

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11222564

A/C: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170343606 ASL-0241076/17
Vitima: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KYMAYR MACIEL QUINTINO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11224606

A/C: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170343606 ASL-0241076/17
Vitima: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KYMAYR MACIEL QUINTINO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11385716

A/C: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR

Sinistro: 3170343606 ASL-0241076/17
Vítima: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KYMAYR MACIEL QUINTINO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2017

Carta nº: 11472724

A/C: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR

Sinistro: 3170343606 ASL-0241076/17
Vítima: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KYMAYR MACIEL QUINTINO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **104**

Agência: **000000733**

Conta: **0000031750-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.407.912

EXPEDIDO POR SSP/PB

EM 24/01/2006 E

CPF 045077954-55 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECURSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0733 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31.750-2

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

23 JUN 2017

ABADIANA 06 de junho de 2017

LOCAL E DATA

Murilo Paulo da Veiga Junior

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

REGULAÇÃO DPVAT

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0733 - ITABAIANA DO NORTE, PB

DATA: 29/05/2017

TERMINAL: 1002 NSU: 000074

HORA: 14:06:44

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 0733/013.00031750-R

NOME: MURILLO PAULO DA VEIGA JUN

SALDO DISPONIVEL:

SALDO BLOQUEADO:

SALDO TOTAL:



Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Murilo Paulo da Veiga Junior
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Antonio Batista, 121
Centro Itabaiana PB CEP: 58360-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3407912
Data local do exame: [04/08/2017] João Pessoa [PB]

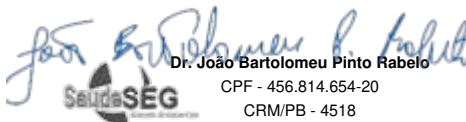
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DO PÉ ESQUERDO (METATARSOS), E FRATURA DO COLO DO RÁDIO ESQUERDO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PÉ ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO E DO COTOVELO ESQUERDO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO.
Data da alta: 25/04/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM FIOS DE KIRCHNER, FEZ FISIOTERAPIA, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|--|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2016
Ocorrência nº 49/2016



Documento de Identificação

Aos VINTE E TRES dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de Itabaiana/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **EDUARDO ALMEIDA PORTELA**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo, Agente de Polícia Civil, ao final assinado, por volta 10h30, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR, nacionalidade: brasileiro, possuidor do CPF/MF 085.077.954-55, CNH 06228187028, estado civil: solteiro, instalador e reparador de redes, filho de Murilo Paulo da Veiga e Juvanise Cavalcanti da Veiga, natural de Itabaiana/PB, nascido em 06/04/1990 (26 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado na Av. Dr. Antonio Batista Santiago 121, centro, Itabaiana/PB.

A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** Acidente de Trânsito;
- 2) **Data do fato:** 18/12/2016;
- 3) **Horário do fato:** 18h30;
- 4) **Local do fato:** Próximo a Clínica UNICLIN, Itabaiana/PB;

6) Breve resumo do fato:

O noticiante informa que estava transitando em sua motocicleta Honda POP 100 Placa NQJ 1796/PB, de cor preta, em frente a UNICLIN, sentido Brejinho distrito de Itabaiana/PB, quando se encandeou com um farol de outra motocicleta que transitava em sentido contrario, ocasionado uma colisão entre as motos. QUE, devido este acidente, o noticiante quebrou o pé esquerdo e o braço esquerdo. QUE, não sabe se houve levantamento do acidente por parte do CPTRAN. motivo pelo qual faz a presente notificação. Nada mais disse.

7) Testemunha:

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo (a) noticiante, e por mim, escrivão (o) que digitei.

Murilo Paulo da Veiga Junior
Noticiante

ERIVELTO VICENTE DA SILVA

ERIVELTO VICENTE DA SILVA
Policial Civil
Matrícula: 181896-1



CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi enviado. Do
 (M. 365-III do CPC)
 Assinatura: PB-17/02/2017
 Selo Digital: AER39124-2MS9
 Certifica a autenticidade em: R. 2.º andar, 1.º andar, 1.º andar
 E-mail: R32.12 Fazer, R30.25 MP, R30.03 Fazer R30.42

