



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	
MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR (AUTOR)		ROMULO ELOI MALTA RIBEIRO (ADVOGADO) KYMAYR MACIEL QUINTINO (ADVOGADO) JHON KENNEDY DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38534 893	19/01/2021 20:43	2776201_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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

Pag. 00437/00438 - carta_01



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
Vítima: 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

Pag. 01495/01496 - carta_03



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

Pag. 00885/00886 - carta_02



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00041/00042 - carta_15R





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 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 POUPANÇA 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), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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

MACAÏANA 06 de junho de 2017

LOCAL E DATA

Muriло 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 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0733 - ITABAIANA DO NORTE, PB

DATA: 29/05/2017

HORA: 14:06:44

TERMINAL: 1002 NSU: 000074

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 0733/013.00031750-8

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



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

**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 (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?
(☒) 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 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)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas 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 (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
PÉ - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(<input checked="" type="checkbox"/>) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
COTOVELO - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(<input checked="" type="checkbox"/>) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 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 do(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
Policial Civil
Matrícula: 181896-1



CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT



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



AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi enviado, sob a
letra (Art. 365-III do CPC).
Itabaiana - PB - 17/02/2017
Selo Digital: AER39124-2N59
Conferir a autenticidade em: portal.jus.br
E-mail: R32.12.Farpen.R30.25.MP.R30.03.Farce.R30.42

DADOS DO ACIDENTE

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

CONDUTOR 01

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

VEÍCULO 01

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	UF
HONDA POP 100	MOTOCICLETA	NGJ1796/PB	PARTIC.	ITABAIANA	PB
Nome do Proprietário					
MURILLO PAULO DA VEIGA JÚNIOR					
Seguradora	Bilhete nº	Renovar	Data de Emissão		
DPVAT	012973936618	0007460402-7	23/11/2014		
Defeitos					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

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

CIENTE: Murilo Paulo da Veiga Junior
ASSINATURA DO CONDUTOR 01

TELEFONE Nº (83) 99165-7262

CONDUTOR 02

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

VEÍCULO 02

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	UF
HONDA CG150 FANES	MOTOCICLETA	OFH4483	PARTIC.	ITABAIANA	PB
Nome do Proprietário					
GENILDO ZACARIA					
Seguradora	Bilhete nº	Renovar	Data de Emissão		
DPVAT					
Defeitos					

GAPEMISA

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
---------------	-----------	----	-------------	-----------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcolica

Destino do Condutor

VEÍCULO 03

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município
-------	---------	-------	-----------	-----------

Nome do Proprietário

Seguradora	Bilhete Nº	Ranavan	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 SITIO DO ACIDENTE.

João Pessoa, PB, 10/01/2017

SD 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: AV. DA ANTÔNIO BATISTA SANTIAGO, 121 CENTRO, ITABATANA - PB

Viagem no Veículo Nº 01 Usava Cinto
 Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA

VÍTIMA 02

Nome: CECÍLIA MEIAELLES Sexo: F Nascimento:
 Endereço: SÍTIO BRESINHO

Viagem no Veículo Nº 02 Usava Cinto
 Conduzida Para HOSPITAL DE REGIONAL DE ITABATANA

VÍTIMA 03

Nome: Sexo: Nascimento:
 Endereço:

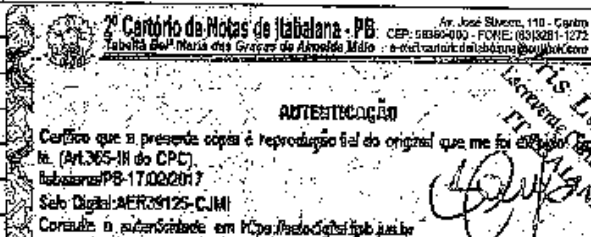
Viagem no Veículo Nº Usava Cinto
 Conduzida Para

TESTEMUNHA 01

Nome: Sexo: Nascimento:
 Endereço:

CPF: Identidade Nº: Órgão Emissor: U.F.:

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01



CIENTE: ASSINATURA DA TESTEMUNHA 01

TELEFONE Nº

Nome: TESTEMUNHA 02 Sexo: Nascimento:

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 POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



