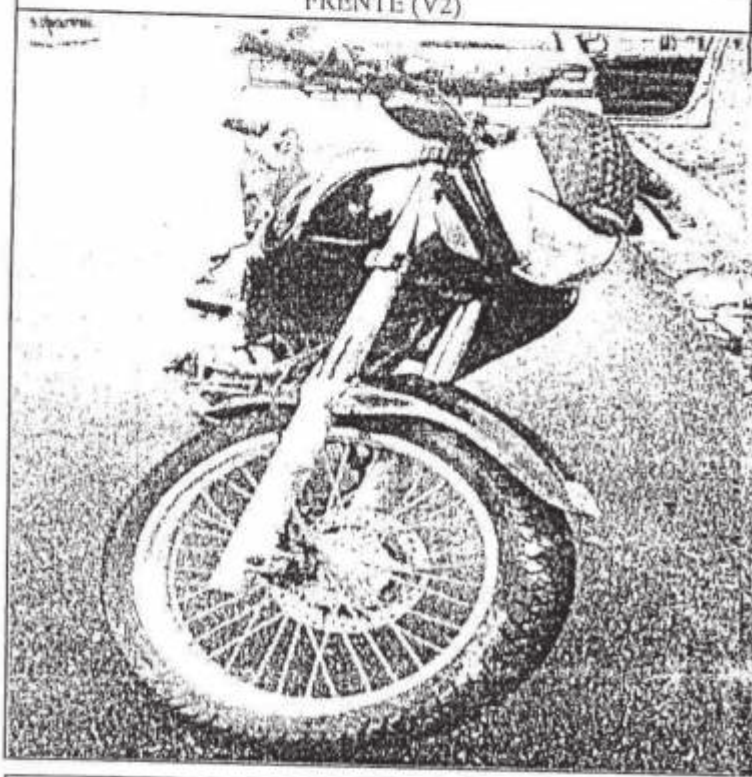
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BPTran

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0533/ 2017

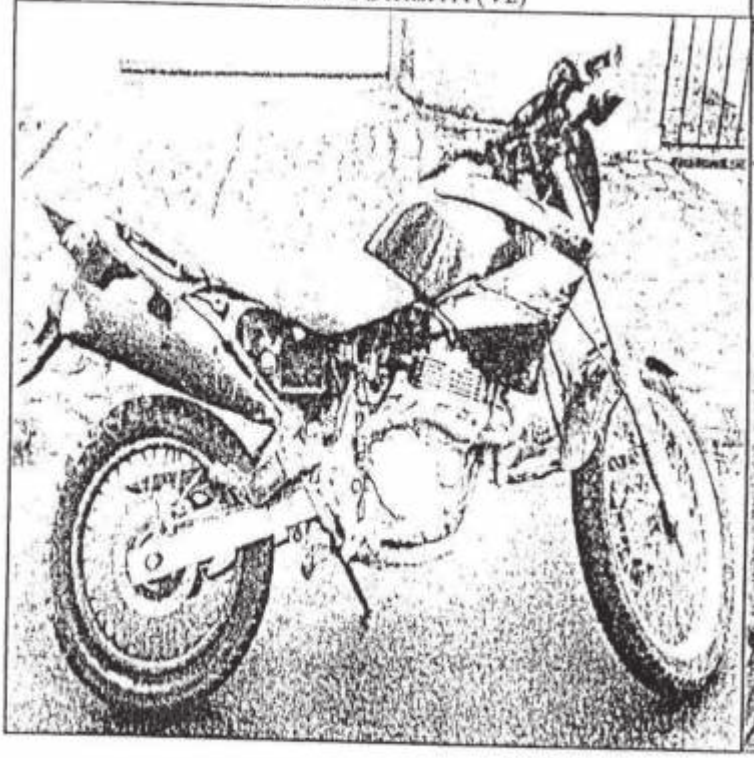
FOTOS DO V1

FRENTE (V2)

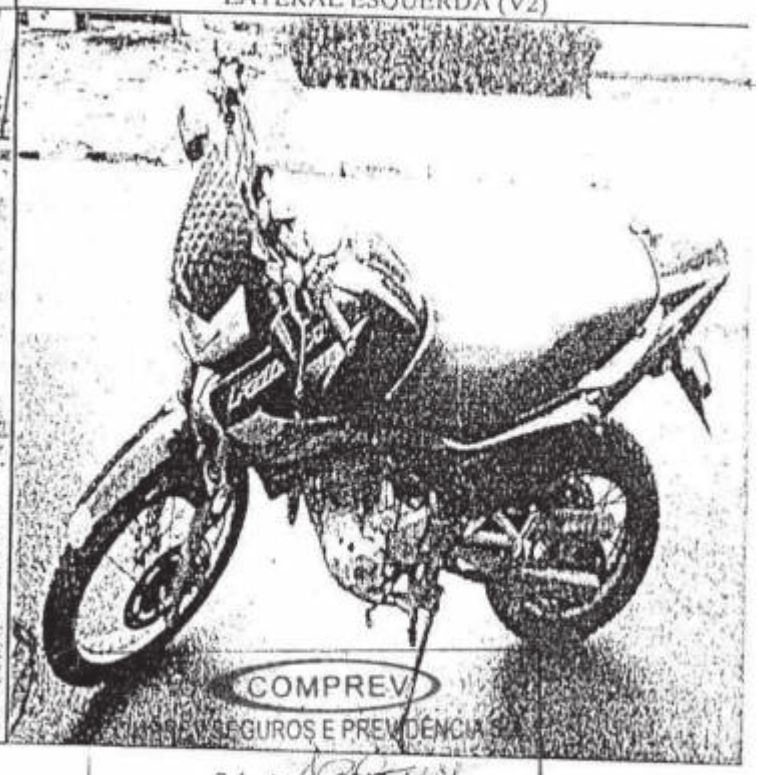


TRASEIRA (V2)

LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIARIO

24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BP-Tran

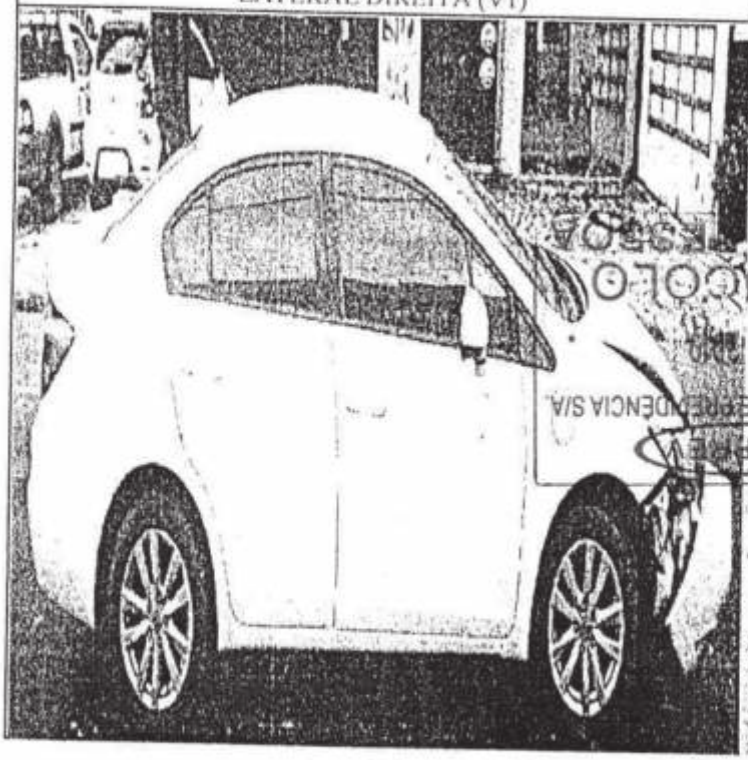
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0533/ 2017

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

COMPREV SEGUROS E PRESIDENCIA S/A
24 JAN 2018
PROTOCOLO
ASSINATURA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIARIO

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BPTran

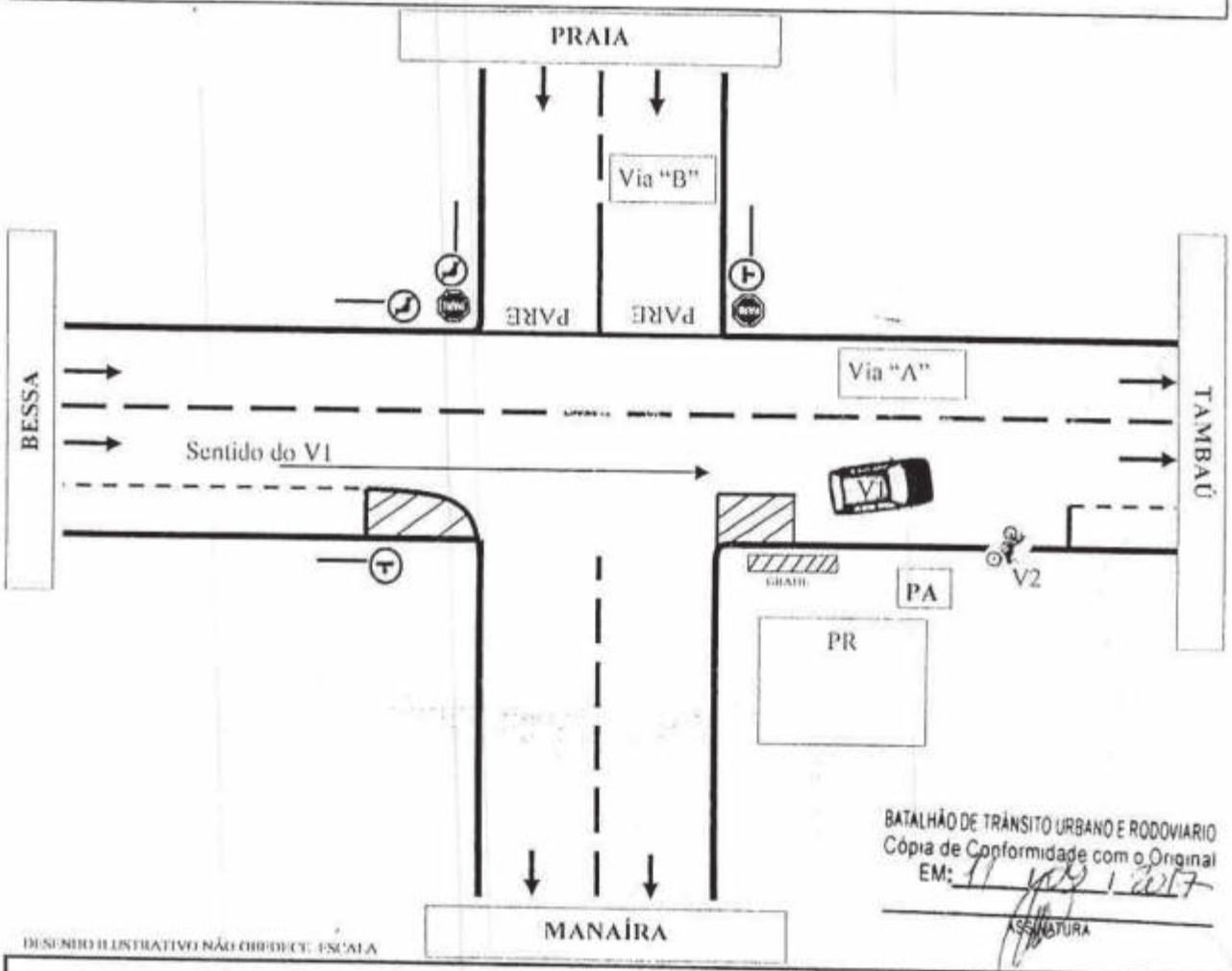
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0533/ 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Monteiro da Franca 08,00metros
VIA "B" - Rua Juvenal Mario da Silva 06,00metros