ESTADO DA PARAÍBA
O METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
ITO URBANO E RODOVIÁRIO
DENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT ITA 04		Responsável pelo Levantamento do Acidente: GERMÃO				Posto/Graduação: SOLDADO	
HORÁRIOS:	Achamento 18:30	Chegada no Local 18:50	Horário do Sinistro 18:15	Bairro SÍTIO CHÃ	Município: ITABAIANA	UF PB	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovias, KM, Trecho da Rodovia PB-066 (SÍTIO CHÃ)							
Data/Ocorrência 18/12/2016	Dia da Semana DOMINGO	C/S Vítima QT 02	Natureza do Acidente	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA	Tempo SECO	
Envolvidos no Acidente (Quantidade) 2 MOTOCICLETAS			Controle do Tráfego no Local SENTIDO DUPLA				

CONDUTOR 01

Nome MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR							
Sexo M	Nascimento 06/04/1990	RG 3407912	Registro CNH nº 06228187028	UF PE	CPF 085077954-55		
Endereço AVENIDA ANTÔNIO BATISTA JANTAGIO, 121 CENTRO, ITABAIANA - PB.							
Habilitação 11/1/2014	Categoria AB	UF PE	Ex. Med./Dta SIM	Data Vencimento 06/06/2014	Uso de Cinto SIM	Uso de Capacete SIM	
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO				Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA			

VEÍCULO 01

Marca HONDA POP 100	Espécie MOTOCICLETA	Placa NGJ 1796/PB	Categoria PARTIC.	Município ITABAIANA	UF PB
Nome do Proprietário MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR					
Seguradora DPVAT	Bilhete nº 012973936618	Renovar 0007460402-7	Data de Emissão 23/11/2014		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

DECLAROU QUE: TRAFEGAVA SENTIDO CENTRO-SÍTIO BRESÍLIO, FAIXA DA DIREITA, QUANDO DE REPENTE VISUALIZOU O V2 QUE TRAFEGAVA COM LUZ ALTA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA.

CIENTE: *Muriло Paulo da Veiga Junior*
 ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE Nº (83) 99165-7262

CONDUTOR 02

Nome CECÍLIA MEIRELES							
Sexo F	Nascimento	RG	Registro CNH nº	UF	CPF		
Endereço SÍTIO BRESÍLIO							
Habilitação	Categoria	UF	Ex. Med./Dta	Data Vencimento	Uso de Cinto	Uso de Capacete	
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO				Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA			

VEÍCULO 02

Marca HONDA CG 150 FANESPI	Espécie MOTOCICLETA	Placa OFH 4483	Categoria PARTIC.	Município ITABAIANA	UF PB
Nome do Proprietário GENILDO ZACARIA					
Seguradora DPVAT	Bilhete nº	Renovar	Data de Emissão		
Defeitos					
CAPEMISA					
23 JUN 2017					
REGULAÇÃO DPVAT					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

CIENTE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 02

TELEFONE Nº

CONDUTOR 03

Nome

Sexo

Nascimento

RG

Registro CNH nº

UF

CPF

Endereço

º Habilitação

Categoria

UF

Ex. Mod/Dia

Data Vencimento

Usava Cinto

Usava Capacete

Exams de Embriaguez Alcoólica

Destino do Condutor

VEÍCULO 03

Marca

Espécie

Placa

Categoria

Município

Nome do Proprietário

Seguradora

Bilhete Nº

Renovar

Data de Emissão

Defeitos

VERSÃO DO CONDUTOR 03

CIENTE:

ASSINATURA DO CONDUTOR 03

TELEFONE Nº

CONSTATADO

FOI CONSTATADO QUE AO AHEGAR NO LOCAL, O V2
FOI RETIRADO DO SÍTIO DO ACIDENTE.

João Pessoa, PB, 10/04/2017

S.D. GERMANO - 

Responsável p/ Levantamento / Assinatura / Carimbo

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº

VÍTIMA 01

Nome: **MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR** Sexo: **M** Nascimento: **06/02/1990**
 Endereço: **RUA ANTÔNIO BATISTA SANTIAGO, 121 CENTRO, ITABAIANA - PB**

Condição da Vítilma: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre

Veículo no Veículo Nº

01

Usava Cinto

Conduzida Para

HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA

VÍTIMA 02

Nome: **CECÍLIA MEIAELLES**

Sexo

F

Nascimento

Endereço: **SÍTIO BACINHO**

Veículo no Veículo Nº

02

Usava Cinto

Condição da Vítilma: (X) Condutor () Passageiro () Pedestre

Conduzida Para

HOSPITAL DE REGIONAL DE ITABAIANA

VÍTIMA 03

Nome

Sexo

Nascimento

Endereço

Veículo no Veículo Nº

Usava Cinto

Condição da Vítilma

Conduzida Para

TESTEMUNHA 01

Nome

Sexo

Nascimento

Endereço

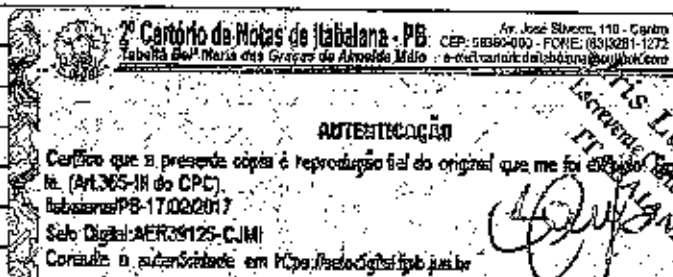
CPF

Identidade Nº

Órgão Emissor

U. F.

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01



CIENTE:

ASSINATURA DA TESTEMUNHA -01

TELEFONE Nº

TESTEMUNHA 02

Nome

Sexo

Nascimento

Endereço

CPF

Identidade Nº

Órgão Emissor

U. F.

VERSÃO DA TESTEMUNHA 02

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT

CIENTE:

ASSINATURA DA TESTEMUNHA -02

TELEFONE Nº

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

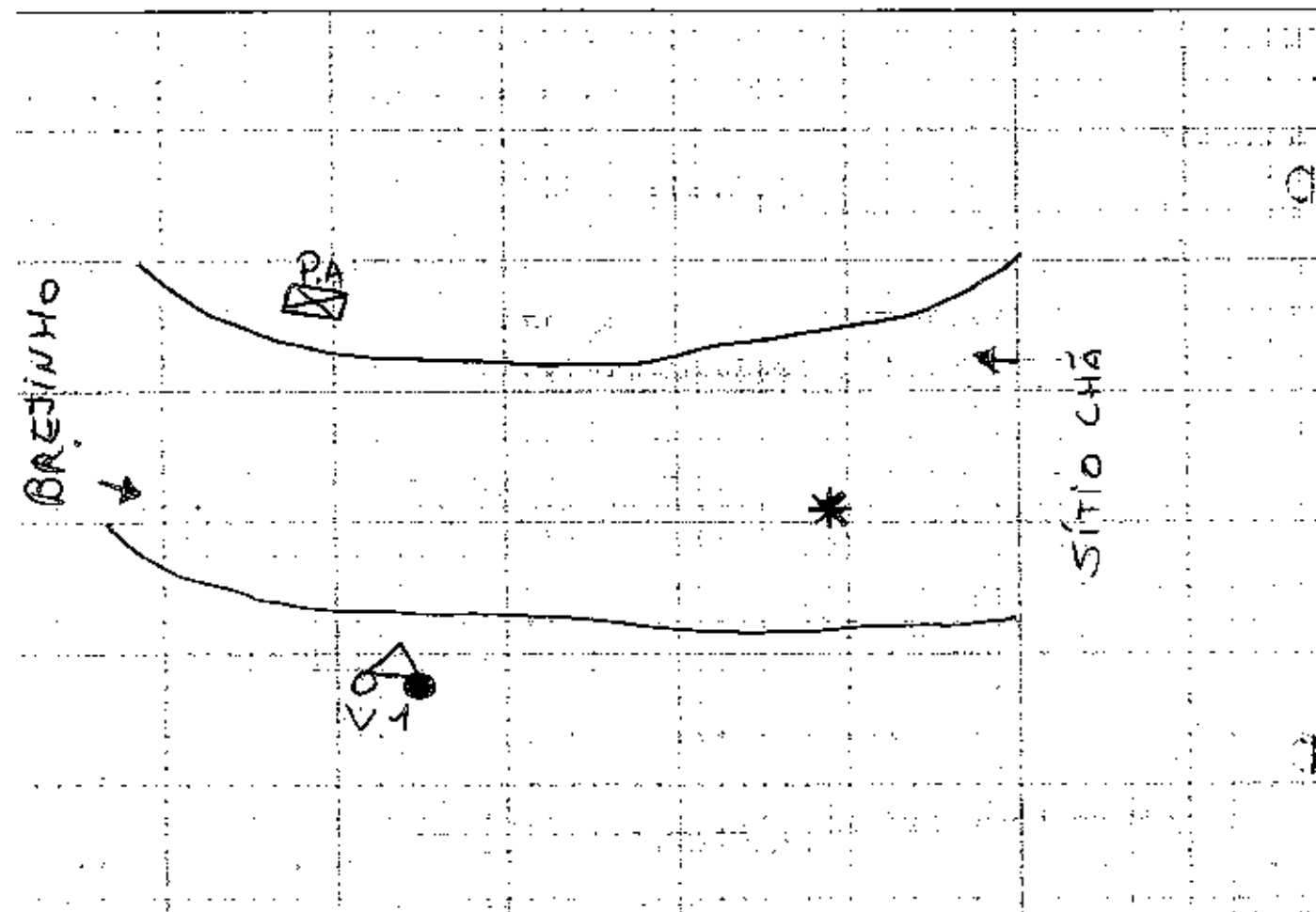


CROQUI DO BOAT
AMARRAÇÕES

9,20m

to de Referência) -
 to de Amarração - Poste da Energisa / Guia do meio fio

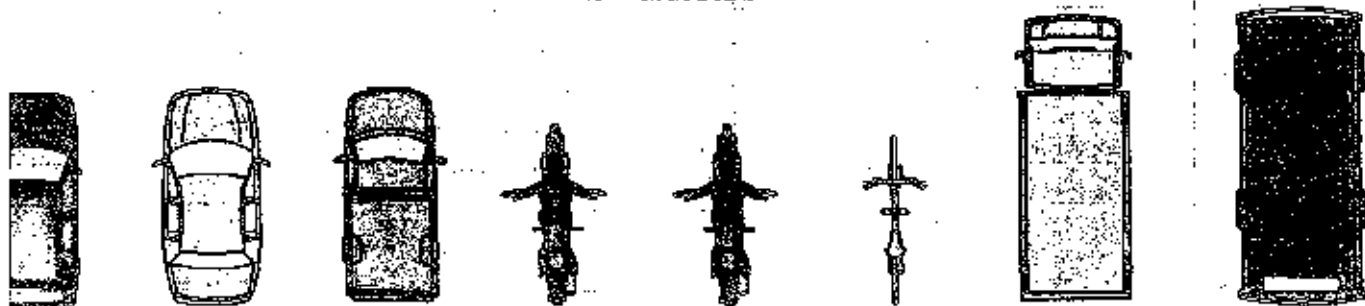
o Dianteiro	33,0m	e Eixo Traseiro	32,00m	metros para (PA)
o Dianteiro	PREJUDICADO	e Eixo Traseiro	PREJUDICADO	metros para (PA)
o Dianteiro		e Eixo Traseiro		metros para (PA)



MO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

	AUTOMÓVEL		VEÍCULO 2 RODAS		PATINAGEM OU DERRAPAGEM		ANIMAL
	ÔNIBUS OU CAMINHÃO		MARCHA À FRENTE		CAPOTAGEM		LOCAL ACIDENTE P. I.
	V. PARADO/ESTACIONADO		MARCHA À RE		PEDESTRE		OBJETO FIXO
					ANTES DE ACIDENTE		APÓS ACIDENTE

AVARIAS



DECLARAÇÃO

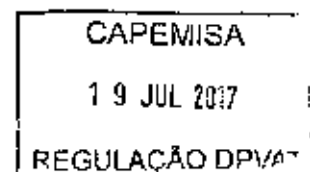


Eu, Murilo Paulo da Veiga Júnior, portador do CPF nº 085.077.954-55, declaro para os devidos fins de direito e a quem interessar, que a moto de marca Honda, modelo POP 100, de placa NQJ-1796/PB, veículo do acidente do dia 18/12/2016, conforme Boletim de Ocorrência emitido pela Polícia Civil, é de minha propriedade Murilo Paulo da Veiga Junior, conforme CRLV - Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo que segue em anexo a esta declaração.

Itabaiana, 12 de julho de 2017.

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Murilo Paulo da Veiga Junior", is written over a horizontal line.

Murilo Paulo da Veiga Júnior



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



-0004-

Cód. 1000

Eu, MURILLO PAULO DA VEIGA JUNIOR, portador da carteira de identidade nº 3407912 e inscrito no CPF/MF sob o nº 085.077.954-SS, residente e domiciliado na AVENIDA ANTONIO BATISTA SANTIAGO, Cidade ITABAIANA, Estado PARAÍBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itabaiana, 06 de Junho de 2017

