
Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430602

Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

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

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430602

Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

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: **LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **1456**

Conta: **000000018298-7**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

CPF do sinistro ou AGL: _____ CPF da vítima: **708.388-084-04** Nome completo da vítima: **Bruas Benigno de Oliveira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo: **Bruas Benigno de Oliveira** CPF: **708.388-084-04**

Profissão: **desempregado** Endereço: **R Francisco de Assis Seabra** Número: **92** Complemento: _____

Município: **Costa Branco** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58060-870**

E-mail: _____ Tel (DDD): **83 99921-9183**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para vítimas casadas, separadas ou divorciadas)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: **1456** CONTA: **00018198** **7**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todas as filiais)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, em moeda corrente, no seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo-a e dando, desde já, o quito e a quitação de qualquer e qualquer obrigação que possa ter em relação ao sinistro.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do IML (Instituto Médico Legal) 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 perícia 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.

Este motivo assinalado, sob o sigilo e o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento que apresentei, corroborando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 24.645/74 art. 12, § 1º, declarando que esta minha opção não significa prova conclusiva com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de indenização, a ser estabelecido de acordo com a lei.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado legalmente ☐ Outro: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou comprovante de vida: ☐ Não ☐ Sim (se sim, qual o grau de parentesco? Víti-ma deixou comprovante)

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informe o(s) nome(s) e data de nascimento: ☐ Sim ☐ Não Víti-ma deixou comprovante de vida: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentar e for habilitado, estando ciente, ainda, de que qualquer contestação da decisão sobre a existência do direito à indenização por morte, sujeita o beneficiário a ser responsabilizado criminalmente por infração do artigo 171 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa, 16/07/19**

Nome: **Bruas Benigno de Oliveira**

CPF: **708.388-084-04**

X **Bruas Benigno de Oliveira**

(*) Assinatura de quem assina em nome do

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Promotor (se houver)

TESTEMUNHAS

CPF: **COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura: _____

2ª Nome: **16 JUL. 2019**

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal, em nome do beneficiário, e entregue à Seguradora Líder para análise e pagamento da indenização. A Seguradora Líder não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer erro ou omissão no preenchimento deste formulário. A Seguradora Líder não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer erro ou omissão no preenchimento deste formulário.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07302.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07302.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 03 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lucas Henrique de Oliveira**, CPF nº 708.388.084-09, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Desempregado, filho(a) de Maria de Lourdes Henrique de Souza e Apolonio Bernardo de Oliveira Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/08/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco de Assis Seabra, Nº 92, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Braz Baracuí, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98709-1081.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Beira Rio., De Frente a Farmácia Drogasil., João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/12/18 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 31/12/2018 por volta das 14:10 horas quando transitava, pelo Av. Beira Rio sentido Cabo Branco/Centro, nas imediações da Farmácia DROGASIL, com o veículo tipo HONDA/POP 110L, ano e modelo: 2018/2018, de cor preta de placa: QFX7303/PB CHASSI: 9C2JB0100JR030923 pertencente ao Sra. Lucas Henrique de Oliveira; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na Av. Beira Rio sentido Cabo Branco/Centro quando na faixa direita quando um veículo não identificado - evadiu-se do local - trancou o declarante vindo a colidir na moto conduzida pelo mesmo; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, conforme CERTIDÃO de nº 0791/2019 onde foi diagnosticado FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA, conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dra. CHRISTIANE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137.

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, 03 de julho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA
Noticiante



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - - CNPJ:

Ficha Nr: 194169 Atd: Nao Regula
Data: 31/12/2018
Hora: 15:10:38
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.003645

CNS: 898000119330565 Sexo: M IDENTIDADE: 4130431 Fone: 9988610531

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/08/1999 Id: 19 ano(s)

End.: RUA FRANCISCO DE ASSIS SEABRA, 92

Bairro: CASTELO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE, LOURDES, HENRIQUE DE SOUZA

Fai: APOLONIO BERNARDO DE OLIVEIRA FILHO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ALMOXARIFE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SEPOSA- RAYSSE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: CAIU DA MOTO NUMA CURVA, ERA CONDUTOR

Vitima de violência por: NA BEIRA RIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

EC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

CAÍDA DE MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vômito
Observação

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 JUL. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de queda de moto, há cerca de 01 hora, queixando-se de dor em tornozelo e pé D. Nega perda de consciência, nega náuseas e/ou vômitos. Usava capacete. Nega dor abdominal/pelvis/torácica.

Diagnóstico

Conduta

Solicito RX de tornozelo e pé D

- Solicito avaliação de ortopedista

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Valdehan Carvalho Jr.
Médico - CRM 7692
CNS 226042-2-000113

arturo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000018298-7

Nr. da Autenticação 9E27A6449AD11BBC

[illegible]

032 256 404-12

8-4003332

- Ilya Borisovich Chernyavskiy - TBCR member since
7-10-96, de St. Petersburg, Russia.
Boroditskiy, de St. Petersburg, Russia.
Reservists, de Buenos Aires, Argentina.

