



Número: **0801979-98.2017.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **29/11/2017**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR (AUTOR)</b>	<b>ROMULO ELOI MALTA RIBEIRO (ADVOGADO)</b> <b>KYMYR MACIEL QUINTINO (ADVOGADO)</b> <b>JHON KENNEDY DE OLIVEIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38534 893	19/01/2021 20:43	<a href="#"><u>2776201_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>

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

**Victima:** 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](http://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](http://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 inicio 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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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  
Vitima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Impresso

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 MURILLO PAULO DA VEIGA JUNIOR

POR PORTADOR(A) DO RG Nº 3.407.912 EXPEDIDO POR SSP1 PB EM 24/01/2006 E

CPF 036077954-59 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECLUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ REU\$0 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MURILLO PAULO DA VEIGA JUNIOR, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

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

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

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

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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

Florianópolis, 06 de Junho de 2017

LOCAL E DATA

Murillo Paulo da Veiga Junior

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0733 - ITABAIANA DO NORTE, PB  
DATA: 29/05/2017 HORA: 14:06:44  
TERMINAL: 1002 NSU: 0000074 AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 0733/013.00031750-8  
NOME: MURILO PAULO DA VEIGA JUN

SALDO DISPONIVEL:  
SALDO BLOQUEADO:  
SALDO TOTAL:

000  
000  
000

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA 0800 726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

Via Cliente

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:43:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920434312700000036744760>  
Número do documento: 21011920434312700000036744760

Num. 38534893 - Pág. 6

**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**

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 (METATARSO), E FRATURA DO COLO DO RÁDIO ESQUERDO.**

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO PÉ ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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?

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?

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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO.**

Data da alta: 25/04/2017.

**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTSE COM FIOS DE KIRCHNER, FEZ FISIOTERAPIA, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.**

**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro 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 (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito

"Exame não permite conclusão"

que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Esquerdo**

**COTOVELO - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:43:43  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920434312700000036744760  
Número do documento: 21011920434312700000036744760

Num. 38534893 - Pág. 7

## 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:

**MURILLO 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 contrário, ocasionando 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 digitiei.

Murillo Paulo da Veiga Junior  
Noticiante

44

ERIVELTO VICENTE DA SILVA  
Policial Civil  
Matrícula: 181896-1



CAPEMISA  
23 JUN 2017  
REGULAÇÃO DPVAT





AUTENTICAÇÃO

Cartório que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi encaminhado. Da  
F. (Art. 365-III do CPC)  
Referência: PB-17/02/2017  
Selo Digital: AFR3124-2N59  
Cartório e autorizada em Itabaiana/Paraíba  
Data: 18/02/2017  
Endereço: Rua Rui Barbosa, 110 - Centro  
Cidade: Itabaiana - PB  
CEP: 58360-000 - Fone: (83) 3281-2220

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



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT	Responsável pelo Levantamento do Acidente:				Posto/Graduação:	
ITA 04	GERMANO				SOLDADO	
HORÁRIO:	Acionamento 18:30	Chegada no Local 18:50	Horário do Sist. de 18:15	Bairro Sítio Chá	Município: ITABAIANA	UF: PB

Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia

PO-066 (Sítio Chá)

Data/Ocorrência 18/02/2016	Dia da Semana DOMINGO	CRS Vítima QT 02	Natureza do Acidente Controle do Trânsito no Local	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA	Tempo SECO
Envolvidos no Acidente (Quantidade) 2 MOTOCICLETAS			SENTE DIREITO	DUPLO		

CONDUTOR 01

Nome MURILLO 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 JANTAGO, 121, CENTRO, ITABAIANA - PR.	Habilitação 11/11/2014	Categoria AB	UF PE	Ex. Med/Dir SIM	Data Vencimento 06/06/2019	Usava Cinto SIM

Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO	Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA
--------------------------------------	---

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

VERSÃO DO CONDUTOR 01

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

CIENTE: Murilo Paulo da Veiga Júnior  
ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE Nº (83) 99165-7262

CONDUTOR 02

Nome CECILIA MEIRELES	Sexo F	Nascimento	RG	Registro CNH nº	UF	CPF
Endereço SÍTIO BREJINHO	Habilitação	Categoria	UF	Ex. Med/Dir	Data Vencimento	Usava Cinto
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO						Usava Capacete

Marca HONDA CG 150 FAN ES	Especie MOTOCICLETA	Placa OFH 4483	Categoria PARTIC.	Município ITABAIANA	UF PB
Nome do Proprietário GENILDO ZAKARIA	Seguradora DPVAT	Bilhete Nº	Renavam	Data de Emissão	
Defeitos					