PR (Ponto de Referência) Appshop Assistência Técnica
PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

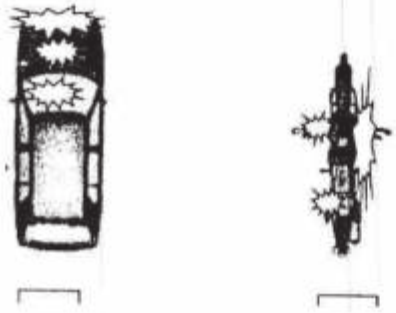
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.90 e Traseiro Direito 05.60 metros para (PA)
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 04.10 e Traseiro Direito 05.50 metros para (PA)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIARIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11 / 01 / 2017
ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fernando Brandão Gonzaga Filho Sd PM

POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BPTran

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0533 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Honda Civic	FLR – 5040 PB	Sd Brandão	31-07-2017

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
						Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:	Placa:	Responsável pelo Preenchimento:	Data:
Honda Falcon	MMW – 7746 PB	Sd Brandão	31-07-2017

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Avaliação Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)			
04	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11 / 09 / 2017
ASSINATURA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João pessoa-PB, 31 de Agosto de 2017.

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Felipe Luciano Viegas de SOUZA | CPF: 119.514.364-82

Profissão: Desempregado | Endereço: São Pedro | Número: 96 | Complemento: CASA

Bairro: Salinas Ribeiro | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP:

E-mail: | Tel (DDD): 83 98766 6168

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0435 (9) CONTA: 0006583 (8)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ( ) CONTA: ( )

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Felipe Luciano Viegas de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Comprovação de ato declaratório

VISTO EM: 28/03/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva
TEN. CEL. QOBM- 521.280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 23 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0137/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 31/07/2017, conforme requerimento nº 141748, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 06h15min o/a Sr.(a) **FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA,** CPF Nº 119.514.364-82, vítima de acidente de trânsito (*colisão carro x moto*), ocorrido na Av Monteiro da Franca, Manaíra – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-06, tendo como chefe o **SARGENTO BM JAIME** DOS SANTOS FERREIRA, Matrícula 514.900-2. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com fratura exposta e suspeita de luxação no membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza - CB BM, Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMES DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	06/02/06
NOME DA MÃE	JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.017.039
DATA DO ATENDIMENTO	31/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	06:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA
CID 10	S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento corto-contuso no membro inferior direito. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura cominutiva, exposta, diafisária de tíbia direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura cominutiva diafisária de tíbia direita.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	31/07/17
DATA DA EMISSÃO:	13/03/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2328/PB

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

VISTO EM: 28/03/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva
TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 23 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0137/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 31/07/2017, conforme requerimento nº 141/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 06h15min o/a Sr.(a) **FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA,** CPF Nº 119.514.364-82, vítima de acidente de trânsito (*colisão (carro x moto)*), ocorrido na Av Monteiro da Franca, Manaira – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM JAIME** DOS SANTOS FERREIRA, Matrícula 514.900-2. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com fratura exposta e suspeita de luxação no membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira** de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, (_____) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN - MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00435-9

CONTA: 000000006583-8

Nr. Autenticação
BRADESCO1707201905000000000023700435000000006583236250 PAGO

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Felipe Luciano V de Souza,

RG nº 3527354, data de expedição 16/02/07 Órgão SSP-PB

CPF nº 719.574.364-82 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	São Pedro
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	Salinas Ribamar
Cidade	Cabedelo
Estado	PB
CEP	58109-482
Telefone de Contato	083 9800-7744
E-mail	felsouzapb@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 19/06/18

Assinatura do Declarante: Felipe Luciano V de Souza

JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS
RUA SÃO PEDRO, S/N - SALINAS PIBAMAR
CABEDELO/ PB CEP: 58.310-000 (AG. 1)

Emissão: 10/05/2018 Referência: Mai / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA NONOFÁSICO
Roteiro: 4 - 13 - 171 - 1320 Nº medidor: 00009102970

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Conta Reserva: João Pessoa / PB - CEP 58071-820
CNPJ 09.049.493/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 009.410.520
Cód. para Déb. Automático: 00011203400

Atendimento de Cliente Energisa: 0800 000 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	10/05/2018	11/06/2018	1264901470

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/1123340-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Baixe o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet.
Você ganha agilidade e segurança na sua conta, mudança de titularidade, informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
10/04/18	6057	10/05/18	6150	1	93	30

Demonstrativo

COD	Descrição	Quantidade	Preço unit. (R$)	Valor (R$)	Base Cálc. ICMS	Alíq. ICMS	Base Cálc. PIS/Cofins	Alíq. PIS/Cofins	Vlr. PIS/Cofins
		Tarifa TOTAL (R$)							
0001	Consumo de ENERGIA ELEF	50 TERA 0,000000	7,10	7,10	25	1,77	7,10	9,24	0,00
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	93,000 0,409230	25,56	25,56	25	6,40	25,56	0,16	0,73
0001	Adic B Amarela		0,26	0,26	25	0,06	0,26	0,00	0,00
0610	Subsídio		31,82	-31,82	25	-7,96	-31,82	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB.ILUM.PUBLICA		0,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	COMP.INDICADOR-DIC TRIMESTRAL 09/2016		-0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0504	COMPENSACAO POR INDICADOR - DIC 09/2018		-2,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	Devolução Subsídio		-22,77	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Cheque de Cliente (Taxa de Serv) TOTAL 42,63 64,72 18,18 64,72 0,45 1,93

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
92	17/05/2018	R$ 42,63

Histórico de Consumo (kWh)

126	102	48	58	73	120	87	51	102	100	89	122
Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

2d31.dc24.6e1b.ce11.7c7b.22e0.a48f.a1e1

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL		12,12
DIC TRIMESTRAL	9,31	
DIC ANUAL	19,82	
FIC MENSAL	5,05	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,42	
[illegible]	[illegible]	
DMIC	2,77	0,72
DIC R	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	120
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	232
LIMITE SUPERIOR	487

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	8,08	19,51
Compra de Energia	[illegible]	26,20
Encargos de Transmissão	[illegible]	3,01
Encargos Setoriais	[illegible]	5,29
Impostos Diretos e Consumo	21,72	49,20
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	[illegible]	[illegible]

ATENÇÃO

- PEAK/FORA PEAK: [illegible] meses, o consumidor poderá ser suspenso a partir de 29/05/2018. Conforme Resolução 414 ANEEL. O cumprimento após essa data, [illegible] a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja cumprido, ou as contas pagas não estejam registradas pela concessionária para comprovação. Caso estas faturas estejam pagas, desconsidere esse aviso.
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS ACRESCIDAS, para estas a suspensão [illegible]
Obs. contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a incidência em [illegible] de cobrança de atraso no caso de não pagamento
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R$22,77

Faturas em atraso	
Abr/18	76,23
Mar/18	60,08
Fev/18	62,50
Jan/18	53,11
Out/17	52,69

PARAÍBA

Roteiro / Ano	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
4 - 13 - 171 - 1320		

Matrícula: [illegible]

[illegible]013019-1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 025.235.378

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

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
ANTONIO PINTO MENDES RUA NAIR ALVES DA COSTA S/N CASA SANTA RITA	5/1695038-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	20/05/2019	204	27/05/2019	R$ 194,71

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

Pagador: ANTONIO PINTO MENDES CNPJ/CPF: 564.506.131-49
RUA NAIR ALVES DA COSTA S/N CASA - TIBIRI - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001816776	001695038201905	27/05/2019	R$ 194,71	

BENEFICIÁRIO:3064-3/2447-3 09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 021.457.456

energisa

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

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
SEVERINO MAXIMIANO DOS SANTOS RUA SAO PEDRO S/N CABEDELO	5/1123366-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	08/03/2019	16	15/03/2019	R$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

DESTAQUE AQUI

energisa

SEVERINO MAXIMIANO DOS SANTOS
Roteiro: 04-013-171-1160
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/03/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/03/2019	R$ 0,00	1123366-2019- 03-7

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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 SUSEP[1] 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 Ednestina Gonçalves do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.903.064-13 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe Luciano Viegas de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.514.364-82, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Felipe Luciano Viegas de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.514.364-82, 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		Número	Complemento
NAIR ALVES DA COSTA		S/N	CASA
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
TIBIRI II	SANTA RITA	PB	
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
	(083) 98766-6168	(083) 98766-6168	

João Pessoa 25 de janeiro de 2019
Local e Data

Ednestina Gonçalves do Nascimento
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL.001 V001/2017

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	06/02/96
NOME DA MÃE	JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.017.039
DATA DO ATENDIMENTO	31/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	06:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA
CID 10	S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento corto-contuso no membro inferior direito. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura cominutiva, exposta, diafisária de tíbia direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura cominutiva diafisária de tíbia direita.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	31/07/17
DATA DA EMISSÃO:	13/03/18

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1017039

Identificação do paciente

ID 1195301	Nome FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/02/1996	Idade 21 anos 5 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS			Pai FABIO LUCIANO DE SOUZA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986716241		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3527354		Nº Cns 700006008782407	
Local de procedência MANAIRA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58027495	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MONTE CASTELO
Número 72	Complemento		Bairro MANDACARU

Admissão

Data e Hora 31/07/2017 06:44:48	Número da pulseira 1000004184552	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 VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos paciente deslocado vítima acidente meio consciente, orientado, eupneico avaliado em ambulância de P/ CBI

Enfermeira COREN-PB 440

Diagnóstico	CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 08seg

Imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente **FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA**		BAE **1017039**	Data/Hora Entrada **31/07/2017 06:44:48**	Data Baixa **2017-07-31 08:25:47.0**
Data de nascimento **06/02/1996**	Idade **21**	Sexo **Masculino**	CNS **700006008782407**	Telefone de Contato **(83) 986716241**
Mãe **JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS**				Prontuário
Endereço **MONTE CASTELO, 72**		Bairro **MANDACARU**	Municipio **JOAO PESSOA**	UF **PB**
Acidente **VEICULO X MOTO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA**	Nº Cons. Regional **8637/PB**
Data/Hora Classificação **31/07/2017 08:25:47**			Data/Hora Prescrição **31/07/2017 08:25:48**	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM FERIMENTO E DOR NO MEMBRO INFERIOR DIREITO, HA 2 HORAS. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA COMINUTIVA DIAFISARIA DE TIBIA EXPOSTA.