DATA	LEGENDA	DATA	LEGENDA	DATA	LEGENDA	DATA	LEGENDA
00	Despeço						
001	Consumo de energia elétrica						
002	Consumo de água						
003	Consumo de gás						
004	Consumo de telefone						
005	Consumo de internet						
006	Consumo de outros						
007	Consumo de materiais						
008	Consumo de serviços						
009	Consumo de transporte						
010	Consumo de outros						
011	Consumo de energia elétrica						
012	Consumo de água						
013	Consumo de gás						
014	Consumo de telefone						
015	Consumo de internet						
016	Consumo de outros						
017	Consumo de materiais						
018	Consumo de serviços						
019	Consumo de transporte						
020	Consumo de outros						

259980

16 JUL. 2011

PRO
JOÃO

	CO	COB	NORMAL
TO MECHAN	2.0		
TO TRANSPORT	2.2		
NORMAL	2.3	TO	COB - 2.0
COB	2.4		TO - 2.0
COB - 2.0	2.5		COB - 2.0
COB - 2.0	2.6		COB - 2.0
COB - 2.0	2.7		COB - 2.0
COB - 2.0	2.8		COB - 2.0
COB - 2.0	2.9		COB - 2.0
COB - 2.0	3.0		COB - 2.0
COB - 2.0	3.1		COB - 2.0
COB - 2.0	3.2		COB - 2.0
COB - 2.0	3.3		COB - 2.0
COB - 2.0	3.4		COB - 2.0
COB - 2.0	3.5		COB - 2.0
COB - 2.0	3.6		COB - 2.0
COB - 2.0	3.7		COB - 2.0
COB - 2.0	3.8		COB - 2.0
COB - 2.0	3.9		COB - 2.0
COB - 2.0	4.0		COB - 2.0
COB - 2.0	4.1		COB - 2.0
COB - 2.0	4.2		COB - 2.0
COB - 2.0	4.3		COB - 2.0
COB - 2.0	4.4		COB - 2.0
COB - 2.0	4.5		COB - 2.0
COB - 2.0	4.6		COB - 2.0
COB - 2.0	4.7		COB - 2.0
COB - 2.0	4.8		COB - 2.0
COB - 2.0	4.9		COB - 2.0
COB - 2.0	5.0		COB - 2.0
COB - 2.0	5.1		COB - 2.0
COB - 2.0	5.2		COB - 2.0
COB - 2.0	5.3		COB - 2.0
COB - 2.0	5.4		COB - 2.0
COB - 2.0	5.5		COB - 2.0
COB - 2.0	5.6		COB - 2.0
COB - 2.0	5.7		COB - 2.0
COB - 2.0	5.8		COB - 2.0
COB - 2.0	5.9		COB - 2.0
COB - 2.0	6.0		COB - 2.0
COB - 2.0	6.1		COB - 2.0
COB - 2.0	6.2		COB - 2.0
COB - 2.0	6.3		COB - 2.0
COB - 2.0	6.4		COB - 2.0
COB - 2.0	6.5		COB - 2.0
COB - 2.0	6.6		COB - 2.0
COB - 2.0	6.7		COB - 2.0
COB - 2.0	6.8		COB - 2.0
COB - 2.0	6.9		COB - 2.0
COB - 2.0	7.0		COB - 2.0
COB - 2.0	7.1		COB - 2.0
COB - 2.0	7.2		COB - 2.0
COB - 2.0	7.3		COB - 2.0
COB - 2.0	7.4		COB - 2.0
COB - 2.0	7.5		COB - 2.0
COB - 2.0	7.6		COB - 2.0
COB - 2.0	7.7		COB - 2.0
COB - 2.0	7.8		COB - 2.0
COB - 2.0	7.9		COB - 2.0
COB - 2.0	8.0		COB - 2.0
COB - 2.0	8.1		COB - 2.0
COB - 2.0	8.2		COB - 2.0
COB - 2.0	8.3		COB - 2.0
COB - 2.0	8.4		COB - 2.0
COB - 2.0	8.5		COB - 2.0
COB - 2.0	8.6		COB - 2.0
COB - 2.0	8.7		COB - 2.0
COB - 2.0	8.8		COB - 2.0
COB - 2.0	8.9		COB - 2.0
COB - 2.0	9.0		COB - 2.0
COB - 2.0	9.1		COB - 2.0
COB - 2.0	9.2		COB - 2.0
COB - 2.0	9.3		COB - 2.0
COB - 2.0	9.4		COB - 2.0
COB - 2.0	9.5		COB - 2.0
COB - 2.0	9.6		COB - 2.0
COB - 2.0	9.7		COB - 2.0
COB - 2.0	9.8		COB - 2.0
COB - 2.0	9.9		COB - 2.0
COB - 2.0	10.0		COB - 2.0

Diferencial	Valor R\$	%
Descontos bancários, de fornecedores e descontos em vendas	10,11	18,61
Descontos em compras	75,55	36,59
Descontos em despesas	2,50	2,93
Descontos em receitas	4,63	4,46
Descontos em despesas	47,42	47,41
Descontos em despesas	0,30	0,00
Total	96,55	100,00

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Releia para simplificar pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 022.890.195



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-000
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.833-6