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT



**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

CIENTE:

**ASSINATURA DO CONDUTOR 02****TELEFONE N°****CONDUTOR 02**

Nome

Nome	Nascimento	RG	Registro CNH nº	UF	CPF
------	------------	----	-----------------	----	-----

Endereço

º Habilitação	Categoría	UF	Ex. Med./Dias	Data Vencimento	Usava Cinto	Usava Capacete
---------------	-----------	----	---------------	-----------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor
-------------------------------	---------------------

**VEÍCULO 03**

Marca	Espécie	Placa	Categoría	Município	UF
-------	---------	-------	-----------	-----------	----

Nome do Proprietário

Seguradora	Bilhete N°	Renavam	Data de Emissão
------------	------------	---------	-----------------

Defeitos

**VERSÃO DO CONDUTOR 03**

CIENTE:

**ASSINATURA DO CONDUTOR 03****TELEFONE N°****CONSTATADO**

Foi CONSTATADO QUE AO AHEGAR NO LOCAL, O V2  
Foi RETINADO DO SITIO DO ACIDENTE.

João Pessoa, PB, 10/01/2017

SD GERMANO - 99  
Responsável p/ Levantamento - Assinatura / Certidão



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N°

VITIMA 01

Nome: MURILLO PAULO DA VEIGA Júnior | Sexo: M | Nascimento: 06/02/1990  
 Endereço: RUA DA VIDA Antônio BATISTA SANTIAGO, 121 CENTRO ITABATANA - PB

Condição da Vítima: (  ) Condutor (  ) Passageiro (  ) Pedestre

Viajava no Veículo N°

01

Usava Cinto

Condutora Para HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA

VITIMA 02

Nome: CECILIA MEIRELES

Sexo: F

Nascimento

Endereço: SITIO BREJINHO

Viajava no Veículo N°

02

Usava Cinto

Condutor (  ) Condutor (  ) Passageiro (  ) Pedestre

Condutora Para

HOSPITAL DE REGIONAL DE ITABATANA

VITIMA 03

Nome:

Sexo:

Nascimento:

Endereço:

Viajava no Veículo N°

Usava Cinto

Condição da Vítima:

Condutora Para

TESTEMUNHA 01

Nome:

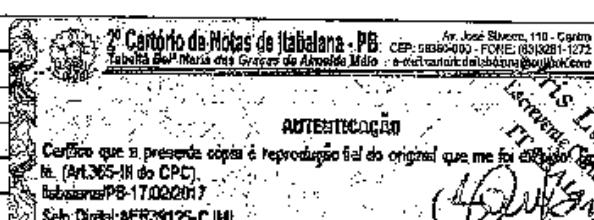
Sexo:

Nascimento:

Endereço:

CPF: Identidade N°: Orgão Emissor: U.F.:

## VERSAO DA TESTEMUNHA 01



CIENTE:

ASSINATURA DA TESTEMUNHA 01

TELEFONE N°

TESTEMUNHA 02

Nome:

Sexo:

Nascimento:

Endereço:

CPF: Identidade N°: Orgão Emissor: U.F.:

## VERSAO DA TESTEMUNHA 02

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO DE VÍTIMA (CAPEMISA)

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULACAO DPVAT

CIENTE:

ASSINATURA DA TESTEMUNHA 02

TELEFONE N°



**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

íto de Referência) -  
 Íto de Amarração - Posto da Energisa / Guia do meio fio

to Dianteiro 33,0m e Eixo Traseiro 33,00 m metros para (PA)  
 to Dianteiro PRÉJUDICADO e Eixo Traseiro PRÉJUDICADO metros para (PA)  
 to Dianteiro e Eixo Traseiro metros para (PA)

