



Número: **0802326-82.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37362064	02/12/2020 11:04	2769363_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Carta nº 13866412

Pag. 01649/01650 - carta_01 - INVALIDEZ





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





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



Nº DE

Autorização de pagamento



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, Edilson Luciano V. do Sampaio
PORTADOR(A) DO RG Nº 3529754 EXPEDIDO POR 5505 - PB EM 16/02/07 E
CPF 729374264-8 / CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO ---
E RENDA MENSAL DE R\$ --- (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilson Luciano V. do Sampaio, 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 beneficiário/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/beneficiários.

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.

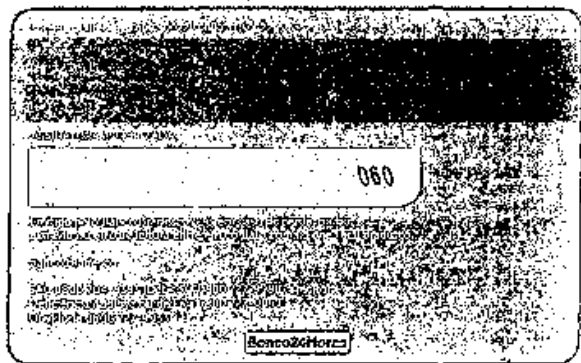
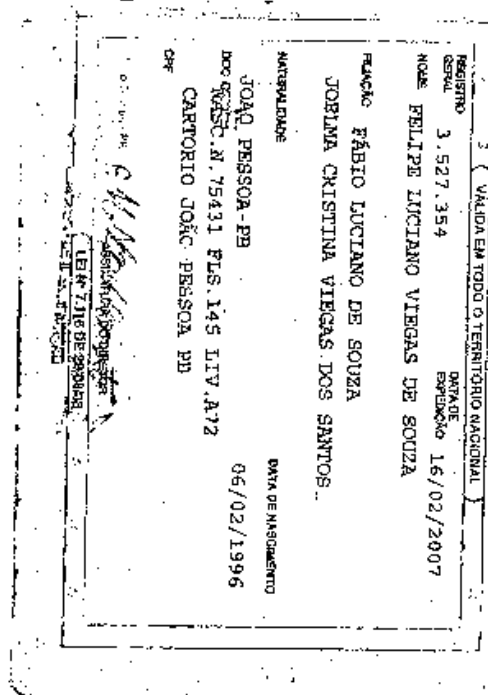
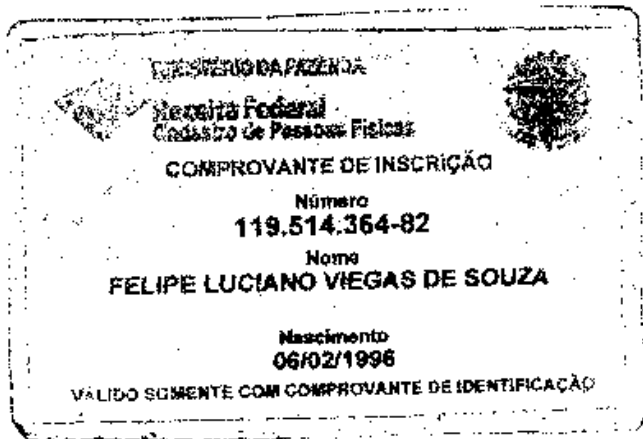
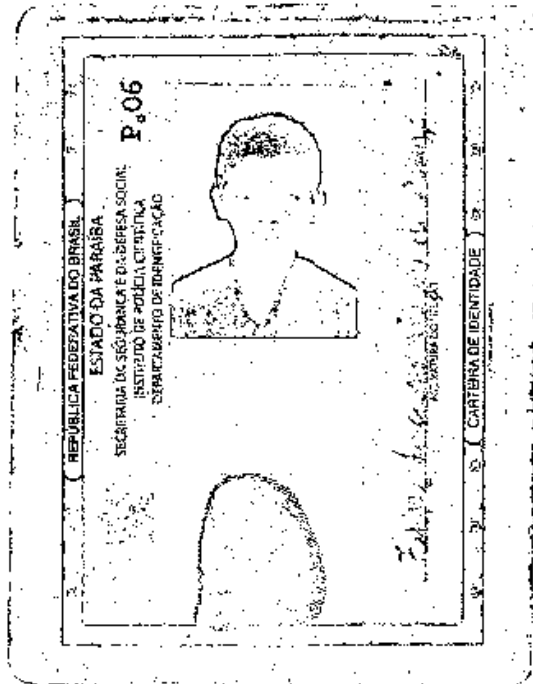
João Paulo 29 de 06 de 20
LOCAL E DATA

Edilson Luciano V. do Sampaio
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.







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

Nome completo: Felipe Luciano Vargas de Souza CPF: 319.514.364-82
 Profissão: Desempregado Endereço: São Pedro Número: 46 Complemento: CASA
 Bairro: Salinas Ribamar Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: _____
 E-mail: _____ Tel (DDD): 83 987666168

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

DADOS CADASTRAIS

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)

CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0435 9 CONTA: 0006583 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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.

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 da vítima/beneficiário (declarante)
 Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 Assinatura
 24 JAN. 2019
 2ª | Nome: _____
 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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo da vítima: **Felipe Luciano Viegas de Souza**
CPF da vítima: **119.514.364-82**
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: **Saltinas Ribeira** Cidade: **João Pessoa** Estado: CEP:
E-mail: **83 984 66 6168**

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

RENDA MENSAL:
 RECURSO 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 CADASTRAIS
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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0435** **9** CONTA: **000 6583** **8** 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 da indenização, a quitação total do valor recebido.

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 fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinale 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, sem que eu seja obrigado a apresentar documentação permanente decorrente 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.
18 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vivo 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. 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.

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
Local e Data: **João Pessoa, 18/06/2019**
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Felipe Luciano Viegas de Souza**
Assinatura do Procurador (s): **Christiane g donkand**
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

(* 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 fidejussão 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





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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0533- 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO	Posto/Graduação: SD /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Monteiro da Franca/R. Juvenal Mário da Silva	Hora 06:10	Bairro Manaíra
Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 31-07-2017	Dia da Semana Segunda - feira	C/S Veloc (GT) Com
Maturoza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca
Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	
Controle do tráfego no local Cruzamento sinalizado		

CONDUTOR 01

Nome Elvise André Oliveira	Sexo Feminino	Nascimento 05-04-1966	RG 175463253
Endereço Av. Presidente Nilo Peçanha, 290, apto 901, Bessa, João Pessoa, PB - Tel.(083)99342 - 4135			
1ª Habilitação 05-05-1994	Categoria B	Registro CNH N.º 00615256649	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 12-06-2019	Usava cinto Sim	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00mg/L)		Destino do Condutor Permaneceu no local	

VEÍCULO 01

Marca Honda Civic	Espécie Automóvel	Placa FLR - 5040	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Elvise André Oliveira					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012896013875	Renavan Nº 00577362445	Data da Emissão 20-10-2016		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

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

CONDUTOR 02

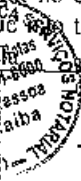
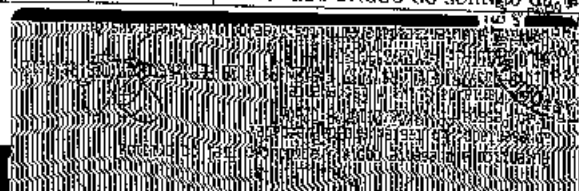
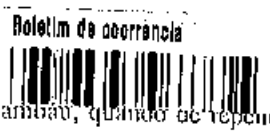
Nome Felipe Luciano Viegas de Sousa	Sexo masculino	Nascimento 06/02/1976	RG 3527354
Endereço Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB			
1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Hospital de Trauma	

VEÍCULO 02

Marca Honda Falcon	Espécie Motocicleta	Placa MMW - 7746	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012235981196	Renavan Nº 05871560407	Data da Emissão 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 que trafegava no sentido Bessa/Tambau na faixa da direita, quando ao chegar no cruzamento das Vias, parou e olhou para o lado direito, momento que deu saída e foi atingido pelo V1 que teve como evitar o sinistro; informou ainda que não prestou atenção e olhou para o lado errado do sentido da via.