Local e data

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT



PREFEITURA MUNICIPAL DE JURUPIRANGA

SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192



Módulo

SAMU

192

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR - USB: SS

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente/usuário	Idade	Sexo ☒ Masc. () Fem.
18.12.16	1535614	Munila Paula da Veiga JR	26	
Local da ocorrência	Bairro	Medico regulador		
ALTA VISTA	LOTEAMENTO	CLADIA		
Apoio no local: () PM () Resgate/Bombeiros () Resgate/PRF () CPTRAN () STTRANS () Outro: () Socorrido por terceiros () Recusou atendimento () Socorrido pelos Bombeiros () Local não encontrado () outro:				

TIPO DE AGRAVO

☒ Acidente de Trânsito	() Pediátrico
() Agressão Física	() Psiquiátrico
() Desabamento / soterramento	() Caso clínico
() Eletrocussão	() Quase afogamento / afogamento
() F.A.B	() Queda metros
() F.A.F (P.A.F)	() Queimaduras
() Gineco-obstétrico	() Outros:
() Lesões térmicas	Moto vs Moto

ANTECEDENTES

() AIDS	() Doença mental
() Alcoolismo	() Doença renal
() AVE	() Drogas
() Cirurgias Realizadas	() Hipertensão arterial
() Convulsão	() Internamentos Anteriores
() Diabetes	() Medicamentos
() Doença Cardíaca	() Problemas respiratórios
() Doença Infecto-contagiosa	() Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: Responsável:

MOTIVO DO TRANSPORTE

() Apoio Diagnóstico () Serviço de maior complexidade () transferência simples () outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: ORTOTRAUMA JP Responsável: Alice Prates S. Função: MÉDICA

Exame clínico (principais sintomas/queixas)

Dor Braço Esquerdo, Dor Pé Esquerdo, emanação

 () agitação () alergia () Ausência de pulso (central) () Cianose () Convulsão () Diarreia () Dificuldade respiratória (dor local PE, Braço)
 () febre () Inconsciente/desmaio () Palidez () Sangramento () Vômito () outros:

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 130 PA diastólica 110 Pulso: — FC: 78 FR: 21 TEMP: 37 °C Glicemia: 110 SPO₂: 99 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre () obstruída parcialmente () Obstruída totalmente () Corpo Estranho () Bronco aspiração () Edema de glote () Outro:

VENTILAÇÃO

☒ Espontânea () Parada respiratória () Assistida () Ritmo Irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal () Superficial () Regular () Irregular

ACHADOS

() Crepitação () Enfisema subcutâneo () Expectorção () Hemoptise () Hálito alílico () Outro: Fatura Exposta pé (C)

3 - CIRCULAÇÃO

() Cianose () Fria () Úmida ☒ Normal () Palidez () Quente () Seca () Outros: 23 JUN 2017

EDEMA

☒ Ausente () Palpebral () Membros Inferiores () Anasarca

PERFUSÃO

☒ Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

☒ Regular () Irregular () Fino () Cheio () Ausente

ECG

() Normal () Alterado ☒ Não realizado
 Dr. Gilcelio Gonçalves Sarmiento
 Enfermeiro COREN-PB 264.330
 Esp. Urgência Emergência 023556

 Dr. Gilcelio Gonçalves Sarmiento
 Enfermeiro COREN-PB 264.330
 Esp. Urgência Emergência 023556

 Fatura Exposta pé (C)
 CAPEMISA

23 JUN 2017

 • Retorno regulado por Tarcia
 • Fatura exposta pé esquerda
 • Ferimento com Bordas Irregulares (lacerativo)
 • Exoneração M.M. SS e II

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: 08/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000031750-8

Nr. da Autenticação 1CA211A386A81F9C



"13015"

...Comprovação de sua declaração

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR,RG nº 3407912, data de expedição 24/01/2006 órgão SSP/PB,CPF nº 085.077.954-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	AVENIDA ANTÔNIO BATISTA SANTIAGO
Número	121
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	JTABAIANA
Estado	PARAIBA
CEP	58360-000
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JTABAIANA, 06 DE junho de 2017Assinatura do Declarante: Murilo Paulo da Veiga Junior

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT

JAMILIO PAULO DA VEIGA
AV. ANTONIO BATISTA SANT'ANNA, 7211
ITABANA/ PB CEP 58300000 (46 113)

CENTRO

Cartão/ Subsc. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro 12-113-310-2780
Nº medidor 00009472607

Referência Nov/2016
Emissão 22/11/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 230, km 25 - Distrito Rural - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.085.183/0001-40 - INSC. EST. 18.015.825-0

Não Fiscal / Carga de Energia Elétrica 1000 944,808
Código para Dúvidas Atendimento: 8000411873

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora):

5/611873-2

Canal de contato

Nov/2016

Apresentação

23/11/2016

Data prevista da próxima leitura

22/12/2016

CPF/CNPJ/RANI

40422755763

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
30/10/16	6921	23/11/16	6358	117
				30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	147	0,44118	64,71
Adc. B. Amarela			1,88
ICMS			24,06
PS			0,20
COFAS			0,91
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			10,60
JURCS DE MORATÓRIO			0,28
MULTA 18/2016			1,78

Histórico de Consumo (kWh)

Qui/16	135
Sext/16	129
Ago/16	136
Set/16	134
Out/16	136
Nov/16	147
Dez/16	143
Jan/17	152
Fev/17	183
Mar/17	148
Abr/17	142
Mai/17	151

Item	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	92,47	27,00	25,36
PS	92,47	0,2783	0,26
COFAS	92,47	0,0091	0,84

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

30/11/2016

R\$ 105,98

f5d0.cc10.9fad.776a.f7fa.3048.a953.0bfe

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OTIMIZADA	0,00	100% (V)
OTIMIZADA	0,00	CONTRATADA
OTIMIZADA	0,00	LIMITE INFERIOR
OTIMIZADA	0,00	LIMITE SUPERIOR

Descrição	Valor (R\$)	%
Despesa de Descontrole de Energia	34,40	32,45
Despesa de Energia	30,74	28,97
Despesa de Transmissão	1,07	1,00
Despesa de Distribuição	8,69	8,19
Despesa de Perdas	38,98	36,90
Despesa de Outros	0,00	0,00
Total	108,38	100,00

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT



0010

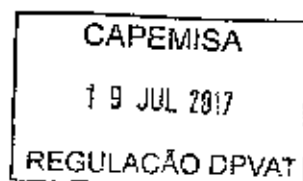
Quilts

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, KYMAIRA MACIEL QUINTINO,RG nº 3364245, data de expedição 14/09/05 Órgão SSP/PB,CPF nº 076.967.554-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DOUTOR NAPOLEÃO LAUREANO</u>
Número	<u>45</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITABAIANA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58360-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99654-4876</u>
E-mail	<u>KEDADVOCIA @GMAIL. COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITABAIANA, 05 DE julho de 2017Assinatura do Declarante: X Kymaira Maciel Quintino

REGULACAO DPVAT



0030

Autenticação de pagamento

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

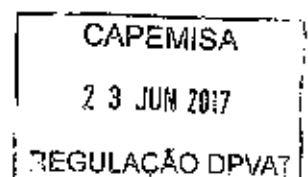
Pelo exposto, eu KY MAYR MACIEL Quintino, portador(a) do RG nº 3364245, expedido por SSP/PB, em 14/09/2005, CPF/CNPJ nº 076-967-554-66,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR do sinistro de DPVAT da natureza INVALENZANTE da vítima MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 937,00

Documentos comprobatórios: OAB/PB 2587

Kymayr Maciel Quintino
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





MINISTÉRIO DA
AUDE
SECRETARIA DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0537/2017

Atendendo solicitação de **MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 914643 e prontuário nº 2016.12.001644, pertencente ao mesmo que foi atendido dia 18/12/2016 às 20H52min, paciente vítima de colisão moto x moto trazido pelo SAMU, apresentando fratura exposta em perna esquerda e dor em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de pé esquerdo e antebraço esquerdo. Realizado cirurgia dia 18/12/16 e alta dia 11/01/17.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT

MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA
HOSPITALAR - ANGABEIRA
FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N
334 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 914643 Atd: Não Regulada
Data: 18/12/2016
Hora: 20:52:01
Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE RIBE
Clínica: CIRURGICA

DOS DO PACIENTE
me: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR
S: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3407912 Fone: 991796599
tural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/04/1990 Id: 26 ano(s)
d.: AV ANTONIO BATISTA SANTIAGO, 12170030996073736
irro: CENTRO Cidade: ITABAIANA UF: PB
i: MURILO PAULO DA VEIGA
c: JUVANISE CAVALCANTI DA VEIGA
upação: TECNICO DE COMUTACAO
FORMACOES DE ENTRADA
AMANDA NOIVA
Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
SAMU
transporte utilizado: SAMU
de acidente por: NAO
de violência por: COLISAO MOTO E MOTO PROX UNICLIN CENTRO ITABAINA
Caso Policial

E-CONSULTA
po de Classificação de Risco:
FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
so: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia
icemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Q22: [] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observacao

PACIENTE VÍTIMA DO COLISÃO MOTO X MOTO
CONDICIONADO PELA SAMU - ITABAIANA QUATRO HORAS
DEPOIS DO ACIDENTE - FICAR EXISTENTE

historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)
Paciente vítima de colisão com moto, sem uso de capacete, sofreu queda e
perdeu a consciência por alguns minutos. Foi socorrido pela SAMU, com HU de 2000 ml de
sangue na ferida aberta no punho direito e dor em moço.

agnóstico Politraumatizado
Vítima exposta de fratura de punho direito e de punho esquerdo.