CID10

Código	Descrição
S82.2	Fratura da diáfise da tibia

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário
LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

Data e Hora
31/07/2017 08:25:47

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações
PACIENTE TRANSFERIDO CONFORME PACTUAÇÃO. HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Dr. Luiz Juvencio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
(8637/PB)

FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome						CNS	Prontuário
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA						700006008782407	
Data de Nascimento	**Idade**	**Sexo**	**Raça / Cor**	**Peso**	**Altura**	**Pressão**	**Temperatura**
06/02/1996	21A 5M 25D	Masculino	PARDA				

Nome da Mãe JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS	**Nome da Pai** FABIO LUCIANO DE SOUZA	
Endereço MONTE CASTELO	**Bairro** MANDACARU	**Cep** 58027495
Município JOAO PESSOA - PB	**Telefone Residêncial**	**Telefone Celular** (83) 986716241
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA	**CNES** 2593262	**Telefone** (83) 32165700

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	**AP**	**Endereço** RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB

Motivo do encaminhamento
ALTA HOSPITALAR

Resultado de exames complementares
PACIENTE TRANSFERIDO CONFORME PACTUAÇÃO.
HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

CID	Data de encaminhamento
S82.2	31/07/2017 08:25:47

Dr. Luiz Juvencio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA		
Data de 06/02/1996	Nº Boletim Emergencia 1017039	Prontuario
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RAIOS-X
31 / 07 / 17
7 : 44
Reinaldo

31 de Julho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Preencher cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA	06/02/1996	21	MASCULINO	1017039		31/07/2017 06:54:46

Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				31/07/2017 06:54:46

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

	Nome do medicamento		Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)		2.0	ML		E.V.		AGORA	CH.CG	
	Diluir em	AGUA DESTILADA	10.0	ML						

31 de Julho de 2017

IGOR NUNES DE SOUZA
CRM: 5858

Assinatura e Carimbo do Profissional

Igor Nunes de Souza
Cirurgião Geral - Videocirurgia
CRM-PB 5858

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente **FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA**		BAE **1017039**	Data/Hora Entrada **31/07/2017 06:44:48**	Data Baixa
Data de nascimento **06/02/1996**	Idade **21**	Sexo **Masculino**	CNS **700006008782407**	Telefone de Contato **(83) 986716241**
Mãe **JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS**				Prontuário
Endereço **MONTE CASTELO, 72**		Bairro **MANDACARU**	Municipio **JOAO PESSOA**	UF **PB**
Acidente **VEICULO X MOTO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **IGOR NUNES DE SOUZA**	Nº Cons. Regional **5858/PB**
Data/Hora Classificação **31/07/2017 06:44:48**			Data/Hora Prescrição **31/07/2017 06:54:46**	

Anamnese

PACIENTE COM TRAUMA DE MID. SEM OUTRAS QUEIXAS.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação + Av. ortopedica

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

IGOR NUNES DE SOUZA
(5858/PB)

FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 1524/2017

Atendendo solicitação de **FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº48747 e Prontuário Nº 2017.07.004171 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 31/07/2017 às 09H57min, vitima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 31/07/2017,15 e 22/08/2017 com alta médica dia 24/08/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de novembro de 2017

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 2959

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Ficha Nr: 48747 Atd: Nao Regulac
Data: 31/07/2017
Hora: 09:57:29
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
Num. Prontuario: 2017.07.004171
CNS: 700006008782407 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986716241
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/02/1996 Id: 21 ano(s)
End.: AVENIDA MONTE CASTELO,0
Bairro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF:PB
Mae: JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS Pai: FABIO LUCIANO DE SOUZA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: DESOCUPADO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: A MAE
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA(JP)

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) AS 05:30HS
Vitima de violência por: *MANAIRA-PROX.UPA
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[ ] Diarreia	[ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular	[ ] Chocado
		[ ] Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente vítima de acidente de moto queixando de dor e corte em perna direita paciente consciente relato outras queixas.

Diagnostico Fratura exposta do 1/3 da perna D. | Conduta Ao Bloco

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Prescricao
Cefalotina 2g EV 8/8h
Tetanograno 0,5 ml
Falta

| Horario da medicacao
- Falta

Klenia Keila R. Silva
Enfermeira
COREN-101969

31 JUL. 2017

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado para Prescricao

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
24 JAN 2013
PROCURADOR
AB. JOAO BERTO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA						CNS 700006008782407	Prontuário
Data de Nascimento 06/02/1996	Idade 21A 5M 25D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS			Nome da Pai FABIO LUCIANO DE SOUZA				
Endereço MONTE CASTELO			Bairro MANDACARU				Cep 58027495
Municipio JOAO PESSOA - PB			Telefone Residêncial			Telefone Celular (83) 986716241	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262			Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB

Motivo do encaminhamento
ALTA HOSPITALAR

Resultado de exames complementares
PACIENTE TRANSFERIDO CONFORME PACTUAÇÃO.
HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

CID	Data de encaminhamento
S82.2	31/07/2017 08:25:47

Dr. Luiz Juvencio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 31/07/17

Nome: Felipe Leandro Siqueira do Santos

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento __/__/____

QPD: Dor em perna Direita

HDA: Paciente consciente orientado queixando de dor e edema em perna Direita, que de dentro de noite, podendo irradiar em outras localidades se retirado de perna acometida ou qualquer outra orientações

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [ ]Dor _____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema _____ Outros: _____

ABD: [ ]Dor _____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____

SME: [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

COMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: Nos

Alergias: Nos

Cirurgias: Nos de Coto.

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa [ ]HTF

[ ]Trauma _____ [ ]Neo _____ [ ]Tabagismo _____

[ ]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:

Peso: _____Kg Altura: _____m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Dos exames de imagem

Hipóteses Diagnósticas: Fratura exposta de ossos do pescoço

AO: 42C3

Conduta: Tratamento cirurgico.

Encaminhamento para tratamento definitivo

2º tempo

PROJUDICIO
AP. JOÃO FERREIRA
21 JAN 2013
COMPREV-SEGUROS
PRESTADORA DE SERVIÇOS LTDA.

CRM 8554
Médico Residente Ortopedia

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Felipe Luciano V. de Souza				**Registro:** 2018010004171	
Idade: 21	Sexo: M	Cor: B	Clínica: Ortop	EMP:	LR:
Data: 22/02/18	Cirurgião: Dr. Rodrigo Aurum			1º Assistente: Dr. Roberto Sa	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador: Ana	
Anestesista: Dr Volgran		Tipo Anestesia: Raqui		Horário: I: 15:10	T: 16:30

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura cominutiva do 1/3 medio e distal dos ossos da perna (D)	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo.	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Redução cruenta + fixação interna Frat. ossos da perna (D)	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (x) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (x) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (X) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

(1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico (2) antissepsia + assepsia MSD

Incisão:

(3) Incisão lateral sobre o maléolo fibular (D)
(4) Incisão medial sobre a tíbia (D)
1/3 médio e distal

Achados:

(5) Fratura conjunta segmentar dos ossos da perna (D)

Conduta:

(6) Redução cruenta fratura da fíbula distal
(7) fixação com placa DCP 3,5 mm com de 02 furos + 06 parafusos e 01 interfragmentar
(8) Redução cruenta fratura da tíbia (D)
(9) fixação interna com placa DCP de 12 furos 4,5 mm estéril + 03 parafusos de esponjosa e 03 parafusos corticais + 01 parafuso cortical interfragmentar

Fechamento: (10) Limpeza + hemostasia
(11) Sutura descontínua com nylon
(12) curativo

OBS:

HOSPITAL PARAÍSO
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Dr. Rodrigo Costa de Andrade
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4647 RQE 1089

Data: 22/03/14

MÉDICO/CRM

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Felipe Juliano V. de Souza				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: ORTO	EMP:	LR:
Data: 15/08/17	Cirurgião: Dr. Roberto Souto			1º Assistente: Dr. Leonardo R.	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: Dr. Volgraud	Tipo Anestesia: Raqui			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura exposta dos ossos da perna Dir.	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Retirada do Fixador Externo + LMC	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH sob Raquianestesia
- Assepsia + antissepsia + aparição de campos estéreis

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Retirada do fixador externo
- Retirada dos pontos de sutura em pele
- ~~Essep~~ Limpeza mecânica cirúrgica de todo interior do perna com SF0,9% de forma exaustiva
- sutura em pele em locais de inserção de pinos de Charnley
- anbiótico
- Imobilização.

Fechamento:

OBS:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA
24 JAN. 2019
PRODUCULO
AG. JOÃO PESSOA

Data: 15/08/17

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8877

MÉDICO/CRM

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Felipe Luciano Vieira Souza				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 31/07/17	Cirurgião: Dr Geraldo			1º Assistente: Dr Kordel	
2º Assistente: Dr Abelardo		3º Assistente: Dr Turiano		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura Exposta do osso do perna D.	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Tratamento cirurgico	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

(1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

(2) Assepsia - Antissepsia da região do campo cirúrgico

Incisão: (3) Desbridamento extensivo em tecido fibroadiposo 08 cm com mais de 10 lesões

(4) Redução do prolapso sem fixação com fixador externo

Achados:

(5) Novo desbridamento em tecido fibroadiposo

(6) Sutura da pele

Conduta: 7 Curativo

Fechamento:

OBS:

Dr. [illegible] CRM 8554 Médico Residente Ortopedia

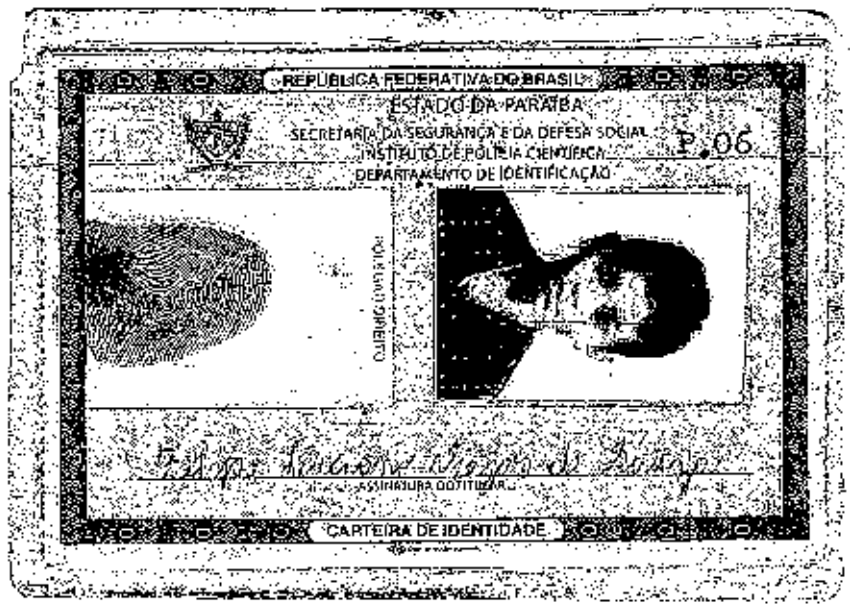
31 MAI 2017

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO AS. JOÃO PESSOA

Data: ___/___/___

MÉDICO/CRM

Documentos de identificação



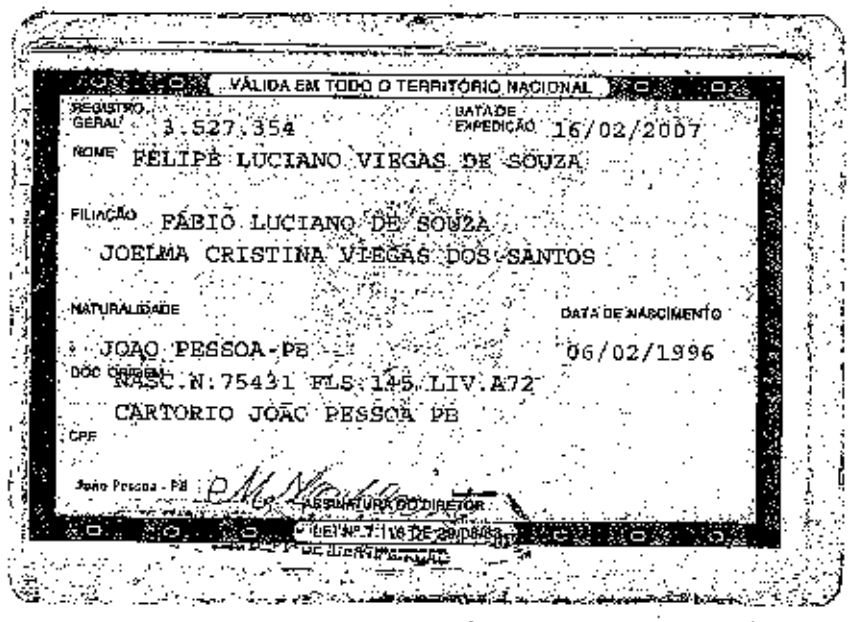
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.06

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.527.354

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/02/2007

NOME FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

FILIAÇÃO FÁBIO LUCIANO DE SOUZA
JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 06/02/1996

DOC ORIGEM NASC.N:75431 FLS:145 LIV.A72
CARTORIO JOÃO PESSOA PB

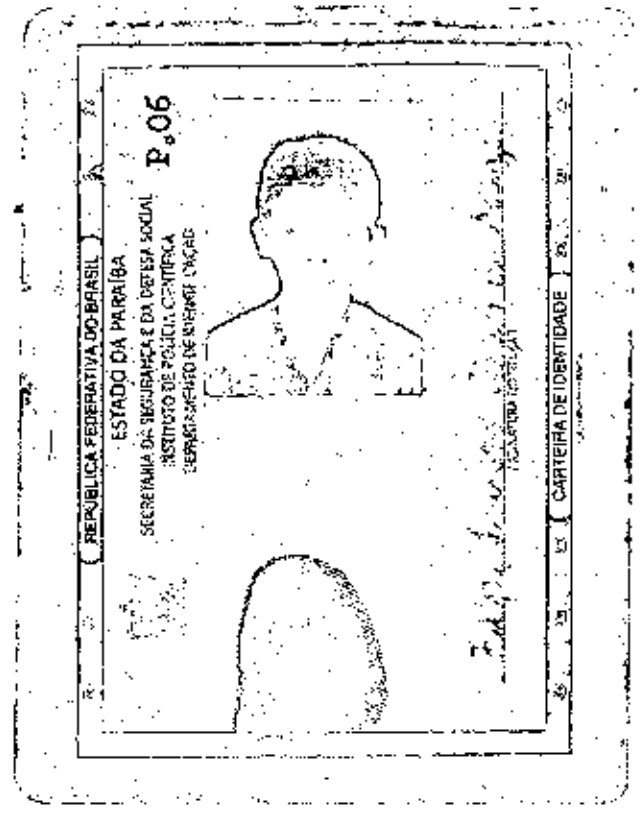
CPF

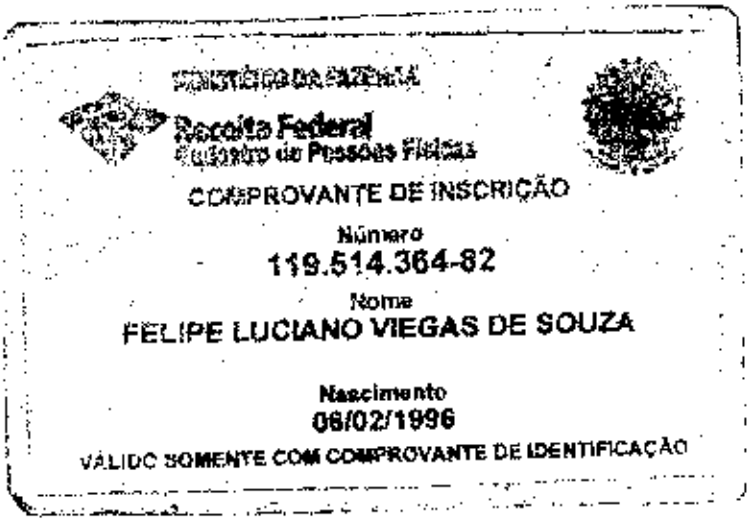
João Pessoa - PB

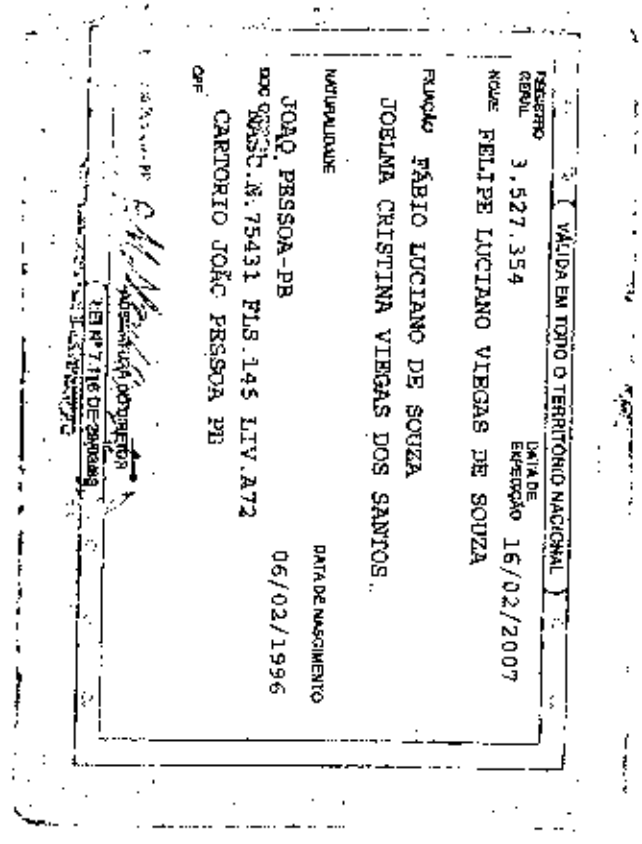
ASSINATURA DO DIRETOR

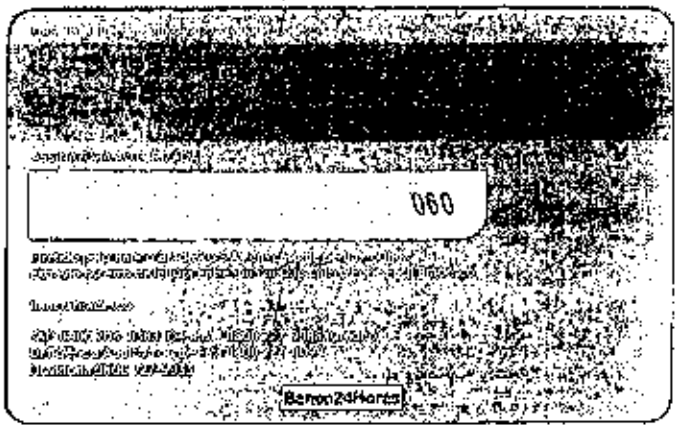
DETRAN-PB

Bradesco
5090 0002 2030 0305
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE S
elo


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
CARTEIRA DE IDENTIDADE
P.06


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
119.514.364-82
Nome
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
Nascimento
06/02/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3.527.354
DATA DE EXPEDIÇÃO 16/02/2007
NOME FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA
FILIAÇÃO FÁBIO LUCIANO DE SOUZA
JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS
NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO
06/02/1996
DOC ORIGEM NASC.N.75431 FLS.145 LIV.A72
CARTORIO JOÃO PESSOA PB
CPF


060
Banco24Horas

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.052013.10979

FELIPE LUCIANO VIRGAN DE SOUZA

Órgão requisitante: DAV
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
DAV

RECEBIDO
29/05/18

SERVIÇOS NOTARIAIS E CARTÓRIO
João Pessoa
Paraíba
MONTEIRO DA FRANCA

...IDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/02/2007

3.527.354

ELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

FÁBIO LUCIANO DE SOUZA

ELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO

06/02/1996

O PESSOA-PB

REG.N.75431 FLS.145 LIV.A72

CARTORIO JOÃO PESSOA PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Sistema Único de Saúde

7107

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

24 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190064276 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA **Data do acidente:** 31/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO / PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/13/14 A 19.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

Laudo do IML – Lesões corporais

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCONTOLOGIA LEGAL

C: 213018 Laudo nº: 03.01.06.052018.10979

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 15/05/2018

Órgão Requisitante: DAV. nº da Solicitação: 72-2018 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA, 22anos, sexo: masculino Raça/cor: filho(a) de: Fábio Luciano de Souza e de: Joelma Cristina Viegas dos Santos , Estado civil: solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: João Pessoa/PB.

HISTÓRICO: Refere que foi vítima de acidente de moto no dia 31/07/2018 por volta das 6:15h na Av. Monteiro da Franca em Manaíra.

DESCRIÇÃO: O examinado apresenta cicatriz cirúrgica longitudinal (20 cm) na face antero-medial da perna direita, edema residual no tornozelo direito e outra cicatriz cirúrgica (8 cm) na face lateral do tornozelo referido. À inspeção dinâmica apresenta limitação da amplitude de movimentos com esse tornozelo. Trouxe laudo médico constando atendimento em 31/07/2017 com fratura cominutiva de tíbia direita sendo submetido a tratamento cirúrgico. Em laudo do Dr. Rodrigo Castro do Amaral consta fratura consolidada.

QUESITOS:
1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
3) Houve perigo de vida? NÃO.
4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE PERMANENTE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.
5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, DEVIDO A FRATURA DE TÍBIA DIREITA.
6) Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
10) Provocou aborto? PREJUDICADO.

Dr(a).Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 2º Ofício

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital

GOVERNO DA PARAÍBA

Requisição de exame nº 77/2018
Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT
Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz
Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB
João Pessoa (PB), 04 de MAIO de 2018.
OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência
00872.01.2018.1.00.420

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA, CPF nº 119.514.364-82, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Joelma Cristina Viegas dos Santos e Fábio Luciano de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/02/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro, Nº 46, bairro Salinas Ribamar, tendo como ponto de referência Mercadinho de Paraíba, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-7744.

Histórico Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NX-4 FALCON, VERDE, 2004/2004, PLACA MMW7746/PB, CHASSI 9C2ND07004R012349, registrada em nome de RUMBNIG ACIOLY DE LIMA, quando ao passar por um cruzamento por trás do Mag Shopping foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1524/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 20.11.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que após o acidente foi socorrido pelos BOMBEIROS e levado ao Hospital de Trauma de onde foi transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Local: Av. Monteiro da Franca, Próximo Ao Mag Shopping, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/07/17 06:15h.

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC

SERVIÇOS NOTARIAL E CARTÓRIO
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial e de Ofício