COPIA DE CONFORMIDADE COM O ORIGINAL
 EM: 11/08/2017
 SINAISURA



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

VITIMA 01

Nome Felipe Luciano Viegas de Sousa	Sexo Masculino	Nascimento
Endereço Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB		
	Viajava no Veículo Nº 02	Usava Cinto
Condição da Vitima Condutor	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.

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 31/08/2017

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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



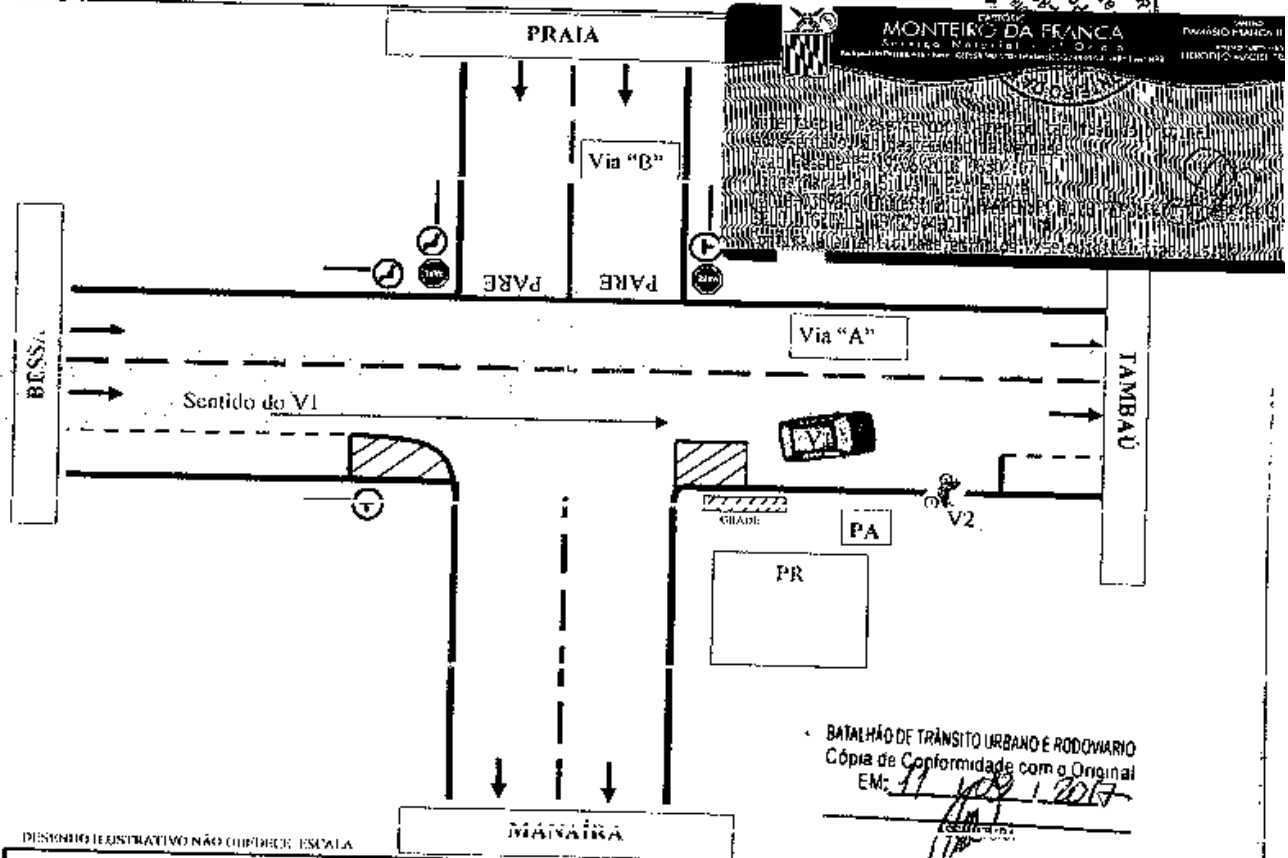
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 03331/2017

AMARRAÇÕES

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

PR (Ponto de Referência) Appstore 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 RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 11/09/2017

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO QUERER ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Suelio Torres
 Irineildo Brandão Gonzaga Filho S/ PM
 Responsável pelo Levantamento