Horario de atendimento
CAPETISA
23 JUN 2017
REGULACAO DPVAT
M. da Silva
Dr. José Moreira dos Santos Neto
MÉDICO
CRM-PB 7095

Data e Hora / PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde/	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVG [] IML

Imana Ferreira de Figueiredo

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
 geral, intubação e monitorização
 adequada de sinais vitais.

Incisão:

1. Incisão tipo Y de Kock
 realizada no dorso de 15cm
 guiada por cordão do umbigo.

Achados:

1. Grande cistite e divertículo de 10cm
 viz ao ceco + 4 pedículos rotacionais.
 Pedículo rotacional por via intracavitária
 posterior.

Conduta:

1. Ressecção de 10cm de intestino
 delgado com ligamento de Treitz
 preservado.
 Total Ressecção

Fechamento:

ORs:

Data: 11-11

MEDICO/CRM

08/02/17



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Walter Dantas da União Junior</u>					
IDADE:	SEXO:	COR:	CLÍNICA:	PRONTECÇÃO:	LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: <u>14/12/16</u>	DATA DE ALTA: <u>31/01/17</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA:
-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>patum cotovelo</u>	CID:
--	------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	
-------------------------	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
----------------------	--

PRINCIPAIS EXAMES: <u>Fórmula do Papanicolaou</u>	
---	--

PROCEDIMENTO REALIZADO:	
-------------------------	--

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:	
----------------------------	--

ANATOMIA PATOLÓGICA:	
----------------------	--

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO
--	--

RESULTADO BACTERIOLÓGICO:	
---------------------------	--

CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO
--

RESUMO CLÍNICO: <u>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA E COMPLICAÇÕES</u>

<u>Pat. de fratura no cotovelo e</u>
<u>guarnição de ferimento no pole</u>
<u>patum.</u>

DIETA: <u>líquida</u>	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
-----------------------	----------------------

REPOUSO: Relativo em casa por <u>20</u> dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>90</u> dias e com esforço maior em <u>120</u> dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
--

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.	CAPEMISA
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.	23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT

DATA: <u>11/01/17</u>

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.
--

Dr. Flávio Henrique Loyola
CRM 10.874
Traumatologia / Ortopedia



"0012"

Documentos de Identificação

MINISTÉRIO DA PAZ
Secretaria de Segurança Pública

CPF

088.077.954-65

MURILLO PAULO DA VEIGA JUNIOR

PSB/AM/2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VIA-01
P-010

0003

SIGNATURA DO TITULAR

PARAIBA - GOV. CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.807.912 RECEBIDO 24/01/2008

MURILLO PAULO DA VEIGA JUNIOR
MURILLO PAULO DA VEIGA
JUNILISE CAVALCANTE DA VEIGA

ITABAIANA - PE DATA DE NASCIMENTO 06/03/1990

Nº 15.66 FLS 37 RTV A 17
CAPTORIO ITABAIANA - PE

CAPEMISA
23 JUN 2017
REGULAÇÃO DPVAT

*0012*
Comprovante de inscrição

FICHA

KYMAYR MACIEL QUINTINO

Inscrição 20587 **Seccional** PB **Subseção** CONSELHO SECCIONAL - PARAÍBA
ADVOCADO