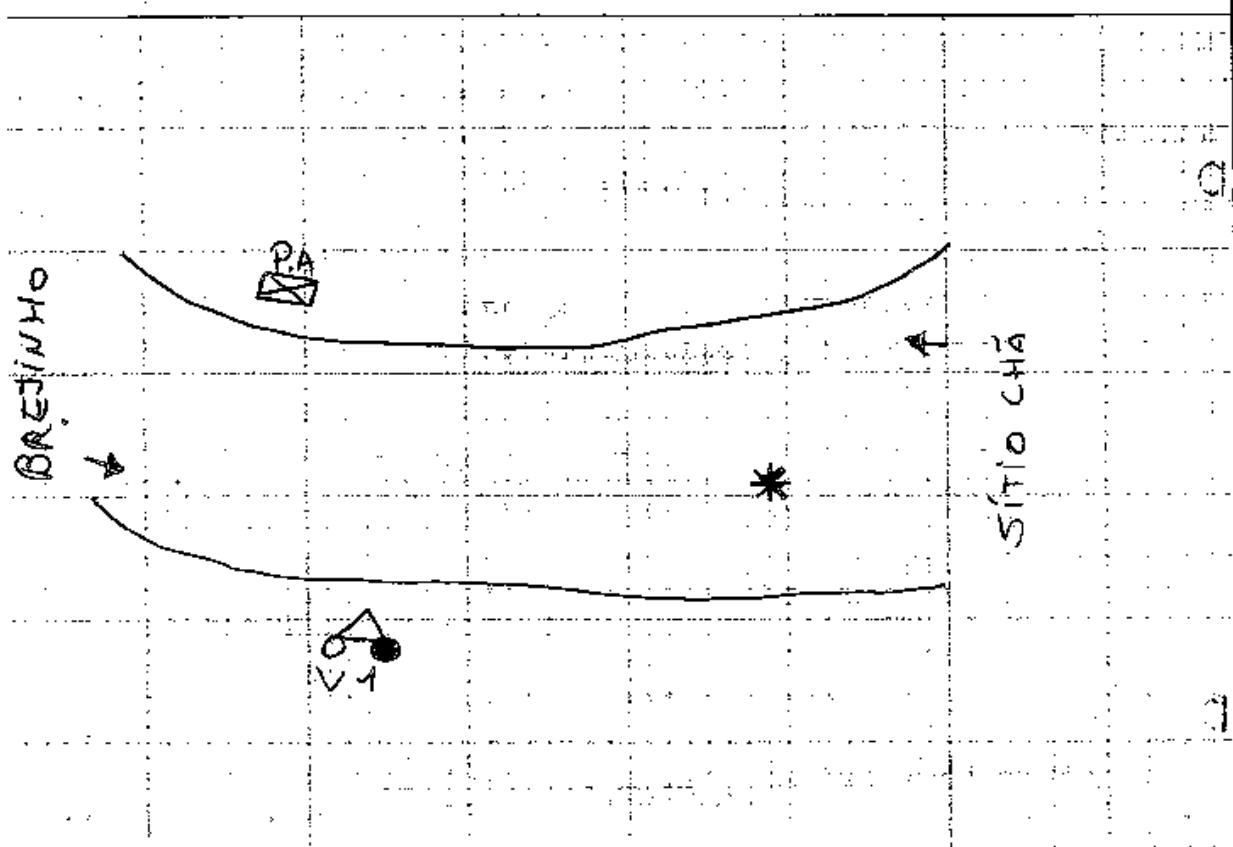
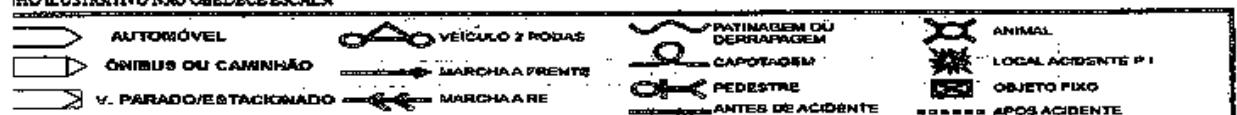


PHOTO ILUSTRATIVO NÃO OBEDIÊCE ESCALA



### 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.

Murilo Paulo da Veiga Júnior

CAPEMISA

19 JUL 2017

REGULAÇÃO DPVAT



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**



Eu, MUNICIO PAULO DA VEIGA JUNIOR, portador da carteira de identidade nº 3407912 e inscrito no CPF/MF sob o nº 085.077.954-55, residente e domiciliado na AVENIDA ANTONIO BATISTA SANTIAGO, Cidade ITABAIANA, Estado PARAIBA, 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:

- (X) 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.

## World Bank in High Income

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itabaiana, 06 de Julho de 2017.

### Locale data

CAPEM1SA

23 JULY 2012

## REGULAÇÃO OPVA





PREFEITURA MUNICIPAL DE JURIPIRANGA

SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

20:30



SAMU  
192

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR - USB: 55

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n°	Paciente/usuário	Idade	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
10.12.16	153564	menino de 10 anos de veiga JR	26	
Local da ocorrência	Bairro	Médico regulador		
ALTA VISTA	LOTEAMENTO	G. ADIA		
Apoio no local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate/ Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate/ PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediatrício
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletricidade	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/afogamento
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Gineco- obstétrico	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	<u>Moto vs Moto</u>

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença renal
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto - contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico  Serviço de maior complexidade  transferência simples  outro: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: ORTO TRAUMA JP Responsável: Dr. G. ADIA Função: MÉDICA

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

Dol. Braço Esquerdo, dor pé esquerdo, erupção  
 agitação  alergia  Ausência de pulso (central)  Cianose  Convulsão  Diarréia  Dificuldade respiratória (local) Pé, Braço  
 febre  inconsciente/ desmaio  Palidez  Sangramento  Vômito  outros: \_\_\_\_\_

1. DADOS VITais:

PA: Sistólica 130 PA diastólica 110 Pulso: 78 FR: 21 TEMP: 37 °C Glicémia: 110 SPO<sub>2</sub>: 99 Glasgow: 15

2. VIA AÉREA

Livre  obstruída parcialmente  Obstruída totalmente  Corpo Estranho  Bronco espiração  Edema de glote  Outros: \_\_\_\_\_

Dr. Glicério Gonçalves Sarmento

Enfermeiro COREN-PR 264.330

Esp. Urgêncial Emergência 023556

VENTILAÇÃO

Espontânea  Parada respiratória  Assistida  Rítmico Irregular

EXPANSIBILIDADE

Normal  Superficial  Regular  Irregular

ACEAÇOS

Copeação  Enfisema subcutâneo  Expectorção  Homoptise  Hálito estúpido  Outro: \_\_\_\_\_

Fratura exposta pé CAPEMISA

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose  Fria  Úmida  Normal  Palidez  Quente  Seca  Outros: \_\_\_\_\_

2.3 JUN 2017

EDEMA

Ausente  Pélvico  Membros inferiores  Anasarca

• Fratura exposta pé retardo expectoração temperatura

PERFUSÃO

Normal  Retardada (> 2 seg)  Ausente

• Fratura exposta pé expectoração temperatura

PULSO

Regular  Irregular  Fino  Cheio  Ausente

• Fratura exposta pé expectoração temperatura

FCG

Normal  Alterado  Não realizado

• Fratura exposta pé expectoração temperatura

Dr. Glicério Gonçalves Sarmento  
 Enfermeiro COREN-PR 264.330  
 Esp. Urgêncial Emergência 023556



# 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:43:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920434312700000036744760>  
Número do documento: 21011920434312700000036744760

Num. 38534893 - Pág. 17



Comprovação do documento

## 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)	<u>AVENIDA ANTÔNIO BATISTA SANTIAGO</u>
Número	<u>123</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITABAJANA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58360-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITABAJANA, 06 DE JUNHO DE 2017

Assinatura do Declarante: Murilo Paulo da Veiga Junior

CAPEMISA  
23 JUN 2017  
REGULAÇÃO DPV/A



JUANILIO PAULO DA VEIGA  
AVANTONIO BATISTA SANTAGO, 721  
FAGANHA / PB CEP 58300004 (46 113) CENTRO

Centro/Sul / RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO / 8123010725 Data Referente: Ata/Processo/ID: CER50071-899  
Roteiro: 78-113-310-2780 Referência: Nov/2016 CNR/09/025/03/10001-10 / REC En 18/05/2016  
Número: 00000072607 Emissor: 20/11/2016

ENERGISA PARAÍBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ 09.025.03/0001-10 / REC En 18/05/2016

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica 1000 94.000  
Código para Dátil: Autenticação: 400016722

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/611873-2

Nov / 2016 Canal de contato

Apresentação

23/11/2016

Data prevista da próxima fatura

22/12/2016

CPF/CNPJ/RANI

4042755765 Anterior Abatal Contabilidade Consumo Dias

34/10/16 6921 23/11/16 6350 117 30

**Faturas em atraso**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor Total
Consumo em aberto	147	0,441,38	64,71
Adm. B Amarela			1,88
ICMS			24,69
PIS			0,20
COFINS			0,91
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			10,80
JUROS DE MORAS NOV/16			0,26
MULTA NOV/16			1,78

**DEMONSTRATIVO**

**Histórico de Consumo (kWh)**

Mês	Consumo
Out/16	735
Sent/16	129
Agosto/16	130
Set/16	134
Out/16	126
Nov/16	147
Dez/16	143
Jan/17	152
Fev/17	183
Mar/17	148
Dez/16	142
Nov/16	151

BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
KW-h	97,47	27,00
PIS	92,47	0,2883
COFINS	03,47	0,0081

**VENCIMENTO**

30/11/2016 **R\$ 105,39**

550.000.10.9.9.776a.771a.3048.a953.00fe

**Indicadores de Qualidade**

Último Balanço

Limites da ANEEL	Apurado	Unidade de Referência (V)	Discriminação	Valor (R\$)
MEIAS TRIMESTRAL	8,87	0,00	Consumo Total de Energia/Faixa Crítica de Energia	34,40
MEIAS	13,74		Consumo Total de Energia/Faixa Crítica de Energia	23,15
MEIAS	21,49		Consumo Total de Energia/Faixa Crítica de Energia	28,17
MEIAS	3,55		Consumo Total de Energia/Faixa Crítica de Energia	1,07
MEIAS	7,10		Consumo Total de Energia/Faixa Crítica de Energia	1,58
MEIAS	14,20		Imposto Direto de Energia	8,60
MEIAS	3,87		Imposto Direto de Energia	8,10
MEIAS	12,22		Outros Índices	37,00
			Total	105,39
				105,39

Último Balanço: 30/11/2016

CAPFMISA

23 JUN 2012

REGULAÇÃO DE VÁR





**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu. Kymayr Maciel Quintino

RG nº 3364245, data de expedição 14/09/05 Órgão SSP/PR,

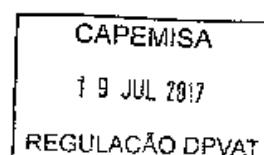
CPF nº 076.961.554-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA DOUTOR NAPOLEÃO VASCONCELOS
Número	45
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	ITABAIANA
Estado	PARAÍBA
CEP	58360-000
Telefone de Contato	(83) 99654-4876
E-mail	LEDAADVOCACIA@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: ITABAJANA, 05 de julho de 2017

Assinatura do Declarante: X Kyreneyr Marciel Quintino







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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu KYMAYR MACIEL Quintino, portador(a) do RG nº 3364245, expedido por SSP/PB, em 14/09/2015, 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 INVALIDEZ permanente 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 36587

Kymayr Maciel Quintino  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT





## 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2017

Rosangela 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



6 A MUNICIPA E JOAO PESSOA  
7 ADO HOSPITALAR PANGABEIRA  
8 FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
9 384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
10 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 914643 Attd: Nao Regulada  
Data: 18/12/2016  
Hora: 20:52:01  
Repcionista: DANIELE CAVALCANTE RIBEIRO  
Clinica: CIRURGICA

DOS DO PACIENTE Num.  
me: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR Num.  
S: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3407912 Fone: 9  
turral: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/04/1990  
d.: AV ANTONIO BATTISTA SANTIAGO,121700309960737366  
irro: CENTRO Cidade: ITABATANA 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

transporte utilizado: SAMU  
Local de acidente por: NAO  
Ultima de violencia por: COLISAO MOTO E MOTO PROX UNICLIN CENTRO ITABAINA  
Caso Policial

E-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO			
po de Classificação de Risco:					
	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem		<input type="checkbox"/> Grave	
	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado		<input type="checkbox"/> Convulsao	
so:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia		<input type="checkbox"/> Dispneia	
icemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia		<input type="checkbox"/> Agitado	
	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Chocado	
		<input type="checkbox"/> Vomito			
		Observacao			
Abaixo Principal					

PACIENTE VITIMO DO COLIRIO MOTOX MOTO  
CONSIDERADO PSL 0 SAMU - ITABOCARA, QUINTO  
PT DO B. H. P. E. S. Q. D. - F. N. S. EXPONI-  
STORIA - Exame Físico - (hora da atendimento medico) ENT. AMBULATÓRIA  
COREN-PI  
Suficiente utime de relato condiz. molo, sem uso de cappa  
de consciência ou vomito. Fizido que SAMU, p/ com Hr de 20000 ml.  
apresentando natureza suave em parte (1) e dura em maior (2).

agnosticismo Polietiometálico	Conduita	① Realização Rx + Cb ② Análise de estadias internas para identificação
Indra exposta a $\text{Pb} + \text{Fe}$ e calça de raios X		
10000	Horário da medicação	
UAT - SI esp: M		CAPEMISA
• Rádioattività 3000 $\mu\text{Ci}$ + 300ml 1% 0.9% G		23 JUN 2017
Exposição SI p + AD 6	REGULAÇÃO DPVAT	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:43:43  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101192043431270000036744760>  
Número do documento: 2101192043431270000036744760

Num. 38534893 - Pág. 24

Data e Hora / PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado a liberação

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

## DESTINO DO PACIFICO

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Óbito: [ ] Atestado, [ ] Sivo, [ ] TMI

## Francia, Ternua et Tigrayidae

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Suelio Moreira Torres</i>				Registro: 2010121694	
Idade: <i>28</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Branca</i>	Clinica: <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i>	EMP: <i></i>	LR: <i></i>
Data: <i>28/12/10</i>	Cirurgião: <i>Dr. Givaldo Lopes</i>			1º Assistente: <i>Dr. Givaldo Lopes</i>	
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>			Instrumentador: <i></i>	
Anestesista: <i></i>	Tipo Anestesia: <i></i>			Horário: <i>I:</i>	<i>T:</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Palpável visão previsível (E).</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Aspiração do sangue</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:		CAPEMISA
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não			23 JUN 2012
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					
REGULAÇÃO DPVAT					

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



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Coluna em decúbito dorsal (0°) sem anestesia.  
ASSE 16x6 e ASESST/15x10  
Abertura das costelas esquerda.

### Incisão:

(Língua de Kock)

Divisão dos planos de fascia.

Expondo o colo do rebordo (R).

Perfis curtos e frouxos daí fuso em

### Achados:

Viz os coro e os nervos portugues

Perfurada lateral da 12a costela  
germinativa.

Coluna em 50%.

### Conduta:

Seção das artérias da juxta da

coluna lombar da 12a costela

coluna lombar da 12a costela

### Fechamento:

### OBS:

Data: 18/01/2021

MÉDICO/CRM

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





08629

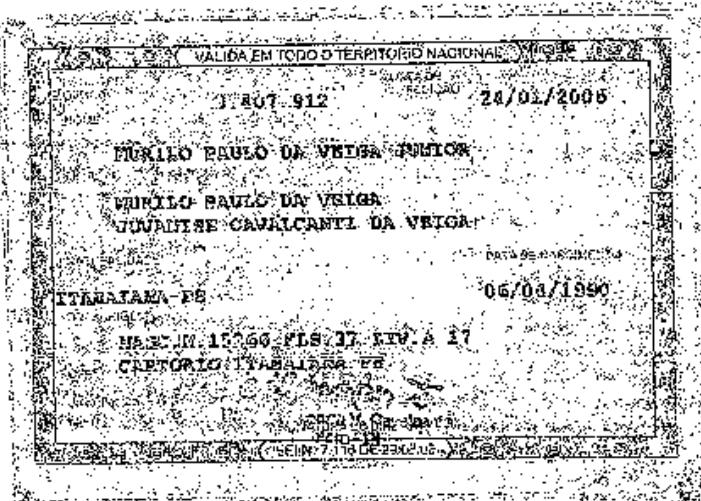
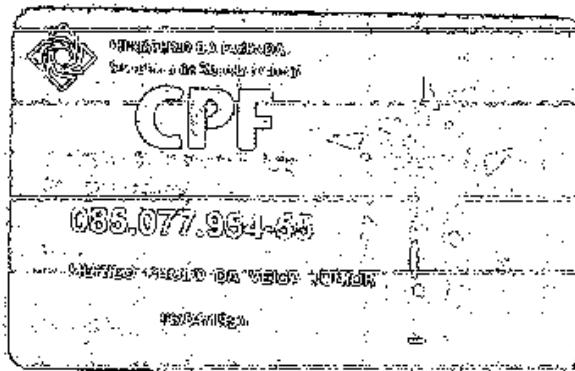
## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOOME	Jairo Paulo da Silva			PRONTO-REGISTRO	
IDADE	SENO	COR	CLINICA	ENF	
DATA DE ADMISSAO	14/12/16	DATA DE ALTA	33/01/17	TEMPO DE PRATICAVEL	
DIAGNOSTICO INICIAL	Fratura cefálica			CID	
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	Fratura cefálica				
OUTROS DIAGNOSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	Exames de rotina				
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLTECA DE MATERIAIS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICAO DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES				
Pt d. Fratura na cefálica e Guia d. Fratura no solo Fratura.					
DIETA:	Geral				ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO:	Relativo em casa por 90 dias. Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 30 dias e com esforço maior em 120 dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:					Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se acordar febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ Ao Ambulatório do _____				CAPEMISA
	para retirada de pontos. em 30 dias para revisão.				23 JUN 2017
11/01/17 DATA					REGULACAO DPVAT
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					CRM Traumatologo / Ortopedia Dr. Jairo Paulo da Silva CRM 16.814