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

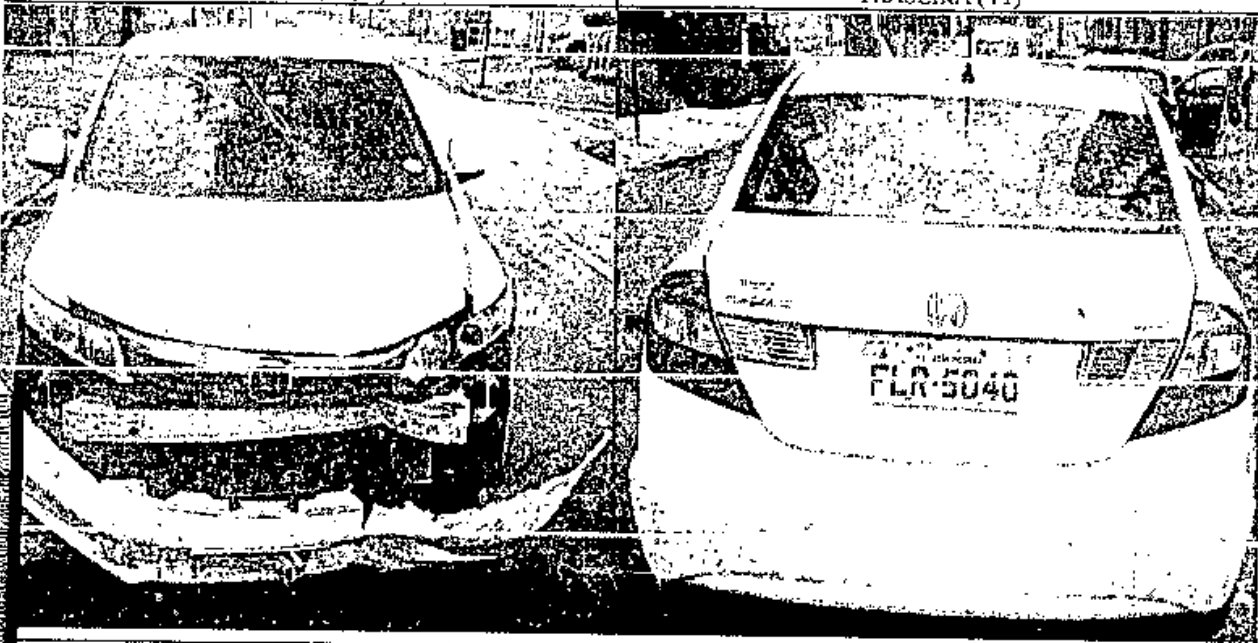


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 08331 2017

FOTOS DO VI

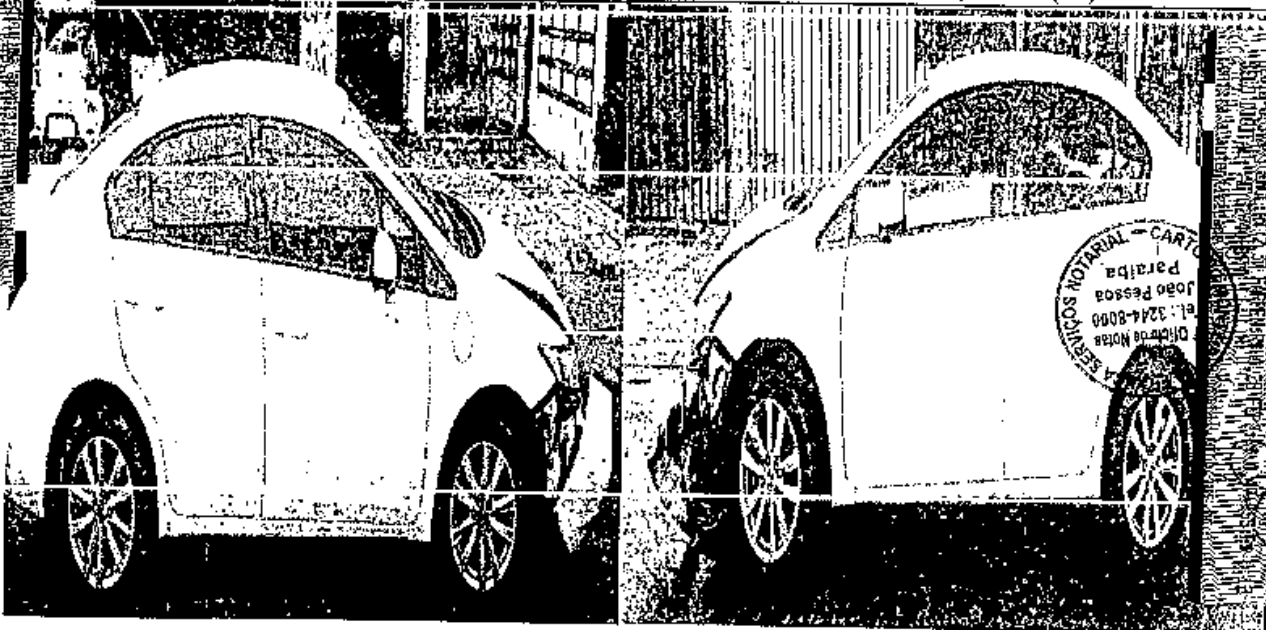
FRENTE (VI)

TRASEIRA (VI)



LATERAL DIREITA (VI)

LATERAL ESQUERDA (VI)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 11/03/2017

ASSINATURA

Ignácio Brândão Gonzaga Filho
 Ignácio Brândão Gonzaga Filho Sd PM
 - Responsável pelo Levantamento





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

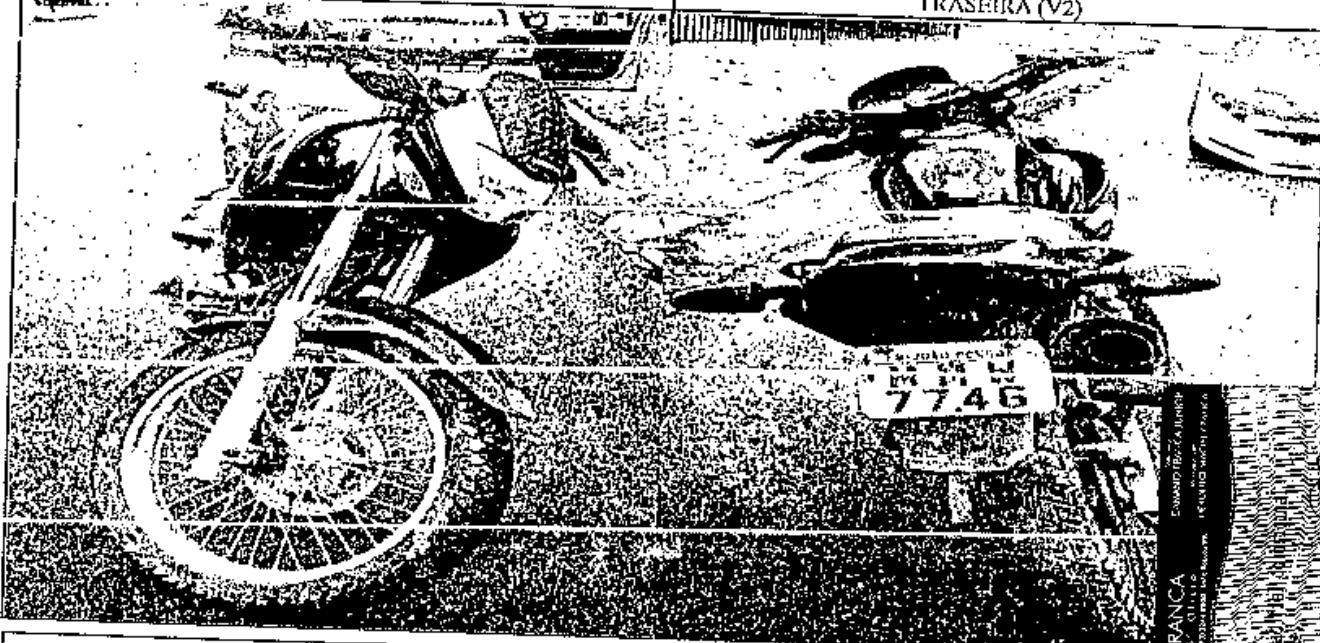


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0533/ 2017

FOTOS DO V1

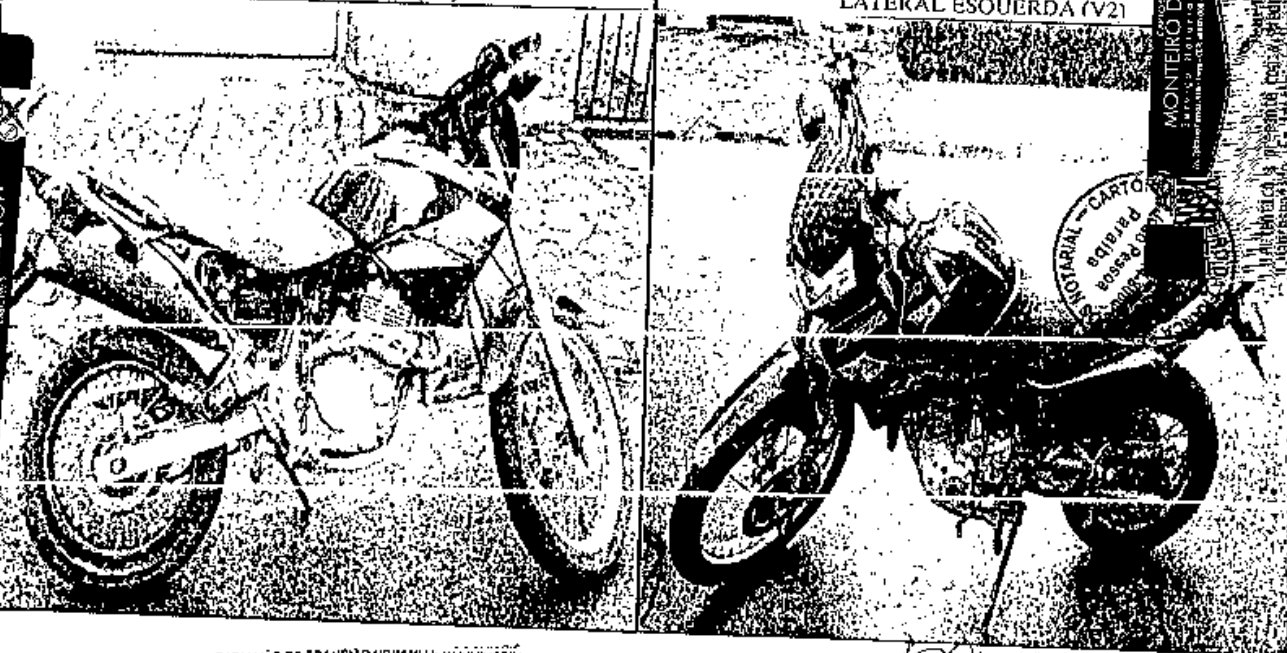
FRENTE (V2)

TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)

LATERAL ESQUERDA (V2)



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

[Signature]
 Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
 Responsável pelo Levantamento





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



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

DANOS NO V1

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

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

em	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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

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

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

em	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)				
							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

CLASSIFICAÇÃO 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: 11/08/2017

ASSINATURA

João Pessoa-PB, 31 de Agosto de 2017.

(Assinatura)
 Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
 Responsável pelo Levantamento





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 Investigação, 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:

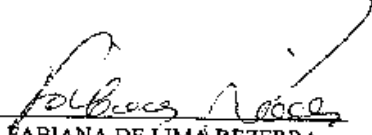
Local: Av. Monteiro da Franca, Próximo Ao Mag Shopping, João Pessoa/PB, bairro Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/07/17 06:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

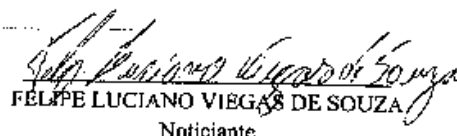
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 04 de maio de 2018.


FABIANA DE LIMA-BEZERRA
Agente de Investigação


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 0533- 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO	Posto/Graduação: SD /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Monteiro da Franca/R. Juvenal Mário da Silva	Hora 06:10	Bairro Manaíra
Município: João Pessoa	U F PB	
Data/Ocorrência 31-07-2017	Dia da Semana Segunda - feira	C/S Vitima (QT) Com
Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca
Tempo Bom		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego no local Cruzamento sinalizado	

CONDUTOR 01

Nome Eloide André Oliveira	Sexo Feminino	Nascimento 05-04-1966	RG 173463253
Endereço Av. Presidente Nilo Peçanha, 290, apto 901, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)99342 - 4135			
1ª Habilitação 05-05-1994	Categoria B	Registro CNH N.º 00615256649	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 12-06-2019	Usava cinto Sim	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00mg/L)	Destino do Condutor Permaneceu no local		

VEÍCULO 01

Marca Honda Civic	Espécie Automóvel	Placa FLR - 5040	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Eloide André Oliveira					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012896013875	Renavan Nº 00577362445	Data da Emissão 20-10-2016		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

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

CONDUTOR 02

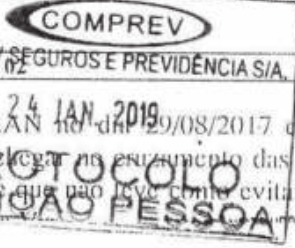
Nome Felipe Luciano Viegas de Sousa	Sexo Masculino	Nascimento 06/02/1996	RG 3527354
Endereço Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB			
1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Hospital de Trauma		

VEÍCULO 02

Marca Honda Falcon	Espécie Motocicleta	Placa MMW - 7746	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012235981196	Renavan Nº 05871560407	Data da Emissão 14/12/2015		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTAN no dia 29/08/2017 e que declarou que: Trafegava no sentido Bessa/Tambau na faixa da direita, quando de chegar no cruzamento 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



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

VÍTIMA 01

Nome Felipe Luciano Viegas de Sousa	Sexo Masculino	Nascimento
Endereço Rua Monte Castelo, 72, Mandacaru, João Pessoa, PB		
	Viajava no Veículo Nº 02	Usava Cinto
Condição da Vitima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	

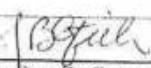
CONSTATADO

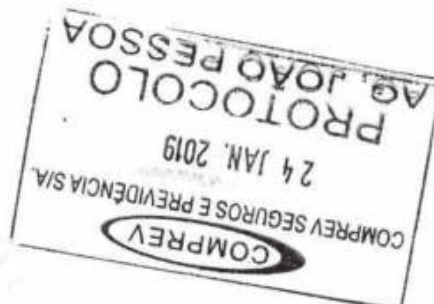
Constatado quando do levantamento que: O impacto deu-se no cruzamento devidamente sinalizado; V2 removido ao Bpran para complemento de Boat e por está com o licenciamento vencido; Condutor 02 socorrido ao Hospital de Trauma; Condutora 01 submetida ao teste de etilômetro que se encontra anexo; Avarias 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





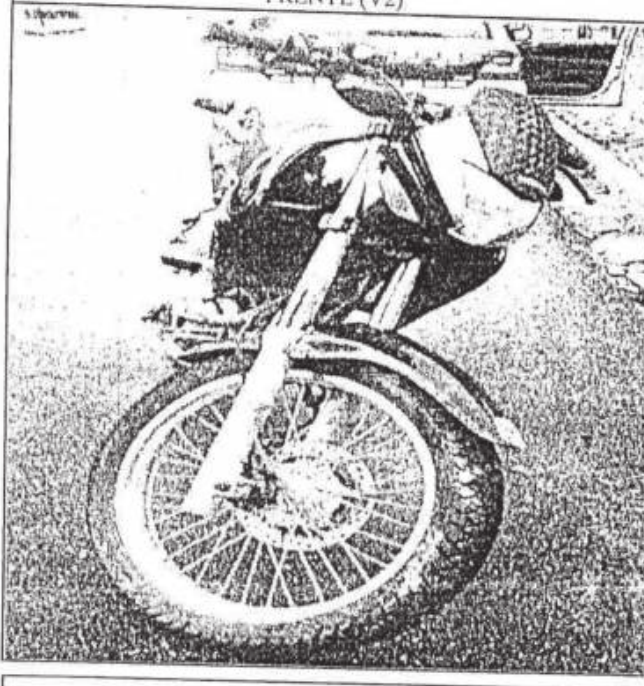
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



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

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA
24 JAN. 2017
PROCOLO
AG. JOÃO PESSOA





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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 (V1)



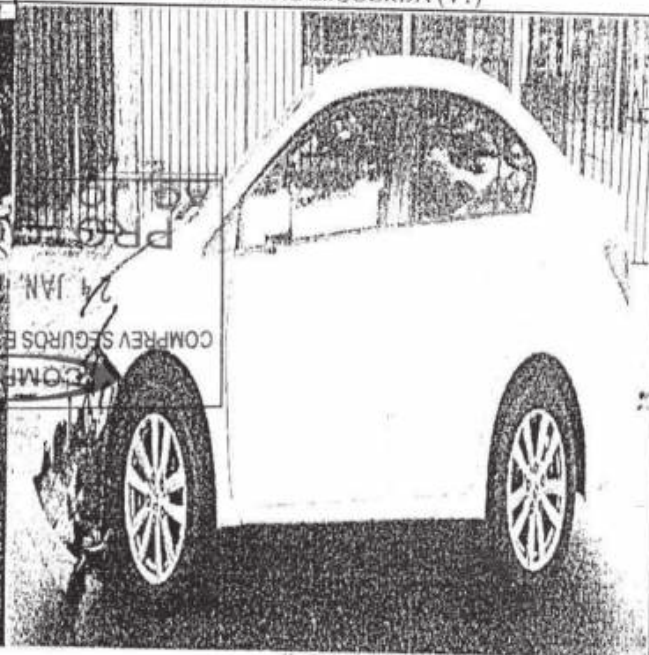
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Grinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Grinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM





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



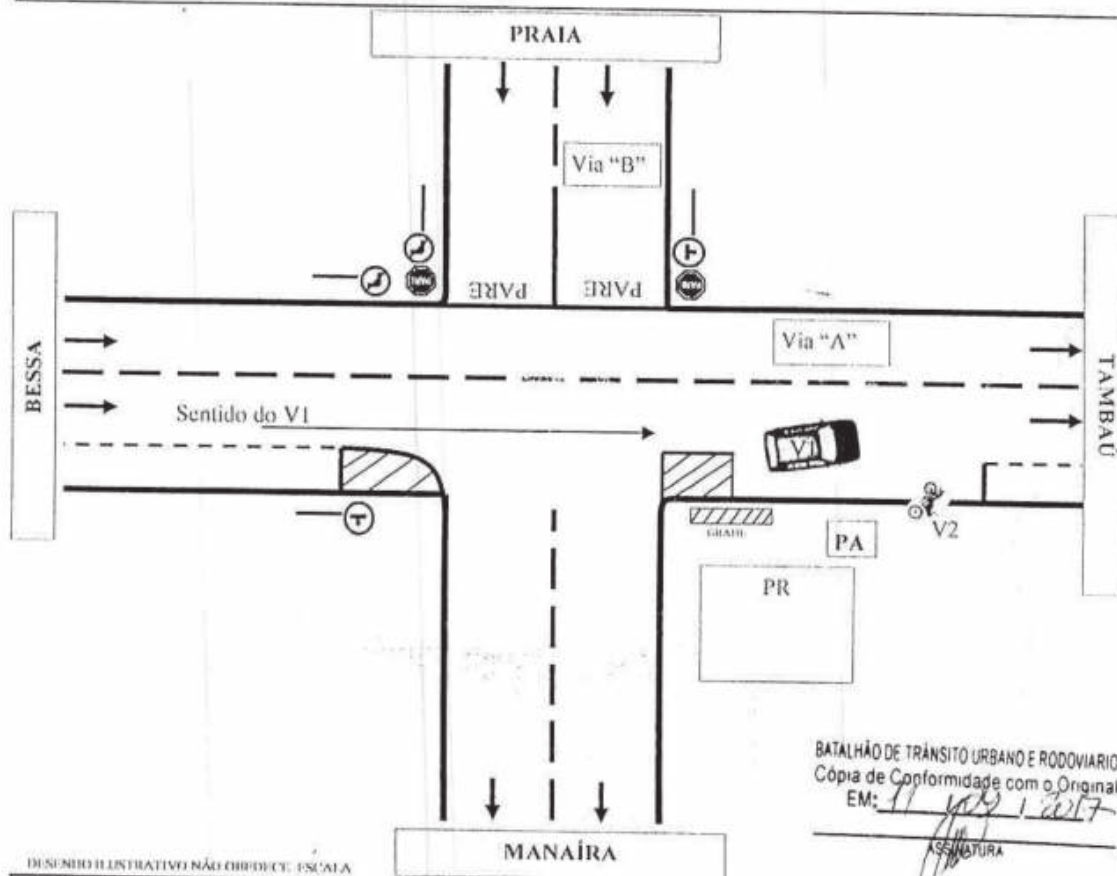
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0533/ 2017

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Monteiro da Franca 08,00metros
 VIA "B" - Rua Juvcnal 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 ORDEM: ESCALA

AVARIAS



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

[Handwritten signature]

Agência João Pessoa - Brindão Gonzaga Filho Sd PM





POLÍCIA 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



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

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda Civic	Placa: FLR – 5040 PB	Responsável pelo Preenchimento: Sd Brandão	Data: 31-07-2017						
AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE									
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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		

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Honda Falcon	Placa: MMW – 7746 PB	Responsável pelo Preenchimento: Sd Brandão	Data: 31-07-2017						
MOTOCICLETA									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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		

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.





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

Nome completo: Felipe Luciano Vargas de Souza CPF: 319.514.364-82
Profissão: Desempregado Endereço: São Pedro Número: 46 Complemento: CASA
Bairro: Salinas Ribamar Cidade: Joazeiro Estado: PB CEP: _____
E-mail: _____ Tel (DDD): 83 987666168

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

RENTA 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)
 CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0435 9 CONTA: 0006583 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 Lider 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.

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Vargas de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Assinatura
24 JAN. 2019
2ª | Nome: _____
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



VISTO EM: 28/03/18

Comandante do BAPH
Kally Sabrina do R. 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 121743, 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, Manairá – João Pessoa/PB. Que a guarnição de viatura de prezo AR-16, 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 - SB 5M**, Matr 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, fiz a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARINES GREGO A. DE SOUSA
1ª TEN. - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



GOVERNO DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba – Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (33) 3243-3044 / (33) 3216-0707 / (33) 3243-7000 E-mail: cqb@bomberos.pb.gov.br





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 tibia direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura cominutiva diafisária de tibia 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





VISTO EM: 28/03/18


Comandante do BAPH
Katy Sabina 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.


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

Chefe da 3ª Seção



 **GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



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

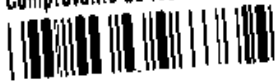
CONTA: 000000006583-8

Nr. Autenticação

BRADESCO1707201905000000000023700435000000006583236250 PAGO



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Julio Luciano V de Souza
RG nº 3527354, data de expedição 16/02/07 Órgão SS05-PB
CPF nº 11957436482, 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	SIN
Apto / Complemento	
Bairro	SALINAS RIBAMAR
Cidade	CABEDELO
Estado	PB
CEP	58709482
Telefone de Contato	08391800-7744
E-mail	YF6002APB10@gmail.com

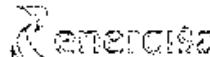
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 19/06/18

Assinatura do Declarante: Julio Luciano V de Souza



JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS
RUA SAO PEDRO, S/N - BARRAS PIBAIAIR
CABELO D'OR PE CEP: 68109-622 (AB. 4)



ENERGISA PARÁRIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rua José Gaspar, João Pessoa/PB, CEP: 51007-100

Emprego: 10/05/2018 Referência: Mai/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA TENSÃO VOLTAGEM 220V Km 79 - Canto Residencial João Pessoa/PB, CEP: 51007-100

Roteiro: 4-13-171-1222 Nº medidor: 00093102870

Metro Fornecedor de Energia Elétrica nº 06 216530
Cód. para DTA Automático: 0001223400

ALICENCIAMENTO DE SERVIÇO ENERGIA - 0000 000 0100

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

UC (Unidade Consumidora): **5/1123340-0**

Canal de contato

Tenha acesso ao Serviço Energia - TSE 24 horas pelo La.
nº 10 029, de 28 de abril de 2007.
Baixe o aplicativo Energia 24 em qualquer smartphone ou tablet.
Você terá acesso à rede social da conta, mudanças de titularidade,
informações sobre fatura de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas
facilidades.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/04/18	6057	10/05/18	6150	30
Demonstrativo				
054	Consumo de Energia Elétrica	7,40	7,10	0,30
0801	Consumo - 3t a 100kWh-BT	25,55	25,55	0,00
0801	Ado. B. Arquivo	0,28	0,28	0,00
0810	Subsídio	31,82	31,82	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0801	CONTRIB. AÇÃO ILUM. PÚBLICA	0,36	0,36	0,00
0804	COMP. INDICADOR-DIG TRIMESTRAL 02/2018	-0,25	0,00	0,00
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIG 05/2018	-1,59	0,00	0,00
0805	Derivado Subsídio	-22,77	0,00	0,00
CCL Odebrecht Casa: 10,00 kWh		TOTAL	47,93	64,70

Média últimos meses (kWh): **62** **VENCIMENTO 17/05/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 42,53**

Histórico de Consumo (kWh)

128	100	148	08	13	120	37	11	100	100	09	122
10/04/18	6057	6150	6253	6356	6459	6562	6665	6768	6871	6974	7077

2387, de 24, pelo valor de R\$ 2200,48 e a 1/10/18

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DISSIMENSAL	3,01	12,10	120
DIG TRIMESTRAL	13,82		120
DIG ANUAL	13,82		120
PICUMENSAL	0,05	0,00	CONTRATADA
PICU TRIMESTRAL	0,05		CONTRATADA
PICU ANUAL	0,05		CONTRATADA
DMC	0,77	0,70	
DMC	0,77		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Requisito de Qualidade de Energia - QEE	0,00	0,00
Qualidade de Energia - QEE	0,00	0,00
Qualidade de Energia - QEE	0,00	0,00
Qualidade de Energia - QEE	0,00	0,00
Qualidade de Energia - QEE	0,00	0,00
Qualidade de Energia - QEE	0,00	0,00
TOTAL	0,00	0,00

ATENÇÃO

PREAUSO Caso não seja pago o valor devido em prazo, o sistema irá bloquear a suspensão e o corte de 25/05/2018. Confira sua situação no MANEEL. O bloqueio após essa data não permite a suspensão de forma manual, caso a suspensão seja solicitada ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para cancelamento. Caso essas faturas não sejam pagas, ocorrerá o corte de energia. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS SA-REAV-SAEMAS, pois estas são suspensas automaticamente.
Caso, contada no dia de vencimento da fatura, você não pague.
Fatura emitida e cobrada em 3 dias de antecedência ao efetivo no caso de não pagamento.
- Sua unidade foi lançada com o Balanço Revólvo, sendo um desconto de R\$ 22,77

Faturas em atraso

Abr/18	76,23
Mai/18	60,08
Fev/18	62,50
Jan/18	53,11
Out/17	52,69

PARÁRIBA

Roteiro: 4-13-171-1222

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR



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 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

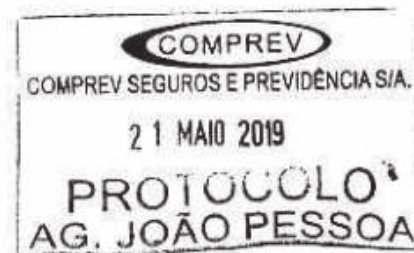
DADOS DO CLIENTE
ANTONIO PINTO MENDES
RUA NAIR ALVES DA COSTA S/N CASA
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
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: 584.506.131-49				
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				



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.596.193 / 0001-46 Ins. Est. 16.816.823-6

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundo-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 021.457.456

DADOS DO CLIENTE SEVERINO MAXIMIANO DOS SANTOS RUA SAO PEDRO S/N CABEDELO			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/1123366-5	
REFERÊNCIA MAR/2019	APRESENTAÇÃO 08/03/2019	CONSUMO 16	VENCIMENTO 15/03/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 0,00

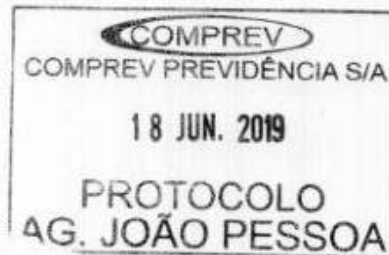
Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

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



**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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Christiane Gonçalves do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.903.004-13, 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 INVALIDER 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 <u>NAIR ALVES DA COSTA</u>		Número <u>SIN</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>TIBIRIJE</u>	Cidade <u>SANTA RITA</u>	Estado <u>PD</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(083)98766-6168</u>	Telefone celular (DDD) <u>983-98766-6168</u>

João Pessoa 25 de Janeiro de 2019
Local e Data

Christiane Gonçalves do Nascimento
Assinatura do Declarante



DLDR01 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 tibia direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura cominutiva diafisária de tibia direita.

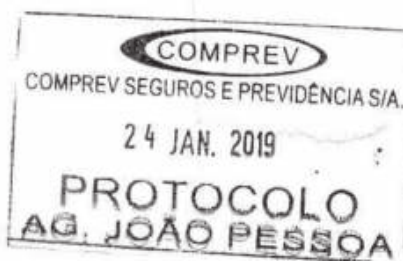
TRATAMENTO:

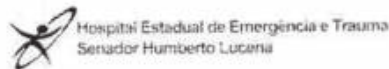
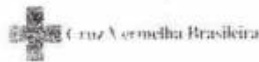
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

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





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
Mãe JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS	Pai FABIO LUCIANO DE SOUZA	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986716241	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3527354	Fone Fixo
Local de procedência MANAIRA	Nº Cns 700006008762407	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRO
		UF PB
		CSOR

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 08:44:48	Número da pulseira 1000004184552	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente 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 [] Sengue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos *paciente desolvido último acidente
medo, consciente, orientado suplex
avaliado em ambulância PI CBI*

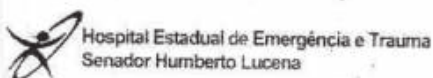
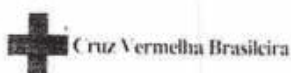
Diagnóstico	CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA	Tempo 08seg

Imprimir

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

31/07/2017





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	Município 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

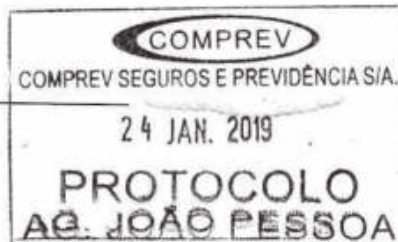
Alta Hospitalar

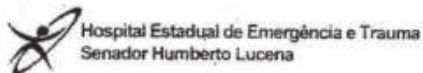
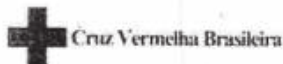
Usuário LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Data e Hora 31/07/2017 08:25:47
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações PACIENTE TRANSFERIDO CONFORME PACTUAÇÃO HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA.

Dr. Luiz Juvencio Medeiros
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 8637 PB

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA
 (8637/PB)

FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

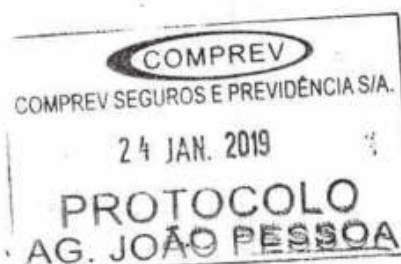
Nome FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA						CNS 700006008782407	Prontuário
Data de Nascimento 06/02/1996	Idade 21A 5M 25D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS			Nome da Pai FABIO LUCIANO DE SOUZA				
Endereço MONTE CASTELO			Bairro MANDACARU				Cep 58027495
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residência		Telefone Celular (83) 986716241		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNEC 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 S82.2	Data de encaminhamento 31/07/2017 08:25:47	

Dr. Luiz Juvencio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5637 PB

Assinatura e carimbo do profissional



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA		Prontuário
Data de 06/02/1996	Nº Boletim Emergencia 1017039	
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		

TORAX
31/07/17
7
Reinoldo

31 de Julho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Proceder exames solicitados para imagens e laboratório analises clinicas

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
24 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. P. P. P. S. S. O. A.





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	FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA		Idade	21	Sexo	MASCULINO	Nº	1017039	Nº		Data Prescrição	31/07/2017 06:54:46
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Posto de Trabalho	Leito		Prescrição válida a		31/07/2017 06:54:46				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

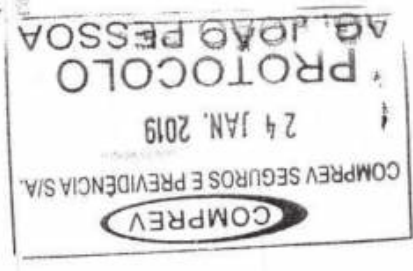
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1	2.0	ML		E.V.				
Diluir em	10.0	ML						

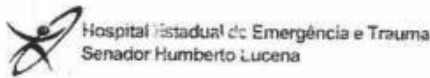
31 de Julho de 2017

IGOR NUNES DE SOUZA
CRM: 5858

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinatura eletrônica de Igor Nunes de Souza
CRM: 5858





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	Município 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



FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA





CERTIDÃO

Nº. 1524/2017

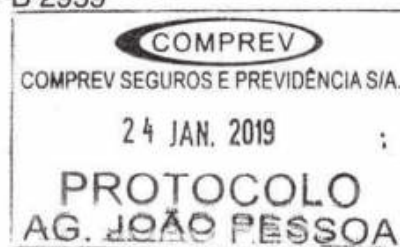
Atendendo solicitação de **FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial N°48747 e Prontuário N° 2017.07.004171 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 31/07/2017 às 09H57min, vítima 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 à Saúde
CRM/PB 2959



FELICIDADE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: LIZENTE 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
Nome: FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700006008782407 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986716241 Num. Prontuario: 2017.07.004171
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
Pré adencia: 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 CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
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
Queixa Principal Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente vítima de acidente de carro queixando de dor e entorpecimento no membro superior direito com dor no cotovelo e punho direito.

Diagnostico *trauma exposto do ombro do membro D.* | Conduta *no bloco* **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

Prescricao | Horario da medicação
Cefotaxima 2g + H2O - Falta
Tetraciclina 500mg
PROTÓCOLO
JOAO PESSOA
24 JAN. 2019
Enfermeira
GOREN 101969



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

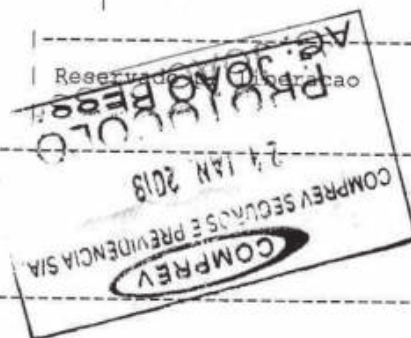
PROCEDIMENTO REALIZADO

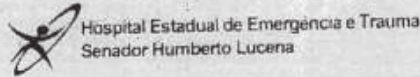
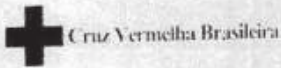
DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

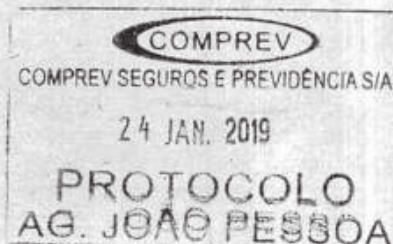
Nome FELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA						CNS 700006008782407	Prontuário
Data de Nascimento 06/02/1996	Idade 21A 5M 25D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe JOELMA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS			Nome da Pai FABIO LUCIANO DE SOUZA				
Endereço MONTE CASTELO			Bairro MANDACARU				Cep 58027495
Município JOÃO PESSOA - PB			Telefone Residencial			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 S82.2	Data de encaminhamento 31/07/2017 08:25:47	

Dr. Luiz Juvenio Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8637 PB

Assinatura e Carimbo do profissional





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Felipe Luciano Sieber do Prado **Data da Admissão:** 21/07/17

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

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

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

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

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1 / 1 / _____

QPD: Dor e perna direita

HDA: Paciente consciente orientado queixando de dor e edema em perna direita com edema de membros inferiores e perna direita em membros localizados se estende de perco de acordo com qual quer outro membros

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação 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 Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Espasmos

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: HTA

Alergias: Não

Cirurgias: Não

[]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: Exame físico de membro

Hipóteses Diagnósticas: Exatão e período de exatão do membro

AO: 42 e 3

Conduta: Tratamento cirúrgico.

Tratamento para tratamento de período de exatão

SUELIO MOREIRA TORRES
Médico Residente Ortopedia



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) Paciente em decúbito dorsal sob efeito anestésico 2) antissepsia + limpeza M.S.O

Incisão:

3) Incisão lateral sobre o maldolo fibular 4) Incisões medial sobre a tibia 1/3 médio e distal

Achados:

5) Fratura comintaria sequente de ossos do pé 6)

Conduta:

7) Redução cirúrgica fratura da fibula distal 8) fixação com placa DCP 3,5 mm de 02 furos + 06 parafusos e 01 intertriquantal 9) Redução cirúrgica fratura da tibia 10) fixação interna com placa DCP de 12 furos 4,5 mm estrita + 03 parafusos de espessura e 03 parafusos corticais + 01 parafuso cortical intertriquantal

Fechamento:

11) Ligeira + hemostasia 12) Sutura das partes moles 13) Curativo

OBS:

AG. JOÃO PESSOA... COMPREENSÃO S/A... SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Dr. Rodrigo Castro de Azevedo
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10.450/1 - RFB 12.01

MÉDICO/CRM

Data: 22/08/14



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH sob Ropivacaína
- Anestesia + antiseptia + preparo de campos estéréis

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Reforço do fibroso externo
- Reforço da parte de refúgio em pele
- ~~expor~~ limpeza de tecido químico de todo conteúdo do perna e esf. de fôrça excêntrica
- sutura em pele em técnica de inserção de pilas de Chang
- curativo
- Imobilização

Fechamento:

OBS:

Data: 15/08/17

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 8877

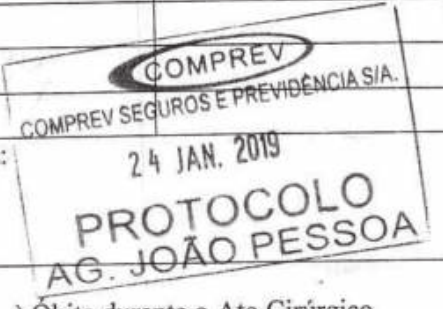
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Felipe Luciano Vaz de Souza</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Cênica:	EMP:	LR:
Data: <i>3/10/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. Genesio</i>			1º Assistente: <i>Dr. Antônio</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Carlos</i>	3º Assistente: <i>Dr. Roberto</i>			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Trauma exposto do osso do pé da D.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Traumatismo do osso do pé</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 () Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim		
			2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente a decubito lateral sobre o lado direito
- ② Asséptico - Audo de pele e de campo de cirurgia

Incisão:

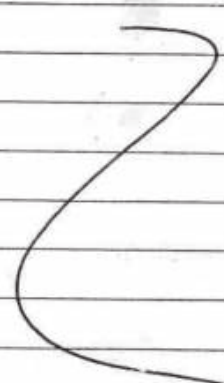
- ③ Desbridamento extensivo da lesão
- ④ Redução do defeito com uso de 10 lâminas e fixação com pontos

Achados:

- ③ Novo do br domo da lesão
- ④ Sutura do leso

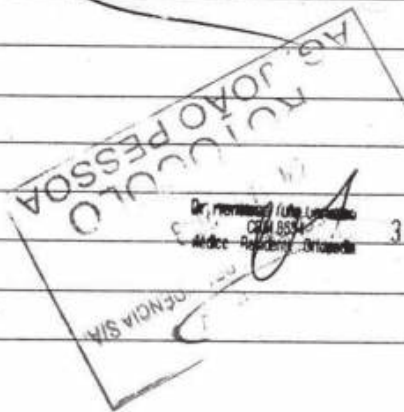
Conduta:

7 curativos



Fechamento:

OBS:



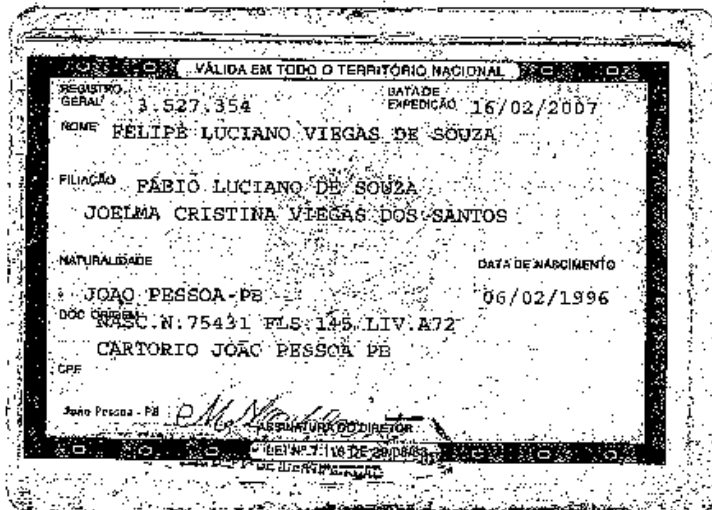
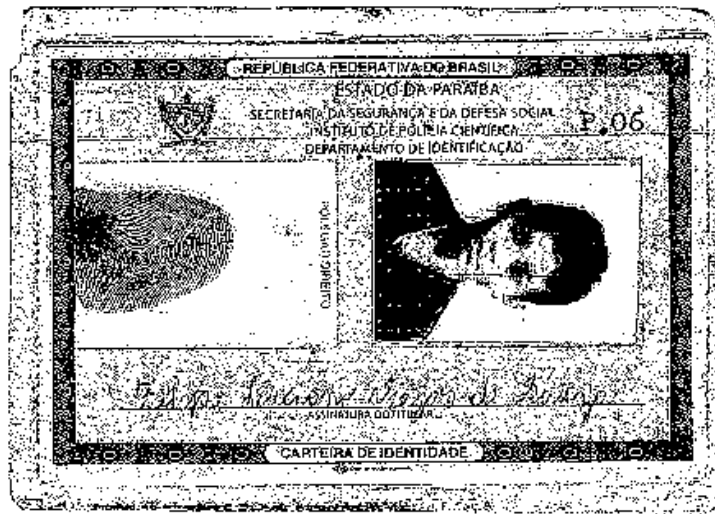
Data: / /

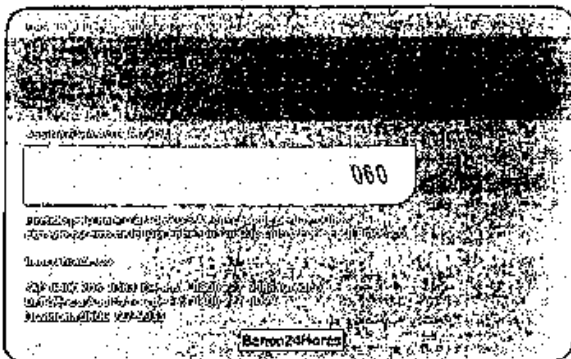
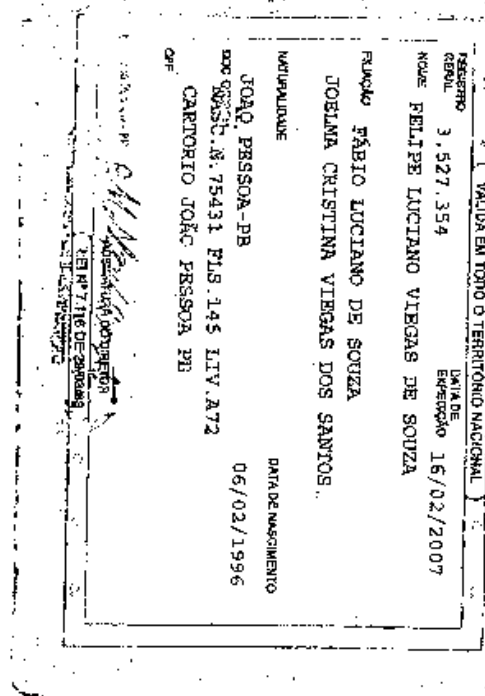
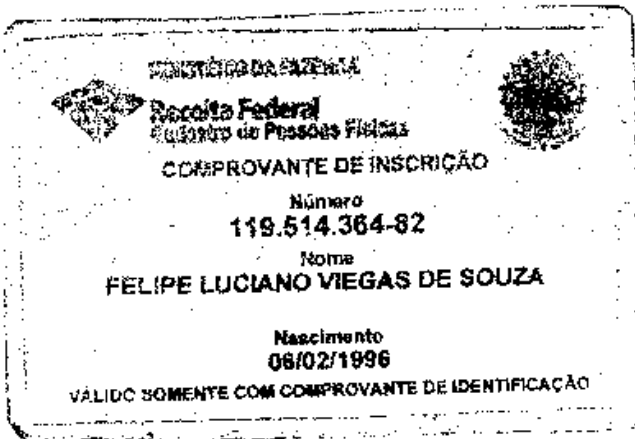
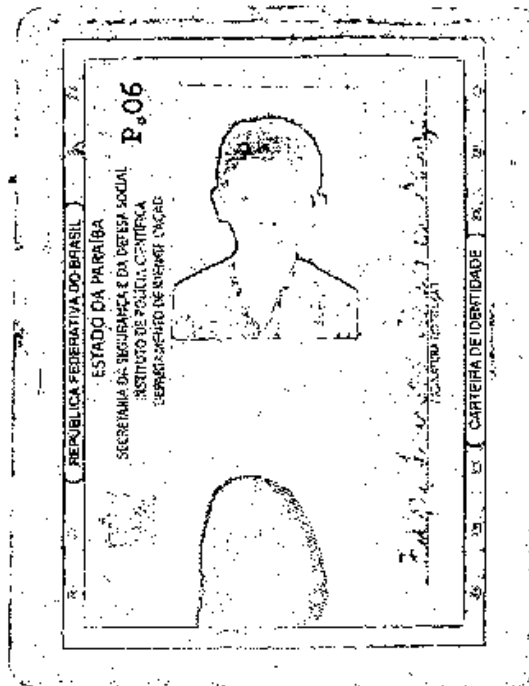
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Documentos de identificação





GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E OCUPAÇÃO LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.032018.19979

FELIPE LUCIANO VIGGIAN DI SOUTA

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
30/05/2018
Dr. Alberto Jorge Diniz e Silva



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.527.354 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/02/2007

ELIPE LUCIANO VIEGAS DE SOUZA

FÁBIO LUCIANO DE SOUZA
 TAINA CRISTINA VIEGAS DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 06/02/1996

JO PESSOA-PB
 REG. N. 75431 FLS. 145 LIV. A72
 ARTORIO JOÃO PESSOA PB

ASSINATURA DO DIRETOR
 LEI Nº 7.115 DE 29/08/93

Sistema Único de Saúde

DISQUE SAÚDE 136

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE




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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 - OSTEOSÍNTESE (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:

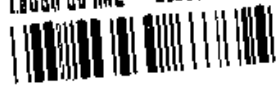
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



Laudos da 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) do: Fábio Luciano de Souza e de: Joeima 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 tibia direita sendo submetido a tratamento cirúrgico. Em laudo do Dr. Rodrigo Castro do Amural consta fratura consolidada.

QUESTITOS:

- 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





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.

ORS-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, CKM/PB 2999, 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 Manaira;

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 DERVC



Central de Polícia Civil - João Pessoa/PB