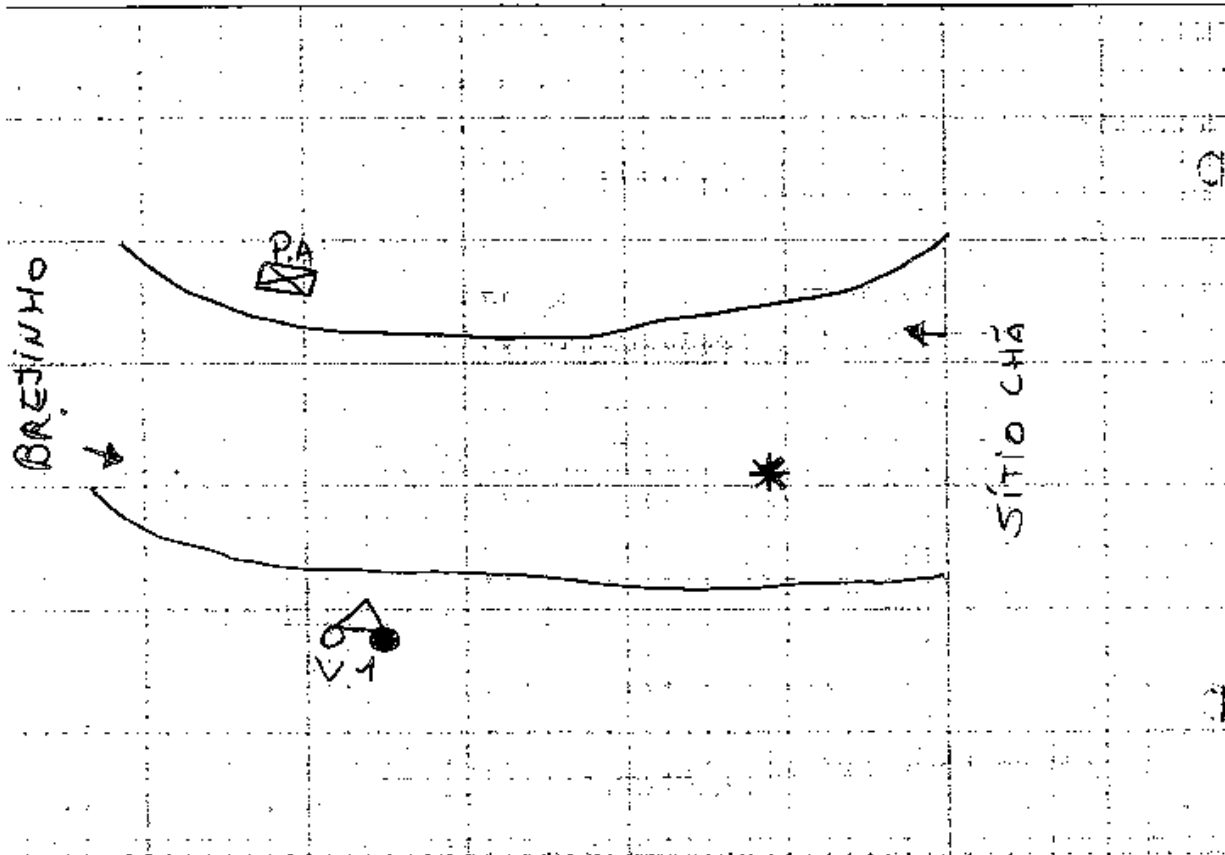
CROQUI DO BOAT
AMARRAÇÕES

9,20m

Itô de Referência) -

nto de Amarração - Poste da Energisa / Guia do meio fio

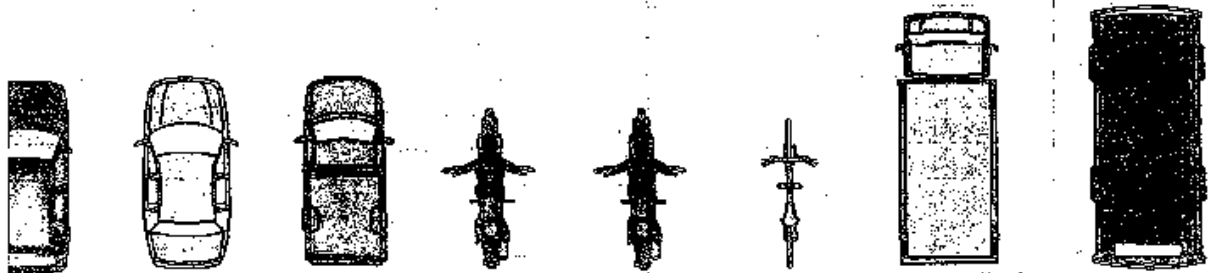
00 Dianteiro 33,0m e Eixo Traseiro 32,00m metros para (PA)
00 Dianteiro PREJUDICADO e Eixo Traseiro PREJUDICADO metros para (PA)
00 Dianteiro e Eixo Traseiro metros para (PA)



HO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

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

AVARIAS



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

DECLARAÇÃO

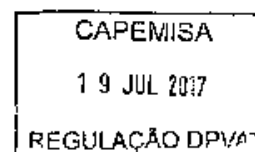


Conhecimento de ocorrência

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MURILLO 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:

☒ 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

20:30



SAMU
192

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

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente/usuário	Idade	Sexo
18.12.16	1535644	mulher paula da veiga JR	26	Masc. () Fem. (X)
Local da ocorrência	Bairro	Medico regulador		
ALTA VISTA	LOTEAMENTO	CLAUDEIA		
Apoio no local: () PM () Resgate/Bombeiros () Resgate/PRF () CPTRAN () SITRANS () Outro:				
() Socorrido por terceiros () Recusou atendimento () Socorrido pelos Bombeiros () Local não encontrado () outro:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queda 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	Moto vs Moto

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: ORTODONTIA J8 Responsável: Alice Prata Medica Função: MÉDICA

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

Doi Anos Exposto, Doi Pé Exposto, enxaqueira

() 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 PR: 21 TEMP: 37 °C Glicemia: 110 SPO2: 99 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre () obstruída parcialmente () Obstruída totalmente () Corpo Estranho () Bronco espiração () Edema de glote () Obs:

VENTILAÇÃO

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

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal () Superficial () Regular () Irregular

ACHADOS

() Crepitação () Enfisema subcutâneo () Expectoração () Hemoptise () Hálito alílico () Outro: Falsa Exposto pé (C)

3 - CIRCULAÇÃO

() Cianose () Fria () Úmida () Normal () Palidez () Quente () Seca () Outros:

EDEMA

☒ Ausente () Palpebral () Membros inferiores () Anasarca

PERFUSÃO

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

PULSO

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

ECG

() Normal () Alterado () Não realizado

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

CAPEMISA

2-3 JUN 2017

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

• Retirada Exposto pé
• Falsa Exposto pé Enxaqueira
• Ferimento com Borda Irregular (lacerativo)
• Exoneração M.M. SS e II



4 - EXAME NEUROLÓGICO

☒ Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorrágia () Rigidez () Mídríase

5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal () Semáps () Trabalho de parto () Outros

6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

(☒) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Desambolgação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autônoma () Dor aguda () Hipertensão () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à atividade () Náusea oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Perfusion tissular periférica ineficaz () Perfusion tissular cardiopulmonar ineficaz () Perfusion tissular gastrointestinal ineficaz () Perfusion tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume excessivo de líquidos () Náuseas () Retenção urinária () Percepção sensorial perturbada () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros:

PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaríngea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia () Curativo () Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação () Imobilização de membros () Colar cervical () Tala / tração () Outros:

INTERVENÇÕES: Foi realizado resuscitação de acordo com o protocolo de atendimento; foi realizado protocolo de vida pulsoventilado + AVP + 5ml de Ringer lactato + transportado para a UTI para receber o tratamento definitivo.

Dr. Gilcelio Gonçalves Sarmiento
Enfermeiro COREN-PA 364.330
Esp. Urgência Emergência 022556

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS:

Ringer lactato = 05ml
Empo roscopos = 01ml
Jelo 14 = 01ml
Atadura = 25ml
Comprimidos = 6ml
Gases = 4 pct

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Fita de HGT = 01ml
LANCETA = 01ml

Dr. Gilcelio Gonçalves Sarmiento
Enfermeiro COREN-PA 364.330
Esp. Urgência Emergência 022556

ENCAMINHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSICÃO DE TRANSPORTE

☒ Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação de cabeça/cabeça

SERVIÇO DE SAÚDE

RECUSO

Nome: R.G.
Assinatura:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: Dr. Gilcelio Gonçalves Sarmiento
Enfermeiro (a): Gilcelio Gonçalves Sarmiento
Téc. de Enfermagem: Rocio
Condução: Rocio

CRM: Dr. Gilcelio Gonçalves Sarmiento
COREN: Gilcelio Gonçalves Sarmiento
COREN: Gilcelio Gonçalves Sarmiento
MAT: Esp. Urgência Emergência 022556



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





"RESUMO"

Comprovante 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	STABATIANA
Estado	PARAIBA
CEP	58360-000
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: STABATIANA, 06 DE JUNHO DE 2017Assinatura do Declarante: Murilo Paulo da Veiga Junior

CAPEMISA

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT



ISMAILO PAULO DA VEIGA
AV ANTONIO BATISTA SANTOS, 7211
ITABANA - PB CEP: 55300-000 (46 113)

CENTRO

Carteira Subscritor RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro 12-112-310-2780
Nº medidor 00009472601

Referência: Nov/2016
Emissão: 22/11/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.085.189/0001-40 - INSC EST 16.015.825-0

Não Fiscal / Conta de Energia Elétrica / PDD 944.900
Código para Débito Automático: 60006110791

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora):

5/611873-2

Nov/2016

Canal de contato

Apresentação

- Apresentação da Bandeira Amarela -
A Bandeira Amarela indica o período de novembro para a instalação, com custo de R\$ 1,50 a cada 100 quilowatts para a (PAR) consumida. A medida se deve as condições meteorológicas menos favoráveis, o que determina o acionamento de usinas termelétricas, com custo de geração mais caro.

23/11/2016

Data prevista da próxima fatura

22/12/2016

CPF/CNPJ/RANI

30422755763
mer. BPF

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
24/10/16	6521	23/11/16	6359	
			117	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh, adic. B Amarela	147	0,44118	64,71
ICMS			1,88
PIS			24,86
COFINS			0,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,91
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			
JUROS DE MOROSIDADE			10,60
MULTA 10/2016			0,26
			1,78

Histórico de Consumo (kWh)

Out/16	135
Sep/16	129
Ago/16	130
Jul/16	134
Jun/16	126
Mai/16	147
Abr/16	143
Mar/16	152
Fev/16	183
Jan/16	148
Dez/15	142
Nov/15	151

Média dos últimos meses
143 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	92,47	27,00	24,96
PIS	92,47	0,9183	0,85
COFINS	92,47	0,8081	0,75

VENCIMENTO 30/11/2016
TOTAL A PAGAR R\$ 105,39

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DEMORAÇÃO	8,87	0,00
QAT TRIMESTRAL	13,74	0,00
QCA ANUAL	27,49	0,00
QCA TRIMESTRAL	3,55	0,00
QCA ANUAL	7,10	0,00
QCA TRIMESTRAL	14,20	0,00
QCA ANUAL	3,87	0,00
QCA TRIMESTRAL	12,22	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Sinopse do Det de Energia PB	34,48	33,15
Custo de Energia	30,74	29,17
Sinopse de Transmissão	1,07	1,06
Sinopse de Distribuição	8,69	8,19
Impostos Diretos e Encargos	88,99	84,51
Custos de Serviços	0,00	0,00
Total	105,39	100,00

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



0010

Quilômetro

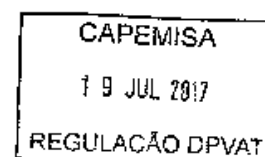
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, KYMYRA MACIEL QUINTINORG 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>KEDADVOCACIA@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITABAIANA, 05 DE JULHO DE 2017Assinatura do Declarante: X KYMYRA MACIEL QUINTINO



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.

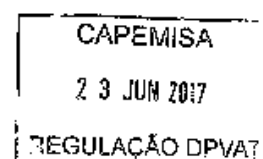
Pelo exposto, eu KY MAYR MACIEL QUINTINO, portador(a) do RG nº 3364245, expedido por SSP/PB, em 14/09/2005, CPF/CNPJ nº 076-967-554-66,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR do sinistro de DPVAT da natureza INVÁLIDez Permanente da vítima MURILO PAULO DA VEIGA JÚNIOR, 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





Declaração Original: SUS/EP 445/12

ISTÓRIO DA
AUDE
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



MUNICÍPIA DE JOAO PESSOA
UNIDADE HOSPITALAR - ITABAIANA
FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
3214-1981 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

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

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: MURILO PAULO DA VEIGA JUNIOR Num. Prontuário: 2016.12.001644
Sexo: M IDENTIDADE: 3407912 Fone: 991796599
Atual: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/04/1990 Id: 26 ano(s)
End.: AV ANTONIO BATISTA SANTIAGO, 12170030996073736
Bairro: CENTRO Cidade: ITABAIANA UF: PB
Mãe: MURILO PAULO DA VEIGA
Pai: JUVANISE CAVALCANTI DA VEIGA
Ocupação: TECNICO DE COMPUTACAO
Formações de Entrada
Prof: AMANDA NOIVA
Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD
Tipo de Atendimento: SAMU

Transporte utilizado: SAMU

Tipo de acidente por: NAO

Local de violência por: COLISAO MOTO E MOTO PROX UNICLIN CENTRO ITABAIANA
Tipo de Caso: Policial

E-CONSULTA CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco:
Idade: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
Sexo: TP: [] Politraumatizado [] Convulsão
Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
IMC: [] Diarreia [] Agitado
O2s: [] Regular [] Chocho
[] Vômito
Observação

Exame Principal

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO
ACIDENTE POR SAMU - ITABAIANA, QUATRO HORAS
APÓS O ACIDENTE. É ESQUERDA - FICAR EXPOSTO.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de acidente com moto, sem uso de capacete. Apresenta lesões de contusão na cabeça, tórax e membros inferiores. Feridas por SAMU, com Hx de 2000ml de sangue na ferida na perna esquerda e na mão direita.

Diagnóstico Politraumatizado

Indica exportação de p + Fx da cabeça do lado esquerdo e da mão direita para tratamento especializado.

Exame

Exame de p + Fx

Exame de p + Fx

Exame de p + Fx

Horário de atendimento

CAPIVARI

23 JUN 2017

REGULAÇÃO DPVAT

Dr. Lauro José

Dr. José Manoel dos Santos Neto
MÉDICO
CRM-PB 7095



Data e Hora / PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura Termino de Fiquemide

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Luís Roberto da Vieira Junior</u>		Registro: <u>2010121696</u>	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
EMP:	LR:		
Data: <u>23/12/10</u>	Cirurgião: <u>Dr. Gledson Costa</u>	1º Assistente: <u>Dr. Fábio Cordeiro</u>	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesiista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<u>Intumescimento parietal (E)</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>osteossintese do tórax</u>			
<u>gledson (E)</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não		CAPEMISA	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		23 JUN 2017	
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		REGULACAO DPVAT	

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral, intubação e monitorização.</p> <p>2. Lavagem das cavidades abdominais.</p> <p>3. Adesão aderida pela coluneta (3)</p>
Incisão:	<p>1. Tipo de corte</p> <p>2. Dimensão em cm e localização</p> <p>3. Quantidade de pedo no abdome</p> <p>4. Tempo cirúrgico e tempo em sala de op</p>
Achados:	<p>1. Vez de corte + 1/2 pedos restantes</p> <p>2. Pedos aderidos ao abd. inferior</p> <p>3. Pedos em sala de op</p> <p>4. Sutura da parede do invólucro</p> <p>5. Sutura da parede com cateter</p> <p>6. Sutura da parede</p> <p>7. Sutura da parede</p>
Conduta:	
Fechamento:	
Obs:	

Data: 18/12/19

MÉDICO/CRM

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



08U24



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Mário David da Uzião Junior		PRONÚNCIA	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	END	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
14/12/16		31/01/17			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Anatomia cefalica					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
FEBRE, DO PAINTE, MOLES.					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INSPECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLÓGICA					
COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
CONDIÇÃO 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, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES					
Pct. de fratura na cefalica e					
guarni de FEMURAL no POCO					
PARTUM.					
DIETA: LÍQUIDA					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
REPOUSO: Relativo em casa por 90 dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço maior em 120 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar 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
DATA 11/01/17					REGULAÇÃO DPVAT
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





Documentos de Identificação

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO
SERVIÇO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO

CPF

088.077.964-81

PAULO DA VEIGA JUNIOR

CPF

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-010

0003

0001

0002

0004

0005

0006

0007

0008

0009

0010

0011

0012

0013

0014

0015

0016

0017

0018

0019

0020

0021

0022

0023

0024

0025

0026

0027

0028

0029

0030

0031

0032

0033

0034

0035

0036

0037

0038

0039

0040

0041

0042

0043

0044

0045

0046

0047

0048

0049

0050

0051

0052

0053

0054

0055

0056

0057

0058

0059

0060

0061

0062

0063

0064

0065

0066

0067

0068

0069

0070

0071

0072

0073

0074

0075

0076

0077

0078

0079

0080

0081

0082

0083

0084

0085

0086

0087

0088

0089

0090

0091

0092

0093

0094

0095

0096

0097

0098

0099

0100

0101

0102

0103

0104

0105

0106

0107

0108

0109

0110

0111

0112

0113

0114

0115

0116

0117

0118

0119

0120

0121

0122

0123

0124

0125

0126

0127

0128

0129

0130

0131

0132

0133

0134

0135

0136

0137

0138

0139

0140

0141

0142

0143

0144

0145

0146

0147

0148

0149

0150

0151

0152

0153

0154

0155

0156

0157

0158

0159

0160

0161

0162

0163

0164

0165

0166

0167

0168

0169

0170

0171

0172

0173

0174

0175

0176

0177

0178

0179

0180

0181

0182

0183

0184

0185

0186

0187

0188

0189

0190

0191

0192

0193

0194

0195

0196

0197

0198

0199

0200

0201

0202

0203

0204

0205

0206

0207

0208

0209

0210

0211

0212

0213

0214

0215

0216

0217

0218

0219

0220

0221

0222

0223

0224

0225

0226

0227

0228

0229

0230

0231

0232

0233

0234

0235

0236

0237

0238

0239

0240

0241

0242

0243

0244

0245

0246

0247

0248

0249

0250

0251

0252

0253

0254

0255

0256

0257

0258

0259

0260

0261

0262

0263

0264

0265

0266

0267

0268

0269

0270

0271

0272

0273

0274

0275

0276

0277

0278

0279

0280

0281

0282

0283

0284

0285

0286

0287

0288

0289

0290

0291

0292

0293

0294

0295

0296

0297

0298

0299

0300

0301

0302

0303

0304

0305

0306

0307

0308

0309

0310

0311

0312

0313

0314

0315

0316

0317

0318

0319

0320

0321

0322

0323

0324

0325

0326

0327

0328

0329

0330

0331

0332

0333

0334

0335

0336

0337

0338

0339

0340

0341

0342

0343

0344

0345

0346

0347

0348

0349

0350

0351

0352

0353

0354

0355

0356

0357

0358

0359

0360

0361

0362

0363

0364

0365

0366

0367

0368

0369

0370

0371

0372

0373

0374

0375

0376

0377

0378

0379

0380

0381

0382

0383

0384

0385

0386

0387

0388

0389

0390

0391

0392

0393

0394

0395

0396

0397

0398

0399

0400

0401

0402

0403

0404

0405

0406

0407

0408

0409

0410

0411

0412

0413

0414

0415

0416

0417

0418

0419

0420

0421

0422

0423

0424

0425

0426

0427

0428

0429

0430

0431

0432

0433

0434

0435

0436

0437

0438

0439

0440

0441

0442

0443

0444

0445

0446

0447

0448

0449

0450

0451

0452

0453

0454

0455

0456

0457

0458

0459

0460

0461

0462

0463

0464

0465

0466

0467

0468

0469

0470

0471

0472

0473

0474

0475

0476

0477

0478

0479

0480

0481

0482

0483

0484

0485

0486

0487

0488

0489

0490

0491

0492

0493

0494

0495

0496

0497

0498

0499

0500

0501

0502

0503

0504

0505

0506

0507

0508

0509

0510

0511

0512

0513

0514

0515

0516

0517

0518

0519

0520

0521

0522

0523

0524

0525

0526

0527

0528

0529

0530

0531

0532

0533

0534

0535

0536

0537

0538

0539

0540

0541

0542

0543

0544

0545

0546

0547

0548

0549

0550

0551

0552

0553

0554

0555

0556

0557

0558

0559

0560

0561

0562

0563

0564

0565

0566

0567

0568

0569

0570

0571

0572

0573

0574

0575

0576

0577

0578

0579

0580

0581

0582

0583

0584

0585

0586

0587

0588

0589

0590

0591

0592

0593

0594

0595

0596

0597

0598

0599

0600

0601

0602

0603

0604

0605

0606

0607

0608

0609

0610

0611

0612

0613

0614

0615

0616

0617

0618

0619

0620

0621

0622

0623

0624

0625

0626

0627

0628

0629

0630

0631

0632

0633

0634

0635

0636

0637

0638

0639

0640

0641

0642

0643

0644

0645

0646

0647

0648

0649

0650

0651

0652

0653

0654

0655

0656

0657

0658

0659

0660

0661

0662

0663

0664

0665

0666

0667

0668

0669

0670

0671

0672

0673

0674

0675

0676

0677

0678

0679

0680

0681

0682

0683

0684

0685

0686

0687

0688

0689

0690

0691

0692

0693

0694

0695

0696

0697

0698

0699

0700

0701

0702

0703

0704

0705

0706

0707

0708

0709

0710

0711

0712

0713

0714

0715

0716

0717

0718

0719

0720

0721

0722

0723

0724

0725

0726

0727

0728

0729

0730

0731

0732

0733

0734

0735

0736

0737

0738

0739

0740

0741

0742

0743

0744

0745

0746

0747

0748

0749

0750

0751

0752

0753

0754

0755

0756

0757

0758

0759

0760

0761

0762

0763

0764

0765

0766

0767

0768

0769

0770

0771

0772

0773

0774

0775

0776

0777

0778

0779

0780

0781

0782

0783

0784

0785

0786

0787

0788

0789

0790

0791

0792

0793

0794

0795

0796

0797

0798

0799

0800

0801

0802

0803

0804

0805

0806

0807

0808

0809

0810

0811

0812

0813

0814

0815

0816

0817

0818

0819

0820

0821

0822

0823

0824

0825

0826

0827

0828

0829

0830

0831

0832

0833

0834

0835

0836

0837

0838

0839

0840

0841

0842

0843

0844

0845

0846

0847

0848

0849

0850

0851

0852

0853

0854

0855

0856

0857

0858

0859

0860

0861

0862

0863

0864

0865

0866

0867

0868

0869

0870

0871

0872

0873

0874

0875

0876

0877

0878

0879

0880

0881

0882

0883

0884

0885

0886

0887

0888

0889

0890

0891

0892

0893

0894

0895

0896

0897

0898

0899

0900

0901

0902

0903

0904

0905

0906

0907

0908

0909

0910

0911

0912

0913

0914

0915

0916

0917

0918

0919

0920

0921

0922

0923

0924

0925

0926

0927

0928

0929

0930

0931

0932

0933

0934

0935

0936

0937

0938

0939

0940

0941

0942

0943

0944

0945

0946

0947

0948

0949

0950

0951

0952

0953

0954

0955

0956

0957

0958

0959

0960

0961

0962

0963

0964

0965

0966

0967

0968

0969

0970

0971

0972

0973

0974

0975

0976

0977

0978

0979

0980

0981

0982

0983

0984

0985

0986

0987

0988

0989

0990

0991

0992

0993

0994

0995

0996

0997

0998

0999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

1015

1016

1017

1018

1019

1020

1021

1022

1023

1024

1025

1026

1027

1028

1029

1030

1031

1032

1033

1034

1035

1036

1037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

1044

1045

1046

1047

1048

1049

1050

1051

1052

1053

1054

1055

1056

1057

1058

1059

1060

1061

1062

1063

1064

1065

1066

1067

1068

1069

1070

1071

1072

1073

1074

1075

1076

1077

1078

1079

1080

1081

1082

1083

1084

1085

1086

1087

1088

1089

1090

1091

1092

1093

1094

1095

1096

1097

1098

1099

1100

1101

1102

1103

1104

1105

1106

1107

1108

1109

1110

1111

1112

1113

1114

1115

1116

1117

1118

1119

1120

1121

1122

1123

1124

1125

1126

1127

1128

1129

1130

1131

1132

1133

1134

1135

1136

1137

1138

1139

1140

1141

1142

1143

1144

1145

1146

1147

1148

1149

1150

1151

1152

1153

1154

1155

1156

1157

1158

1159

1160

1161

1162

1163

1164

1165

1166

1167

1168

1169

1170

1171

1172

1173

1174

1175

1176

1177

1178

1179

1180

1181

1182

1183

1184

1185

1186

1187

1188

1189

1190

1191

1192

1193

1194

1195

1196

1197

1198

1199

1200

1201

1202

1203

1204

1205

1206

1207

1208

1209

1210

1211

1212

1213

1214

1215

1216

1217

1218

1219

1220

1221

1222

1223

1224

1225

1226

1227

1228

1229

1230

1231

1232

1233

1234

1235

1236

1237

1238

1239

1240

1241

1242

1243

1244

1245

1246

1247

1248

1249

1250

1251

1252

1253

1254

1255

1256

1257

1258

1259

1260

1261

1262

1263

1264

1265

1266

1267

1268

1269

1270

1271

1272

1273

1274

1275

1276

1277

1278

1279

1280

1281

1282

1283

1284

1285

1286

1287

1288

1289

1290

1291

1292

1293

1294

1295

1296

1297

1298

1299

1300

1301

1302

1303

1304

1305

1306

1307

1308

1309

1310

1311

1312

1313

1314

1315

1316

1317

1318

1319

1320

1321

1322

1323

1324

1325

1326

1327

1328

1329

1330

1331

1332

1333

1334

1335

1336

1337

1338

1339

1340

1341

1342

1343

1344

1345

1346

1347

134



FICHA

KYMAIR MACIEL QUINTINO

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

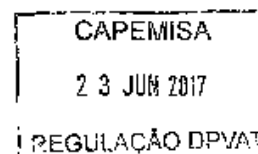
Endereço Profissional
Não informado

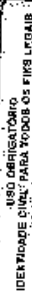
Telefone Profissional
Não informado

**SITUAÇÃO REGULAR**

Atenção: consulta do cna.cab.org.br/ realizada em 19/01/2021. É uma versão reformulada, não
vale mais como original.

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





AMERICAN FOREIGN

Refugee Medical Assistance

1. Introduction

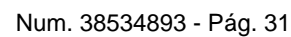
Observer:

1. *Chlorophyll *a** and *Chlorophyll *b** were determined by the method of Arar and Collins (1971).

— — — — —

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2689-2695.

REGULAÇÃO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **012973936613**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. ATUAL - PDI - 20160300013008-0 - MERCOSUL
1 - 0027460402-7 - 00/00000000 - 2016

MURILLO PAULO DA VEIGA JUNIOR

CPF/CNPJ: 08507795455 - NOJ1796/PB

PLACA ANT./UF: NOVO - PB - 9C2HB0210BR412204

ESPECIE/TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC - GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP100 - ANO FAB: 2010 - ANO MOD: 2011

CAP/COF/CIL: 2 P/97 /CI - CATE. COB: PARTIC - PRETA

COTA UNICA: IPVA - PAGO EM 10/10/2016

FAVORABILIDADE: PARCELAMENTO/COTAS: 0

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** - COF (R\$): ***** - PREMIO TOTAL (R\$): ***** - DATA DE PAGAMENTO: 10/10/2016

SEGURO: PAGO

SEM RESERVA DE DOMINIO

ITABAIANA - PB - IDCA: 16331 - 23/11/2016

40886

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR SOFISMAS CAUSADOS POR VEICULO
COMITADO DE INTERESSE PUBLICO - GUARUJÁ - CARACARA - PESSOA
TRANSPORTA

PB Nº 012973936 - 0007 - 00 - DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVAT.SEGURO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2016 - DATA EMISSÃO: 23/11/2016

CPF/CNPJ: 08507795455 - NOJ1796/PB

RENDAVIM: 00274604027 - MARCA/MODELO: HONDA/POP100

ANO FAB: 2010 - ANO MOD: 9 - 9C2HB0210BR412204

PREMIO TARIFARIO

IPVA (R\$): ***** - DENOMINACAO (R\$): ***** - CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** - COF (R\$): ***** - TOTAL DO SEGURO (R\$): *****

SEGURO: PAGO

COTA UNICA: 5 - DATA DE PAGAMENTO: 10/10/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.245.605/0001-02
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

40886-1154398-20161123

CAPEMISA
19 JUL 2017
REGULACAO DPVAT



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

DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MUNHO 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 (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É MUNHO PAULO DA VEIGA JUNIOR
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DR NAPOLEÃO LAFRANCO
 Nº 45 COMPLEMENTO 0 BAIRRO CENTRO
 CIDADE ITABRIANA UF PB CEP 58360-000
 E-MAIL KEDADVOGUA@GMAIL.COM TELEFONE (83) 39924-2800

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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 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 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIVO 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 COMPROVEM OS DADOS 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 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 2204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA 14/06/2017 DATA 17/06/2017
 IDENTIDADE 3364245-55/PB NOME Denise de O. Lima
 ASSINATURA Kymair Maciel Quintino ASSINATURA [Assinatura]



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. 34

05/07/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

"0024"
... Remuneração

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)

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

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. 35



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MURILLO PAULO DA VEIGA JÚNIOR, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: REPARADOR DE PNEUS, portador(a) do RG 3.407.912, órgão expedidor SSP/PB
e do CPF: 085073954-55, residente no(a) AV- ANTONIO BATISTA SANTIAGO
nº 323, bairro: CENTRO, município: ITABAIANA / PB.

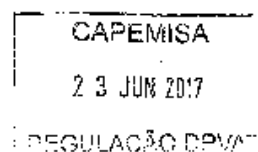
OUTORGADO:

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 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 MURILLO PAULO DA VEIGA JÚNIOR

Local e Data: ITABAIANA, 06 de junho de 2017

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





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MURILLO 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 ANTONIO BATISTA SANTIAGO
nº 121, bairro: CENTRO, município: ITABAIANA - PB

OUTORGADO:

Nome: KYMAYA MARIEL 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 NALDO LOPES
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 MURILLO PAULO DA VEIGA JÚNIOR

Local e Data: ITABAIANA, 05 de julho de 2017

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