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 553 SL 127
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

08/04/2019

CONSUMO

186

VENCIMENTO

15/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,56

Acesse: www.energisa.com.br



Santaquif Aqua

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO

Roteiro: 04-001-039-2760

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

VENCIMENTO

15/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 163,56

MATRÍCULA

1313928-2019-04-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Giuliyana Flávia de Amorim Nobre Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.194.984/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Henrique de Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.388.084/09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Lucas Henrique de Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.388.084/09, 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>Ao Abela do da Silva Guimarães Barros</u>		Número <u>51</u>	Complemento
Bairro <u>Altiplano</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58046-110</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(43) 99921-9283</u>

João Pessoa 16 de Julho de 2019
Local e Data

Giuliyana Flávia de Amorim Nobre
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 0791/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 194169 e prontuário 2018.12.003645 pertencentes a **LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 31/12/2018 às 15H10min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo e pé direitos.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/01/2019 com alta médica dia 10/01/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de maio de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

31/12/18

Data da Admissão: _____

Nome: Lucas Henrique de Oliveira

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

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

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

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

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

QPD: _____

HDA: Suf. vert. e acidente de moto. com dor em pe D. e gamba D.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia

Pele: _____

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

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Expectoração ☐ Hemoptise

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 pós-reposou ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] 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: *Ex dos rins e Perna*

Hipóteses Diagnósticas: *Ex dos rins e Perna*

Conduta: *Tratamento com medicação*

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM 7692
CNS 280360000000000



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPA sobre
 superfície
 de apoio + antissepsia
 Aplicação de curativos vasculares
 normais

Incisão:

Cur. Reg. 1º e 2º medel
 da tibia

Achados:

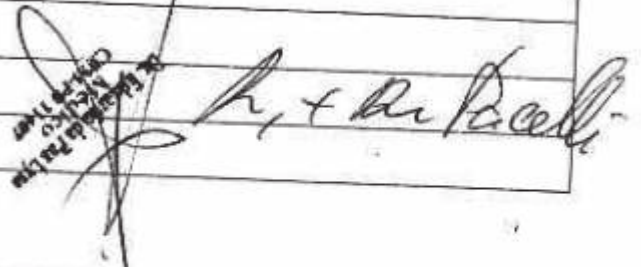
Fr. ossos da perna (D)

Conduta:

Redução aberta + fixação
 interna com placa longa
 em "4" 14 parafusos + 11 parafusos
 - Sutura por pontos
 - Curativos
 - Tala de gesso

Fechamento:

OBS:


 R. + Dr. B.elli

Data:

08/01/19

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Giullyana Plávia de Amorim Nóbrega

ASSINATURA COTITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011

NOME GIULLYANA PLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO

CIDADE NAT. NAT. DA DE JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985

DOC. ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063

CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB

011.197.984-69

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO DETENTOR

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 JUL. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814155431
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 20180000134164 EXERCÍCIO
1 0114863994-0 00/00000000 2018

LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

70838808409 QFX7303/PB

NOVO PR 9C2JB01003R030923

PAS/MOTOCICLETA/NOVO APPLIC GASOLINA

HONDA/POP 1101

2 P/109 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA / RVA PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 05/04/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - PR 10/04/2018

00000000 20453

SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS-PE
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS OU N

PB Nº 013814155431

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÃO
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT 08

CPF / CNPJ
1 70838808409

RENAVAM
01148639940 HONDA/ POP

ANOTAB CAT. MVS
2018 9 9C2JB010

PREMIO TARIFARIO (R\$) DENATRIAN (R\$)
***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)
***** SEGURO

☐ COTA UNICA ☐ PAGAMENTO

SEGURADORA L
CNPJ 09.245.600

20453-0949454

PROTOCOLO

16 JUL. 2019

COMPREV-PREVIDENCIA S/A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430602 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucas Henrique de Oliveira

Nacionalidade: brasileiro

Estado Civil: solteiro

Identidade: 4130431

CPF: 708.388.084-09

Profissão: desempregado

Endereço: R. Francisco de Assis Seabra

CEP: 58.060-870

Telefone: (83) 99921-9283

OUTORGADOS: Giuliyane Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13629, portadora do CPF/nº 011197984/89 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Nelva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Lucas Henrique de Oliveira

João Pessoa, 28/01/2019.

Local e data

Lucas Henrique de Oliveira

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO
M. DA FRANCA

CARTÓRIO
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 5ª. Divisão
Av. Espírito Santo, 416 - Torre - CEP: 58049-600 - Tel: (83) 3244-8000 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 28/01/2019 13:30:09
Rosângela de Sousa Carneiro - Escrevente
(2019-004747) OAB-PB 19.91 - FÉRMEN: 0.29 - FÉRMEN: 1/93 - ISS: R\$ 1,00
SELO DIGITAL: A1A1974-755H
Contate a autenticidade em: <https://selodigital.jt.com.br>

5º. Ofício de Notas
Tel.: 3244-8000
João Pessoa
Pernambuco

CARTÓRIO
M. DA FRANCA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240086/19

Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

CPF: 708.388.084-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA : 708.388.084-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO