

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DANRLEY GONCALVES FELIPE**

Nº Sinistro: **3180215135**

Vitima: **DANRLEY GONCALVES FELIPE**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180215135**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12803814



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DANRLEY GONCALVES FELIPE**

Sinistro: **3180215135**  
Vítima: **DANRLEY GONCALVES FELIPE**  
Data do Acidente: **16/07/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180215135** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180215135**  
Nome do(a) Examinado(a): **DANRELY GONCALVES FELIPE**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MARIA DA CONCEIÇÃO CUNHA NÓBREGA nº 115 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3990077 - SSP**  
Data e local do acidente: **16/07/2017 JOAO PESSOA/PB**  
Data e local do exame: **28/05/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA SEM DESVIO DO RAMO ÍSQUIO PÚBLICO DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO COM REPOUSO E ANALGESIA. SEM INTERCORRÊNCIAS. FOI ACOMPANHADO AMBULATORIALMENTE QUANDO TEVE ALTA, MAS NÃO SE RECORDA DA DATA.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**TROFISMO MUSCULAR PRESERVADO, COM MOVIMENTOS DE QUADRIL AMPLOS E PRESERVADOS. INFORMA DOR DURANTE ABDUÇÃO PASSIVA**

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

  
Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	401.054.894-33	Danubey Gonçalves Felipe

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
Danubey Gonçalves Felipe		401.054.894-33		Autônomo
Endereço		Número	Complemento	
Rua Maria de Conceição Lima Noronha		115		
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Mangabeira	João Pessoa	PB	58055-440	
Email		Telefone (DDD)		
gabriel699@gmail.com		(83) 99661-1341		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V	AGÊNCIA	D/V
3484		40	0		
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 26 de Março de 2018  
Local e Data

Danubey Gonçalves Felipe  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00274.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00274.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:29 horas do dia 15 de fevereiro 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 José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Danrley Gonçalves Felipe, CPF nº 701.054.894-33, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Elza Lucia Gonçalves Umbelino e Severino do Ramo Felipe da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/02/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria da Conceição Cunha Nóbrega, Nº 115, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Escola Luis Ramalho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-7730.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: José Marcone Ramos da Silva, Mercadinho Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/07/17 21:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante, no dia 16/07/2017, por volta das 21:45, quando transitava na rua José Marcone Ramos da Silva, em Mangabeira, nesta Capital/PB, com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo: 2016 de cor branca, placa: QFR:2037/PB, chassi nº 9C2KD0810GR461743, registrada em nome de Klecio Lima de Oliveira; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, um outro veículo, tipo ônibus (transporte escolar) fez uma manobra errada, sem prestar a devida atenção e cruzou a rua, e que o notificante terminou por colidir na lateral esquerda do veículo, vindo o notificante a cair ao solo e se lesionar, sendo socorrido por terceiro para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, CID 10 S32.5, datado de 18/09/2017, e assinado pelo médico: Dr. José de Almeida Braga CRM- 2329/PB

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

João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
DANRLEY GONÇALVES FELIPE  
Noticiante



Procedimento Policial: 00274.01.2018.1.00.420

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*João Pery Gonçalves*

CPF da Vítima

*901 054 894-33*

Data do Acidente

*16/07/2014*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

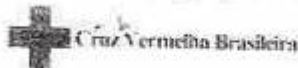
**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
10 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*João Pessoa, 26 de Maio de 2018*

Local e Data

*Donatelly Gonçalves Fialho*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1014059



**Identificação do paciente**

ID 813780	Nome DANRLEY GONCALVES FELIPE	Sexo Masculino
Data de nascimento 09/02/1996	Idade 21 anos 5 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Pai SEVERINO DOS RAMOS FELIPE DA SILVA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87725296	Responsável (Parentesco) ALEXANDRE RAMOS - ACOMPANHANTE
Tipo documento NAO INFORMADO	DDD Fixo	Fone Fixo
Local de procedência MANGABEIRA	Número documento	Nº Cns 700008425935703
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBOR

**Endereço**

CEP 58065770	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Maria da Conceição Cunha Nobrega
Número 115	Complemento	Bairro Mangabeira	

**Admissão**

Data e Hora 16/07/2017 22:28:29	Número da pulseira 1000004186518	Convênio SUS	TOMOGRAFIA
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Tipo	DATA 16/7/17
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	HORA 23:40	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	TEC. RAD. 6

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos: Paciente vítima/ acidente moto- e/ HD: politrauma(?) encaminhado ao CDI (RXS + FAST + TC/cranio), ag. AVs.: DRTO/NCR; EGR, COTE, cooperativo.</p>						

Dr. Renato C. Chaves  
Enfermeiro  
COREN 79452/PB

Diagnóstico	CD
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	Tempo 54seg

Imprim

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
10 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

877360

REFERÊNCIA

JAN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ELZA LUCIA GUMBELINO

RUA MARIA DA C C NOBREGA, 115 - MANGABEIRA JOAO  
PESSOA PB 58055-770

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industrial	Público		
001.081.410.0060.000		0000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
A04X081253	16/12/2004	EXT LACE	USADO		USADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA			
2817	2833	16	33		24/02/2018			
TEST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA ÁGUA DECRETO 2.914/2011 IPI						
DEZ/2017	14	0	PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2017	15	0	TURBIDEZ		294	294	294	
OUT/2017	11	0	CLORO		294	294	294	
SET/2017	16	0	COL. TERMOF		0	0	0	
AGO/2017	17	0	COR		77	84	84	
JUL/2017	15	0	COL. TOTAIS		294	294	294	
MEDIA(M)		14	DADOS REFERENTES A: NOV/2017					

DATA DA IMPRESSÃO: 25/01/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 15:30:31

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)

ATE 10 M3 - 36,84 POR UNIDADE

10 M3

36,84

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3

6 M3

22,50

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)

ATE 10 M3 - 29,47 POR UNIDADE

10 M3

29,47

11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,80 POR M3

6 M3

22,80

FATURAS EM ATRASO:

REF 201711 109,06

REF 201712 113,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,88 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

06/02/2018

Total a Pagar:

R\$ 117,61



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA:

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DE

O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TEN

HA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

**CAGEPA**

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

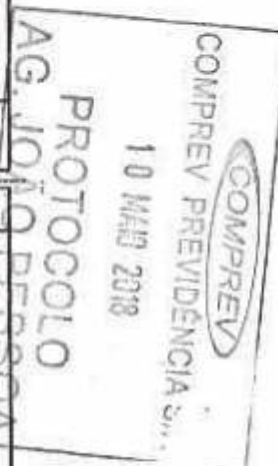
877360

JAN/2018

05/02/2018

R\$ 117,61

8266000001 0 17610010001 3 00087736001 6 01201530003 2



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.054/0001-87

PARA LER O LEM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70128499

N.º OSP

18062478

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

GERLANDO PEREIRA DA SILVA  
RUA ROMUALDO ROLIM, 122 - APTO 103 BLA - GRAMAME  
JOÃO PESSOA PB 58067-215

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Racional	Comercial	Industrial	Público	
001.093.655.0310.103	103	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y11X162131	18/11/2011	EXT LACRE	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
FEV/2018	16/02/2018	79,89			
MAR/2018	16/03/2018	75,14			
ABR/2018	16/04/2018	84,64			

EMISSÃO:

03/05/2018

Total a Pagar:

R\$ 239,67



MATRÍCULA N.º DO OSP EMISSÃO TOTAL A PAGAR  
70128499 18062478 03/05/2018 R\$ 239,67

82670000002 7 39670010001 1 07012849901 2 80624781215 9



AG. JOAO PESSOA

PROTOCOLO

10 MAIO 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

## 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Guilherme Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daumley Goucalles Felipe inscrito (a) no CPF sob o Nº 401.054.894 / 33, do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Daumley Goucalles Felipe, inscrito (a) no CPF sob o Nº 401.054.894 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Romualdo Rolim</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>Ap 103/13LA</u>
Bairro <u>Gramma</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58064-215</u>
Email <u>guilherme699@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99141-0334</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99661-1341</u>

João Pessoa, 07 de Maio de 2018  
Local e Data

Guilherme Pereira da Silva  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Klecio Lima de Oliveira

RG nº 3451964, data de expedição 03/10/14

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 060.083.034-90, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Adauto Santos, nº 157.

complemento Mangabeira declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Damely Gonçalves Felipe cujo o condutor era

Damely Gonçalves Felipe.