Documento de identificação



CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT





Comprovante de resgate

Foto

**KYMAYR MACIEL QUINTINO**

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

**Endereço Profissional**  
Não informado



**Telefone Profissional**  
Não informado

**SITUAÇÃO REGULAR**

Or destas consultas do [cna.cndb.org.br](#) - Realizada em 11/06/2017. É uma apresentação informativa, não  
valendo como comprovação.

11/06/2017 10:43:43

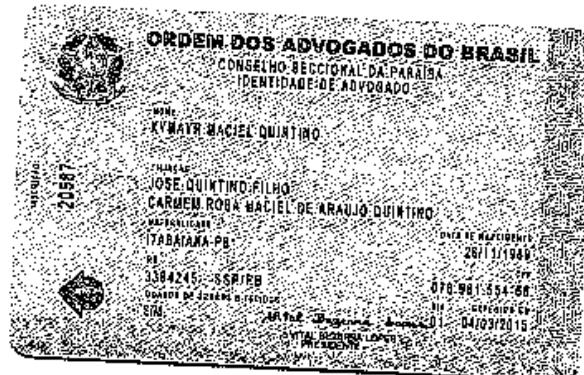
**CAPEMISA****23 JUN 2017****REGULAÇÃO DPVAT**

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:43:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920434312700000036744760>

Número do documento: 21011920434312700000036744760

Num. 38534893 - Pág. 30



CAPEMISA  
19 JUL 2017  
REGULAÇÃO DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:43:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920434312700000036744760>  
Número do documento: 21011920434312700000036744760

Num. 38534893 - Pág. 31

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>		<small>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS DE MOTOCICLISMO, AUTOMOTORES, MOTO-CARROS, CARRETAIS, GUARDA-VIDAS, SISTEMAS DE TRANSPORTE</small>	
<b>DETRAN - PB</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO</b> <b>VIA: CÓD. DE IDENTIF. P.R.T. - 20160304011008 - MERCOSUL</b> <b>1 0027460402-7 00/00000000 2016</b>		<b>PB N° 012973936</b>  <small>Detalhes da Identificação</small>	
<b>MURILLO PAULO DA VEIGA JÚNIOR</b> <b>08507795455</b> <b>PLACA ANF/UF: NOVO PB 9C2HB0210BR412204</b> <b>ESPECIE/PO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC</b> <b>MARCA/Modelo: HONDA/POP100</b> <b>CAP. DOH/CL: 2 P/97 /CI PARTIC. PRETA</b> <b>COMUNICA: IPVA PAGO EM 10/10/2016</b> <b>FAVAT/TV A: ***** 0 PARCELA/MESES/COTAS: 2</b> <b>PREMIO TARIFARIO: ***** 00000 PREMIO TIA/ANOS: 00000</b> <b>DATA DE PAGAMENTO: 10/10/2016</b> <b>SEM RESERVA DE DOMÍNIO</b> <b>ITABAIANA-PB LOCAL: 16331</b>  <b>40986</b>		<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <a href="http://www.4viasegurodetranito.com.br">www.4viasegurodetranito.com.br</a> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b> <b>EXERCÍCIO: 2016 DATA DE EMISSÃO: 23/11/2016</b> <b>1 08507795455</b> <b>RENAH: 00274604027 MARCA/Modelo: HONDA/POP100</b> <b>ANO/FAB: 2010 ANO/MOD: 2011</b> <b>PLACA: 9C2HB0210BR412204</b> <b>PREMIO TARIFARIO:</b> <b>ENNS/PS: ***** DEHAT/AN: 00000 CUSTO DO SEGURO: 00000</b> <b>CUSTO DO BILHETE (PESO): ***** DEP/AN: 00000 TIA/ANOS: 00000</b> <b>SEGURADO: ***** DEP/AN: 00000 DATA DE VENCIMENTO: 10/10/2016</b> <b>NOTA JURÍDICA: ***** DEP/AN: 00000 DATA DE VENCIMENTO: 10/10/2016</b> <b>SEGURADORA: IDEF - DPVAT</b> <b>CHPJ: 09.245.638/0001-04</b> <b>http://www.4viasegurodetranito.com.br</b> <b>40886-1154398-20161123</b>	

**CAPEMISA**  
**19 JUL 2017**  
**REGULAÇÃO DPVAT**

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170343606      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILLO 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** Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no pé esquerdo e cotovelo esquerdo, limitação de mobilidade articular e  
**médico pericial:** 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
<b>Total</b>		<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>	

### PRESTADOR

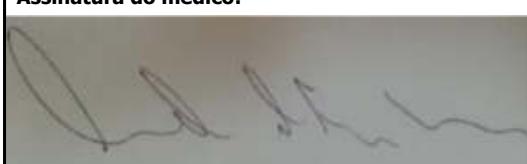
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROT



**IDENTIFICAÇÃO**  
VÍTIMA MUNIZ PAULO DA VEIGA JUNIOR  
DATA DO ACIDENTE 18/12/2016 CPF DA VÍTIMA 085.077.954-55  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO KYMAVR MACIEL QUINTINO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANESCO COM  
AVÍTIMA MUNIZ PAULO DA VEIGA JUNIOR  
ENDERECO DO PORTADOR RUA DR MARCELO ALVARENGA  
Nº 45 COMPLEMENTO 0 BAIRRO CENTRO  
CIDADE TAUBATÉ UF SP CEP 12360-000  
E-MAIL KENDAUSCAU@GMAIL.COM TELEFONE (12) 39924-2800

MARKS (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 (ORIGINAIS ASSINADOS PELA VÍTIMA E PELÔTARIO 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) (O DOCUMENTO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL))
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS ITENS 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) (DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL))

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS. PODE 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 SORTEADAS NA VÍTIMA, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE (ORIGINAL) DA DESPESA MÉDICA HOSPITALAR (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- INTRAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEBIMENTO (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 ITENS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



**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 16 A 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 2104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

14/06/2017

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

17/06/2017

IDENTIFICADO 3.364.245-558/00

DATA 17/06/2017

NOME Denise de O. Oliveira

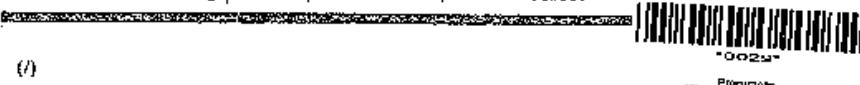
ASSINATURA Kyra Mayr Maciel Quintino

ASSINATURA Denise de O. Oliveira



05/07/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



00024

... Encarte

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 for entregue.

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

### **ACESSIBILIDADE**

([/Pages/Acessibilidade.aspx](#)) ([/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#))

A A A O

### **COMO PEDIR INDENIZAÇÃO**

- Documentos 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

REGULACAO DPVAT





Impressão

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: MUNILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: DEZALADOR DE NEDES, portador(a) do RG 3.407.912, órgão expedidor SSP/PB  
e do CPF: 085077954-55, residente no(a) AV. ANTONIO BATISTA SANTIAGO  
nº 525, bairro: CENTRO, município: ITABAIANA / PB.

### OUTORGADO:

Nome: KY MAYA 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 NAPOLÉON LAVREANO  
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 MUNILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR  
Local e Data: ITABAIANA, 06 de junho de 2017

x Vinaldo Paulo da Veiga Júnior

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Murilo Paulo da Veiga Júnior, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: RELMANIA DE NEGO, 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: ITABAIIANA / PB.

### OUTORGADO:

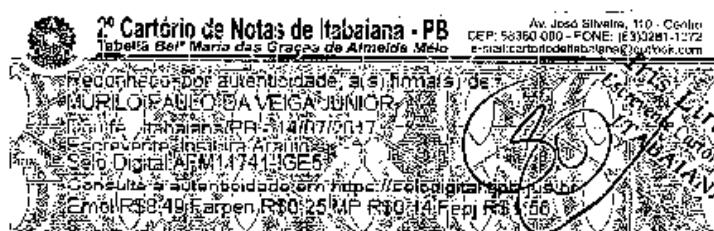
Nome: KYMAYA MACIEL Quintino, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: ADVOGADO, portador(a) do RG 3.364.245, órgão expedidor SSP/PB  
e do CPF: 076.961.554-66, residente no(a) RUA Dr. RICARDO NALONGÃO LAMBEANO  
nº 45, bairro: CENTRO, município: ITABAIIANA / PB.

**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: ITABAIIANA, 05 de julho de 2017

Murilo Paulo da Veiga Júnior

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)



CAPEMISA

19 JUL 2017

REGULAÇÃO DA