

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



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 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): **DANRLEY 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 PÚBICO DIREITO

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

TRATAMENTO COM REPOUSO E ANALGÉSIA. 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. Nexo 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 de 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%

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

*Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7*
fel fel

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

Daunley Gonçalves Felipe

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Daunley Gonçalves Felipe	401.054.894-33	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Maria da Conceição Lurda Nogueira	115	
Bairro	Estado	CEP
Manoelândia	PB	58055-440
Email	Telefone (DDD)	
girbau699@gmail.com	(031) 99661-1341	

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

01/05/2018

PROTOCOLO

FAG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

3484

D/V

NRO.

40

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 BANCO
 Nome _____ NRO. _____

 AGENCIA
 NRO. _____ D/V _____ CONTA
 NRO. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 26 de Maio de 2018

Local e Data

Daunley 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

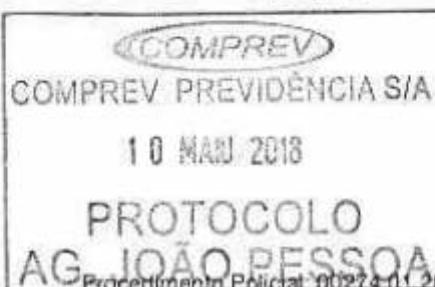
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação



DANRLEY GONÇALVES FELIPE
Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Denilley com o nome de

CPF da Vítima

401 064 894-33

Data do Acidente

16/04/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

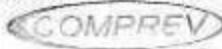
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que 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 51º 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 PREVIDÊNCIA S/A

10 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Denilley com o nome de

Local e Data

Denilley com o nome de

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332185700

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)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO	Pai SEVERINO DOS RAMOS FELIPE DA SILVA			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) ALEXANDRE RAMOS - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87725296	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Crs 700008425935703		
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO			UF PB
Email NAO INFORMADO	Naturalidade	CBOR		

Endereço

CEP 56065570	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Maria da Conceição Cunha Nóbrega
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	HORA 23:45	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	TÉC. RAD. QUEDA / OUTROS: 6	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos: Paciente vítima/accidente moto- e/HD: politrauma (), encaminhado ao CDI (RXG + FAST + TC/crânio), ag. AVS.: DRT/NCR; EGR, COTE, e operativo. ?

Dr Renato C. Cunha
Enfermeiro
COREN 794270

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

CD	Tempo 54seg
COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Imprind	
10 MAI 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.664/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO:
MATRÍCULA

877.560

REF. FÉRÉNCIA

1470.2318

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ELZA LUCIA GUMBELEINO
RUA MARIA DA C. NOBREGA, 115 - MANGABEIRA JOÃO
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		
A04N081253		16/11/2004	ENTRACEIRAS	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (R\$) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
2817	2833	16	33		24/02/2018		
TEST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA DECRETO 2.914/2011-MS							
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. TERMOT.	0	0	0	
AGO/2017	17	0	COR	77	54	54	
JUL/2017	15	0	COL. TOTAIS	294	294	294	
MEDIAÇÃO	14		DADOS REFERENTES A NOV/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 25/01/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 15:30:31	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	
ÁGUA	TOTAL (R\$)	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 36,84 POR UNIDADE	10 M3	36,84
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3	6 M3	29,50
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) -		
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 104,06		
REF 201712 113,78		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,88 PIS E CONFINS LET 12/2017

VENCIMENTO: 06/02/2018 Total a Pagar: R\$ 117,61

 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DE FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: *Tomaz*

INFORMAÇÕES GERAIS:
SR. USUÁRIO: EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DEUDA COM A CAGEPA. POR FAVOR, COMPREENDA OS PÓSITOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
10 MAIO 2018

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.

MATRÍCULA	REFÉRÉNCIA	DATA DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR
877360	3AN/2018	05/02/2018	R\$ 117,61

8266000001 0 17610010001 3 00037736001 6 01201830003 2



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe, João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-67PARA CURVA, O LOMA CAGEPA
INFORME SEU NÚMERO

MATRÍCULA

70128499

N. OSP

18062478

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Período	Central	Interior	Mais	
001.093.655.0310.103	103	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y11X162131	18/11/2011	EXT. LAR	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 mais 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

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

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

82670000002 7 39670010001 1 07012849901 2 80624781215 9



**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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Pereira de Oliveira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.942 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Guilherme Pereira de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 401.054.894 / 33, do sinistro de DPVAT cobertura Funivalidez da Vítima Guilherme Pereira de Oliveira, 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Romualdo Alves</u>		<u>122</u>	<u>Ap 103/BLA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Gramame</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58064-215</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Guilherme.699@gmail.com</u>	<u>(83) 39141-0364</u>	<u>(83) 99661-1341</u>	

João Pessoa, 07 de Novembro de 2018
Local e Data

Guilherme Pereira de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Klelio Lima de Oliveira

RG nº 3451964, data de expedição 03/10/14
Órgão SSP103, portador do CPF nº 060.083.036-90, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Adauto Dantas, nº 157.

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

Veículo: Moto

Modelo: Honda/NXR 160 Bros 500

Ano: 2016

Placa: QFR20341PB

Chassi: 9C2KD0810GR461443

Data do Acidente: 16/04/18

CAPITAL
VIEIRABATISTA

Klelio Lima de Oliveira.

Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRABATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Ribeira Vieira Batista - 1º andar - 1º Bloco - Rua Ribeira Vieira Batista - 1º andar
Bairro Pernambuco - 51 - Recife/PE - CEP 50000-010 - Cidade: Recife - Estado: PE - CEP: 50000-010

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

LELIO LIMA DE OLIVEIRA / 2º Ofício
NOTARIAL DISTRITAL

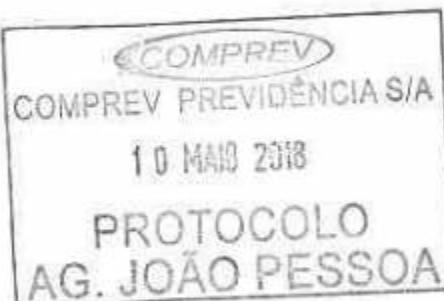
En testada verdade, João Pessoa-PB 26/03/2018 14:02:47

ALCERLAINE FELIX FERNANDES / ESCRITURA AUTORIZADA

[2018-013506]ENOL-R\$ #9,49 FARPENAS R\$ 28,46 ICP-R\$ 1,90 ISS-R\$ 1,47

SELO DIGITAL: A0068766-FYB

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



Receituário Médico

《列王紀上》
第35章

110

of Daventry Congregational Folio 86

* filament of c. 1.5325 cm
immense extension of the fix.
by longitudinal partial. 99% to.
it is broken. There is no evidence known

Date: 09/08/14

Dr. Frederico Bento
Av. Presidente Vargas 1000
CEP 20030-001
Tel. 254-2801

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

Receituário Médico

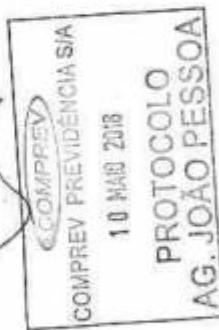
卷之三

100

P/ Davley Gonzales

20 *versões de* *Castorix*

(*F. nanoplana*
Entare de follo erg



Date: 1/1/00

One Thousand
Milestones
in American
Literature

18-460-2017

Médico e 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 isquipúbico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada de crânio

RX de torax PA

RX de bacia AP

RX de coxa direita AP/P

Ultrassonografia do abdômen total

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de pubis.