Veículo: Moto

Modelo: Honda/NXR 160 Bros Esd

Ano: 2016

Placa: QFR 2034/PB

Chassi: 9CZKD0810GR46143

Data do Acidente: 16/04/14

Local e Data: João Pessoa, 26/03/18

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Klecio Lima de Oliveira

Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto  
Rua da Paraíba, 40 - Mangabeira - CEP 58060-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3345-0000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
ALCIO LIMA DE OLIVEIRA  
\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 26/03/2018 14:02:07  
ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRITÓRIO AUTORIZADO  
[2018-013506] EMOL: R\$ 19,40 FAFEN: R\$ 0,28 FCF: R\$ 1,90 ISS: R\$ 4,17  
SELO DIGITAL: AG068766-FY8C  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipo.jus.br>



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
10 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Receituário Médico



P/ DANIELY GONÇALVES FOLIOPE  
LAUDO

paciente com C.D. 325 cm  
tratamento conservador. At com Fx  
em luxação parcial para 10.  
deambulando graças ao exercício laboral

Data: 09/08/14

Dr. Frederico Bualman  
Osteopata e Cirurgião  
CRM-PR 2001

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

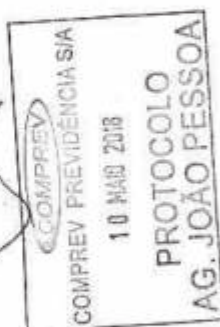
Receituário Médico



P/ Danily Gonçalves

20 sessões de Fisioterapia

(Fx. rompimento  
Entorse de joelho erg)



Data: / /

Dr. Tibério Medeiros  
Osteopata e Fisioterapeuta  
CRM-PR 1701 18 AGO 2017

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



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	DANRLEY GONÇALVES FELIPE
DATA DE NASCIMENTO	09/02/96
NOME DA MÃE	ELZA LUCIA GONÇALVES UMBELINO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.014.059
DATA DO ATENDIMENTO	16/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	22:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO PÚBIS
CID 10	S32.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com queixas de dor no torax, dor abdominal, e dor em membros superiores e inferiores. Presença de ferimento corto-contuso intrabucal, Glasgow 15. Presença de fratura sem desvio do ramo isquípúbico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada de crânio  
RX de torax PA  
RX de bacia AP  
RX de coxa direita AP/P  
Ultrassonografia do abdomen total

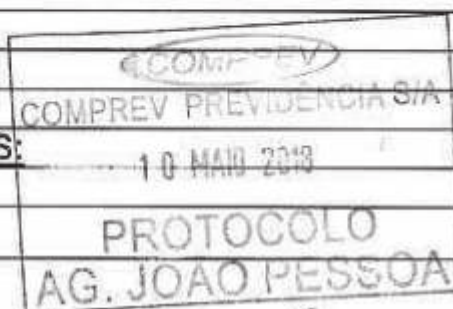
### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de pubis.

### TRATAMENTO:

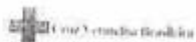
Sutura de feimento. Tratamento conservador.

ALTA HOSPITALAR: 17/07/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/09/17



Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sede em João Pessoa - PB



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
DANIELY GONÇALVES FELIPE		09/02/1996	21	MASCULINO	1014059		16/07/2017 22:45:40
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho		Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA					16/07/2017 22:45:40		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

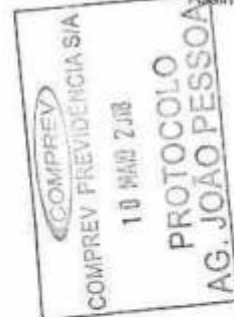
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 PARECER ORTO	0.0							
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0							
3 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							

PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR  
CRM: 9189

Paulo Marques  
MB-Cirurgia Geral  
CRM/PB 9189

16 de Julho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional





## UTI MOVEL

Endereço: RUA ERNANI PINTO DE CARVALHO, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58063120

Tel:

CNES: 1234567

Paciente <b>DANRLEY GONCALVES FELIPE</b>		BAE <b>1014059</b>	Data/Hora Entrada <b>16/07/2017 22:28:29</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/02/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700008425935703</b>	Telefone de Contato <b>(83) 87725295</b>
Mãe <b>ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO</b>				Prontuário
Endereço <b>Maria da Conceição Cunha Nóbrega, 115</b>		Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>9189/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/07/2017 22:28:29</b>			Data/Hora Prescrição <b>16/07/2017 22:45:40</b>	

## Anamnese

PACIENTE CONSCIENTE, ALCOOLIZADO, RELATA QUEDA DE MOTO HÁ 1 HORA, COM QUEIXA DE DOR NO TORAX AO RESPIRAR, DOR DIFUSA EM ABDOME E EM MMSI. APRESENTA EDEMA EM REGIÃO FRONTAL, SANGRAMENTO PELA BOCA (CORTE?), ESCORIAÇÕES EM MMSI. SEM SINAIS DE FRATURA OU DEFORMAÇÃO. FAMILIAR INFORMA PERDA DA CONSCIENCIA APÓS O TRAUMA. CONDUTA: 1. TC DE CRANIO, 2. RX DE TORAX, 3. USG FAST DE ABDOME, 4. RX DE BACIA E FEMUR DIREITO, 5. PARECER DA ORTOPEDIA, 6. PARECER DA NEUROCIRURGIA, 7. PARECER DA BUCOMAXILO.

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

## CID10

Código	Descrição	
T14.9	Traumatismo não especificado	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
		10 MAIO 2018

## Conduta

Em observação

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*Paulo Marques*  
AB Cirurgia Geral  
SRM/PB 9189

PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR  
(9189/PB)

DANRLEY GONCALVES FELIPE

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>DANRELY GONCALVES FELIPE</b>		BAE <b>1014059</b>	Data/Hora Entrada <b>16/07/2017 22:28:29</b>	Data Baixa <b>2017-07-17 04:18:41.0</b>
Data de nascimento <b>09/02/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700008425935703</b>	Telefone de Contato <b>(83) 87725295</b>
Mãe <b>ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO</b>		Prontuário		
Endereço <b>Maria da Conceição Cunha Nobrega, 115</b>		Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MURILO MENDES DOURADO</b>	Nº Cons. Regional <b>15401/BA</b>
Data/Hora Classificação <b>17/07/2017 04:18:45</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/07/2017 04:18:46</b>		

### Anamnese

EM TEMPO: REALIZADO SUTURA. CD: 1) ALTA BMF

*2. An. Curativo*

### Conduta

### Alta Hospitalar

Usuário  
**MURILO MENDES DOURADO**  
Motivo da Alta  
**ALTA HOSPITALAR**

Data e Hora  
**17/07/2017 04:18:41**  
Observações

**MURILO MENDES DOURADO**  
(15401/BA)

**DANRELY GONCALVES FELIPE**

*Otávio Bruno Gisi L. Mendonça*  
Cirurgia e Traumatologia  
R. São Mateus, 4143  
Cidade: João Pessoa

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
10 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

POSTO I A  
Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 11111111  
Tel:  
CNES: 454546

Paciente <b>DANRELY GONCALVES FELIPE</b>		BAE <b>1014059</b>	Data/Hora Entrada <b>16/07/2017 22:28:29</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>05/02/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700008425935703</b>	Telefone de Contato <b>(83) 87725295</b>
Mãe <b>ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO</b>		Prontuário		
Endereço <b>Maria da Conceição Cunha Nobrega, 115</b>		Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>MURILO MENDES DOURADO</b>		Nº Cons. Regional <b>15401/BA</b>
		Data/Hora Prescrição <b>17/07/2017 03:03:16</b>		

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 3 HORAS(SIC). NEGA VOMITO, DESMAIO, DOENÇAS DE BASE, RELATA ALERGIA A DIPIRONA. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTA, EUPNÉICO. BEG, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE. ACUIDADE VISUAL E MANDIBULAR PRESERVADOS AO EXAME FÍSICO APRESENTA FCC INTRABUCAL EM LÁBIO INFERIOR. AO EXAME DE IMAGEM NÃO OBSERVA SINAIS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1) EXAME FÍSICO 2) AGUARDANDO MATERIAL PARA SUTURA

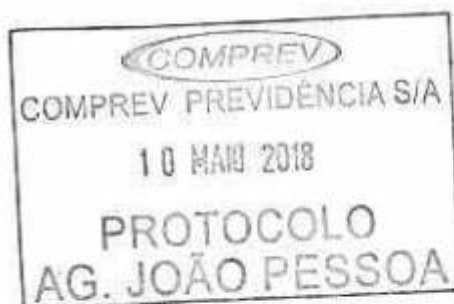
### Conduta

Em observação

MURILO MENDES DOURADO  
(15401/BA)

Otávio Bruno Gomes de Mendonça  
Cirurgião e Radiologia  
Bucodentofacial  
CRM 4143

DANRELY GONCALVES FELIPE





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>DANREY GONCALVES FELIPE</b>		BAE <b>1014059</b>	Data/Hora Entrada <b>16/07/2017 22:28:29</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/02/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700008425935703</b>	Telefone de Contato <b>(83) 87725295</b>
Mãe <b>ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO</b>				Prontuário
Endereço <b>Maria da Conceição Cunha Nóbrega, 115</b>		Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>		Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/07/2017 22:28:29</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/07/2017 02:36:10</b>		

## Anamnese

GLASGOW 15 TOMOGRAFIA DE CRANIO SEM FRATURAS OU HEMORRAGIAS INTRACRANIANA NEGA DOR EM COLUNA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA

## CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
(6628/PB)

DANREY GONCALVES FELIPE





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2778696

Paciente <b>DANRLEY GONCALVES FELIPE</b>		BAE <b>1014059</b>	Data/Hora Entrada <b>16/07/2017 22:28:29</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/02/1996</b>	Idade <b>21</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700008425935703</b>	Telefone de Contato <b>(83) 87725295</b>
Mãe <b>ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO</b>		Prontuário		
Endereço <b>Maria da Conceição Cunha Nóbrega, 115</b>		Bairro <b>Mangabeira</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITRIAV</b>	Nº Cons. Regional <b>9301/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>16/07/2017 22:28:29</b>		Data/Hora Prescrição <b>17/07/2017 02:36:06</b>		

**Anamnese**

QP: POLITRAUMA DS: DOR EM QUADRIL DIR RX: FRATURA NÃO DESVIADA DE RAMO ISQUIOPUBICO CD: TRATAMENTO CONSERVADOR ALTA  
DA ORTOPEDIA PARECER DA BUCOMAXILO (FERIMENTO EM LABIO)

**CID10**

Código	Descrição
S32.5	Fratura do púbis

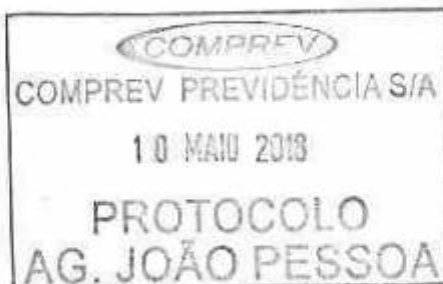
**Conduta**

Em observação

Dr. Frederico Boulitreau  
Ortopedia / Cl. de Joelho  
TEOT 12566 / CRM-PB 9301

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITRIAV  
(9301/PB)

DANRLEY GONCALVES FELIPE



### REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DANRLEY GONCALVES FELIPE		
Data de 09/02/1996	Nº Boletim Emergencia 1014059	Prontuario
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) RADIOGRAFIA DE BACIA RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA ULTRASSONOGRAFIA - FAST		
<div style="text-align: right;">  <p>Paulo Marques            MR Cirurgia Geral            CRM/PE 9189</p> </div>		

TOMOGRAFIA

TIPO ..... Cranio

DATA ..... 18/7/13

HORA ..... 23:40

VAL. TEC. RAD. .... Q

ACC. ....

17.07.17.

0:46

Am/Carly

16 de Julho de 2017

Realized USG  
How: 23:30 h.  
Tobiano.  
16-01-14

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
10 MAR 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000649440

Paciente: DANRLEY GONÇALVES FELIPE

Idade: 21 anos

Data: 16/07/2017

## ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL

Ausencia de derrame pleural.

Fígado, baço, rins e pâncreas sem sinais de lesões parenquimatosas relacionadas ao trauma ecograficamente detectáveis no atual estudo.

Bexiga com boa repleção, com paredes regulares e conteúdo anecóide.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal durante a realização deste exame.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Ultrassonografia FAST dentro dos padrões da normalidade.

Achado adicional de discreta aerocolia.

*\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 17/07/2017 00:15.

  
**Dra. Melissa M. Leite Ferranti**  
CRM 6513 - PB



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000649440

Paciente: DANRLEY GONÇALVES FELIPE

Idade: 21 anos

Data: 16/07/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

*Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.*

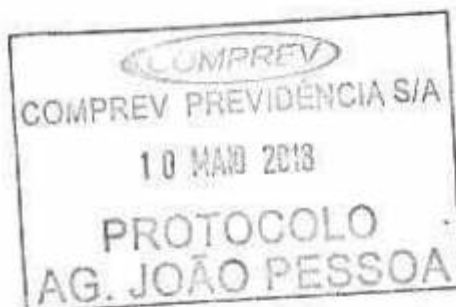
### **Análise:**

*Nota: Exame com pessimo posicionamento, extremamente inadequado, devido à agitação do paciente, dificultando a avaliação tomográfica.*


Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.  
Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais.  
Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação aparentemente adequados.  
Não há desvio de estruturas da linha média.  
Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.  
Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

***Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.***

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 17/07/2017 07:02.*

  
**Dra. Melissa M. Leite Ferranti**  
**CRM 6513 - PB**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.990.077 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/09/2011

NOME DANREY GONÇALVES FELIPE

FILIAÇÃO SEVERINO DO RAMO FELIPE DA SILVA  
ELZA LUCIA GONÇALVES UMBELINO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/02/1996

DOO ORIGEM NASC.N.11677 FLS.218-V LIV.A 12  
CARTÓRIO 2º DT JOÃO PESSOA PB

CPF 701.054.894-33

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005



Danrely Gonçalves Felipe

CARTÃO DE IDENTIDADE

Rua: José Marcelino Ramos da Silva  
Longokene  
16/07/2017 21:45 horas

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 MAIO 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



PB Nº 013929473509 BILHETE DE SEGURO DE VIDA

**www.seguradorelder.com.br**  
**RAC DE VAT 0800 022 1204**

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929473509  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM ANO DE EXERCÍCIO  
1 0109729917-9 00/00/00000 2017

NOME  
KLECIO LIMA DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ  
06008303490

PLACA  
QFR2037/PB

PLACA ANT / UF  
NOVO PB

CHASSI  
9C2KD0810GR461743

ESPÉCIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO  
HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB ANO MOD  
2014 2016

CAP / POT / CIL  
2 P/162 /CI

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
00/00/0000

VENC. / COTAS  
1º

FRAÇÃO LRYA PARCELAMENTO / COTAS  
0

2º  
3º

PRÊMIO SAMPARO (R\$) IOP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
SEGURO P A G O 31/01/2018

OBSERVAÇÕES  
A.F BANCO HONDA S.6

LOCAL DATA  
JOÃO PESSOA-PB 31/01/2018

42072 7003781

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
10 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180215135 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANRLEY GONCALVES FELIPE **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUBIS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**