Endereço Profissional
Não informado

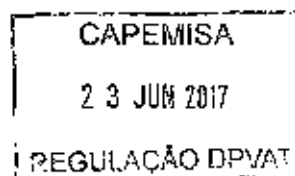
Telefone Profissional
Não informado



SITUAÇÃO REGULAR

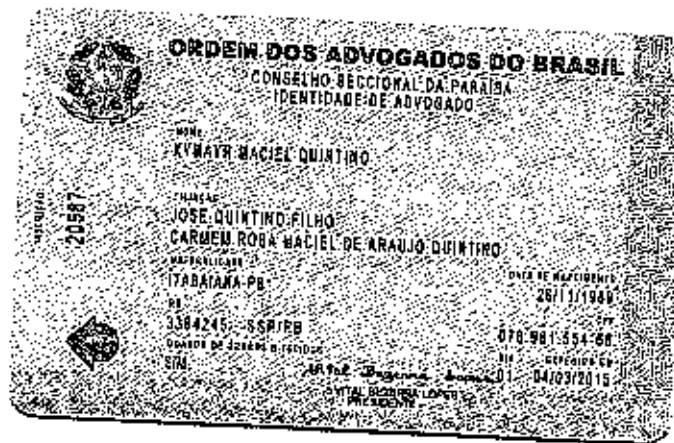
Atenção: consulta do cna.oab.org.br - realizada em 14/06/2017 - é meramente informacional, não
regime, valendo como tal (RJO).

Assinatura do Advogado





Implementation



CAPEMISA

19 JUL 2017

REGULAÇÃO DPVAT

REGULACÃO DPVA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170343606 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR **Data do acidente:** 18/12/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do pé esquerdo (metatarsos), e fratura do colo do Rádio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no pé esquerdo e cotovelo esquerdo, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do pé esquerdo e do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com fios de Kirchner, fez fisioterapia, resultados insatisfatórios. Não houve complicações neste caso.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do pé esquerdo.
Limitação funcional moderada do cotovelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROT



0024

Data de emissão

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MUNIZO PAULO DA VEIGA JUNIOR
 DATA DO ACIDENTE 18/12/2016 CPF DA VÍTIMA 085.077.954-55
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO KYMAIR MACIEL QUINTINO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É MUNIZO PAULO DA VEIGA JUNIOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DR NAPOLEÃO LAUREANO
 Nº 45 COMPLEMENTO 0 BAIRRO CENTRO
 CIDADE ITABAIANA UF PB CEP 58360-000
 E-MAIL KENADUOCAVIA@GMAIL.COM TELEFONE (83) 99924-2800

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

CAPENISA
2 JUN 2017
REGISTRO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/06/2017 DATA 17/06/2017
 IDENTIFIADI 3364245-55/PB NOME Denise de O. Lima
 ASSINATURA Kymair M. Quintino ASSINATURA [Assinatura]

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

23

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170343606 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** CAPEMISA (DPSEG) Seguradora de Vida e Prev.- Matriz II**BENEFICIÁRIO** MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR**CPF/CNPJ:** 08507795455**Posição em 05-07-2017 10:58:42**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
 Boletim de ocorrência	Vítima	Não Conforme	
 Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	KYMAYR MACIEL QUINTINO
 Documentos de identificação	Beneficiário	Não Conforme	KYMAYR MACIEL QUINTINO
 Procuração	Beneficiário	Não Conforme	KYMAYR MACIEL QUINTINO

ACESSIBILIDADE</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A G

COMO PEDIR INDENIZAÇÃODocumentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

CAPEMISA

19 JUL 2017

REGULAÇÃO DPVAT



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MUNILLO PAULO DA VEIGA JÚNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: REPARADOR DE VEÍCULOS, portador(a) do RG 3.407.992, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 085073954-55, residente no(a) AV. ANTONIO BATISTA SANT'ANHA
nº 323, bairro: CENTRO, município: ITABAIANA / PB.

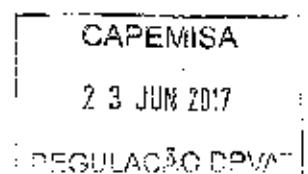
OUTORGADO:

Nome: KYMYRA MACIEL QUINTINO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO, portador(a) do RG 3364245, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 076.961.554-66, residente no(a) RUA DOUTOR NABUCAR LAUREANO
nº 45, bairro: CENTRO, município: ITABAIANA / PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima MUNILLO PAULO DA VEIGA JÚNIOR

Local e Data: ITABAIANA, 06 de junho de 2017

x Munillo Paulo da Veiga Junior
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: RELMADORA DE REDES, portador(a) do RG 3.407.912, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 085.077.954-55, residente no(a) AVENIDA ANTÔNIO BATISTA SANTIAGO
nº 121, bairro: CENTRO, município: ITABAIANA / PB.

OUTORGADO:

Nome: KYMAYA MACIEL QUINTINO, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO, portador(a) do RG 3364.245, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 076.961.554-66, residente no(a) RUA DOUTOR NALOUJO LAMARCA
nº 45, bairro: CENTRO, município: ITABAIANA / PB.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR.

Local e Data: ITABAIANA, 05 de julho de 2017

Muriilo Paulo da Veiga Junior
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