10 MAIO 2013

TRATAMENTO:

Sutura de feimento. Tratamento conservador.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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
Senador Nicanor Lúcio



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

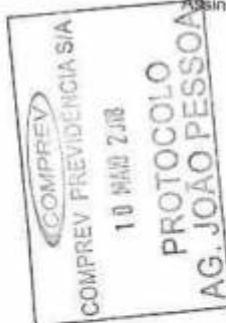
Nome DANRLEY GONCALVES FELIPE		Data de 09/02/1996	Idade 21	Sexo MASCULINO	Nº 1014059	Nº	Data Prescrição 16/07/2017 22:45:40	
Motivo do Aendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Setor	Posto de Trabalho		Leito	Prescrição válida a 16/07/2017 22:45:40		
MEDICAMENTOS PRESCRITOS								
Nome do medicamento	Dose	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 Júnior
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 DANRLEY GONCALVES FELIPE	BAE 1014059	Data/Hora Entrada 16/07/2017 22:28:29	Data Baixa
Data de nascimento 09/02/1996	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 700008425935703
Mãe ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO			Telefone de Contato (83) 87725295
Endereço Maria da Conceição Cunha Nóbrega, 115	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR	Nº Cons. Regional 9189/PB
Data/Hora Classificação 16/07/2017 22:28:29		Data/Hora Prescrição 16/07/2017 22:45:40	

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	COMPREV
T14.9	Traumatismo não especificado	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 10 MAI 2013

Conduta

Em observação

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paulo Marques
M.P. Cirurgia Geral
CRM/PB 9189

PAULO JOSE MARQUES DE SOUSA JUNIOR
(9189/PB)

DANRLEY GONCALVES FELIPE



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

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

Anamnese

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

2. An. Pediátrico

Conduta

1.1.2

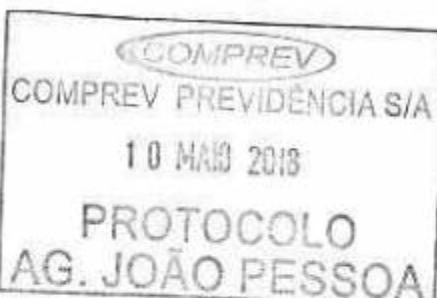
Alta Hospitalar

Usuário
MURILO MENDES DOURADO
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALARData e Hora
17/07/2017 04:18:41

Observações

MURILO MENDES DOURADO
(15401/BA)Otávio Bruno Soárez Mendes
Cirurgia e Traumatologia
Recife/Marília/SP
011 3030 4143

DANRLEY GONCALVES FELIPE





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

POSTO I A

Endereço: INTERNO, S/N, JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454546

Paciente DANRLEY GONCALVES FELIPE	BAE 1014059	Data/Hora Entrada 16/07/2017 22:28:29	Data Baixa
Data de nascimento 09/02/1996	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 700008425935703
Mãe ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO			Telefone de Contato (83) 87725295
Enderéco Maria da Conceição Cunha Nóbrega, 115	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional MURILLO MENDES DOURADO	UF PB
			Nº Cons. Regional 15401/BA
		Data/Hora Prescrição 17/07/2017 03:03:16	

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 NAO OBSERVA SINAIS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1) EXAME FÍSICO 2)AGUARDANDO MATERIAL PARA SUTURA

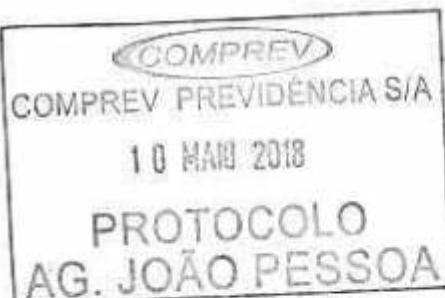
Conduta

Em observação

MURILLO MENDES DOURADO
(15401/BA)

Ótavio Bruno Grav. Mendes
Chirurgia e Traumatologia
Bucal/Máscio-Facial
CNPJ 4143

DANRLEY GONCALVES FELIPE





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Av. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DANRLEY GONCALVES FELIPE	BAE 1014059	Data/Hora Entrada 16/07/2017 22:28:29	Data Baixa
Data de nascimento 09/02/1996	Idade 21	Sexo Masculino	CNS 790008425935703
Mãe ELZA LUCIA GONCALVES UMBELINO			Telefone de Contato (83) 87725295
Endereço Maria da Conceição Cunha Nóbrega, 115	Bairro Mangabeira	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Professional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 16/07/2017 22:28:29		Data/Hora Prescrição 17/07/2017 02:36:10	

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)

DANRLEY GONCALVES FELIPE

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBASALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

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

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

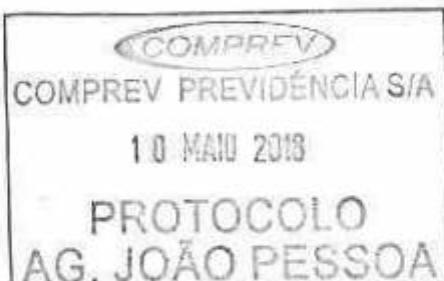
Conduta

Em observação

Dr. Frederico Boultreau
Ortopedia / clínica de Joelho
TELEFONE: 3216566 / 97000-9301

CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULITRIAV
(9301/PB)

DANRLEY GONCALVES FELIPE





Hospital Universitário Professor Henrique Luiz de Melo



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome
DANRLEY GONCALVES FELIPE

Data de
09/02/1996 N° Boletim Emergência
1014059

Prontuário

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

17.07.17.
0.46
An. 17

TOMOGRAFIA
Crânio
TIPO: 1812
MOR: 23.612
MATERIAL: TEC. RAD.
ACEP: 0

Paulo Marques
M.R. Cirurgião Geral
CRM/PB 9189

16 de Julho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Realizado USG
Data: 23.07.
Todolane.
16.07.17

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 MAI 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 e critério clínico.



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

Dra. Melissa M. Leite Ferranti
CRM 6513 - PB



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.

P
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 DANRLEY GONÇALVES FELIPE

PAI/AVÔ SEVERINO DO RAMO FELIPE DA SILVA
ELZA LUCIA GONÇALVES UMBELINO

NACIONALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

09/02/1996

DOC ORIGEM

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

CPF 701.054.894-33

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/80

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

P-005



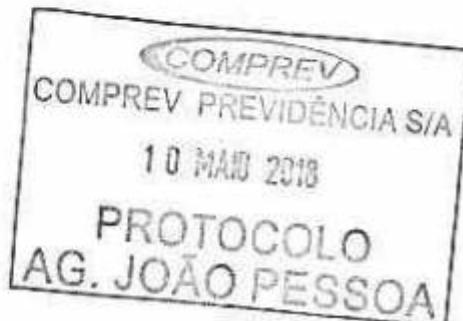
Rua frei Marconi Rua 2 de Silveira
Bom Jardim
16/07/2017 01:45 horas







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB		Nº 013929473509	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COH MENAVAM	DATA	2018/01/09 19745
	0139294729917-9	AN. TEC.	EXERCICIO
NOME			
KLECIO LIMA DE OLIVEIRA			
CPF / CNPJ		PLACA	
06008303490		QFR2037/PB	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
NOVO	PB	9C2KD0810GR461743	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLE / NAO APPLIC		ALCOOL / GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA / NXR 160 BROS ESPO		2014	2016
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2 P/162 /CI		PARTIC	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
IPVA		00/00/0000	
FAZER LIVRA		PARCELAMENTO / COTAS	
RESERVA		0	
PRÉMIO SANTANDER (R\$)		IDF (R\$)	
*****		SEGUR	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
PAGO		31/01/2018	
OBSERVAÇÕES			
A.F. BANCO HONDA S.6			
LOCAL		DATA	
JORD PESSOA-PB		31/01/2018	
42042		2003781	



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

Valorização 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:

