



Número: **0828175-27.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45628328	12/07/2021 14:12	Petição	Petição
45628330	12/07/2021 14:12	2652747_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
45628332	12/07/2021 14:12	2652747_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08281752720198152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14108210





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00467/00468 - carta_03 - INVALIDEZ

00070234



Carta nº 14118565





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

Recebedor: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005780-0

Conta: 000001000578-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

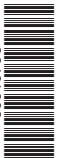
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01411/01412 - carta_15R - INVALIDEZ

00010706





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

083.507.884-10

Nome completo da vítima:

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Leandro Jose da Silva Barros

CPF:

083.507.884-10

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Laurent Boreau (bela)

Número:

36

Complemento:

Bairro:

Cruze Vermelho

Cidade:

Mari

Estado:

MS

CEP:

58345-000

E-mail:

consult.jus.advogados@gmail.com

Tel (DDD):

(33) 4111 2316

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0780

CONTA:

1000578

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa/PB, 25/03/2019

Nome:

CPF: 083.507.884-10

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

083.507.884-10

Nome completo da vítima:

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Leandro Jose da Silva Barros

CPF:

083.507.884-10

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Laurent Boreau (Cibiel)

Número:

36

Complemento:

Bairro:

Cruze Vermelho

Cidade:

Mari

Estado:

MS

CEP:

58345-000

E-mail:

consult.jus.advogados@gmail.com

Tel (DDD):

(33) 4111 2316

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0780

CONTA:

1000578

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha pais/avós, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 25/03/2019

Nome:

CPF: 083.507.884-10

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal, da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB. QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUROU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAÍSSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

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

João Pessoa/PB, 13 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal, da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB. QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUROU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAÍSSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

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

João Pessoa/PB, 13 de março de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUROU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAÍSSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOPA ARCE.

ADENDO(S):

Que na data 29/04/2019, à(s) 09:08 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE a data do fato, onde se ler 19/12/2019 é na verdade para se ler : 19/12/2018.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



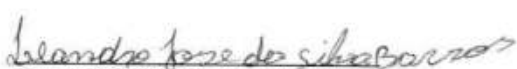
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


LEANDRO JOSÉ DA SILVA BARROS
Noticiante



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401

2/2





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

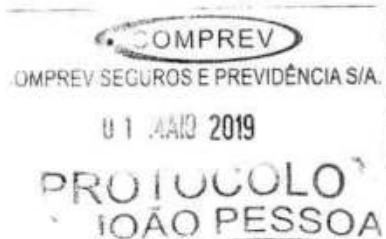
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUROU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAÍSSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOPA ARCE.

ADENDO(S):

Que na data 29/04/2019, à(s) 09:08 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE a data do fato, onde se ler 19/12/2019 é na verdade para se ler : 19/12/2018.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência

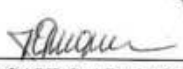


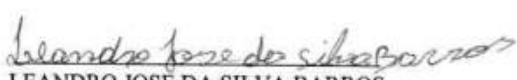
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


LEANDRO JOSÉ DA SILVA BARROS
Noticiante



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

083.507.884-10

Nome completo da vítima:

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Leandro Jose da Silva Barros

CPF:

083.507.884-10

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Laurent Boreau Gabriel

Número:

36

Complemento:

Bairro:

Cruzeiro Vermelho

Cidade:

Marí

Estado:

MS

CEP:

58345-000

E-mail:

consult.jus.advogados@gmail.com

Tel (DDD):

(33) 4111 2316

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0780

CONTA:

1000578

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa/PB, 25/03/2019

Nome:

CPF: 083.507.884-10

(*) Assinatura de quem assina o ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

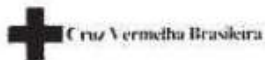
2ª Nome:

CPF:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

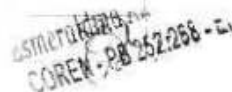
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1131295



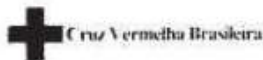
Identificação do paciente			
ID 1358881	Nome LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS		Sexo Masculino
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Pai GERALDO JOSE BARROS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS - Pai		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094988	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202	Nº Cns 700304886721738	
Local de procedência MARI	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R	
Endereço			
CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORNAL FREIRE CABRAL
Número 36	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veiro de ambulância Não	Quem transportou
Meio de transporte AMBULANCIA			
Sinais Vitais			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos Paciente vítima de Trauma, Trauma de extremidade para avaliação de lesões comum e orientado. Trauma de Diagnóstico			
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO			

Imprimir



24/12/2018 03:55





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1131295



Identificação do paciente						
ID 1358881	Nome LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS		Sexo Masculino			
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Pai GERALDO JOSE BARROS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS - Pai					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094988	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202	Nº Cns 700304886721738				
Local de procedência MARI	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R				
Endereço						
CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORNAL FREIRE CARVAL			
Número 36	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veiro de ambulância Não	Quem transportou			
Meio de transporte AMBULANCIA						
Sinais Vitais						
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de Trauma, Trauma de extremidade para avaliação de lesões comum e orientado. Trauma de Diagnóstico						
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO						

Imprimir



ESTRELA
COREN-PB 252258-2

24/12/2018 03:55



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000001000578-7

Nr. Autenticação

BRADESCO150520190500000000002370578000001000578168750 PAGO





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

25401807
REFERÊNCIA
MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOAO EPIFANIO DE MELO
RUA PRFO LOURIVAL PEREIRA CABRAL, 36 - BARRO
VERMELHO MARI PB 58345- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
062.001.300.0234.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
195N059386	13/05/1996	EXT LACRILIGADO	POTENCIAL			

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA	
845	845	1	32	08/04/2019	
MÉD. ID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
PARÂMETROS- EXIG. ANALIS. CONFORMES					
10/2018	30	TURBIDEZ	10	36	36
01/2019	30	CLORO	34	57	56
		CONDUTIVIDADE	0	0	0
		COR	10	36	36
		CONDUTIVIDADE	74	36	36
DADOS REFERENTES A JAN/2019					

HORA DA IMPRESSÃO: 08:43:34

CONSUMO TOTAL(R\$)

R\$ 37,91

PÁG. 1 DE 1 CONTINUA LET. 12.791/12

R\$ 37,91

COMPREVE SEUS DADOS E PREVENÇA O RISCO
25 MAR. 2019
PROTOCOLO

Scanned with CamScanner



TIM S.A.
Rua Porfirio Costa, 1553 - Sala 01
Cruz das Almas - João Pessoa - PB
CNPJ: 02.421.421/0016-06 - I.E.: 16.126.110-8
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/02/2019

EMIÇÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

IMPORTANTE PARA CASSIO

A Intelig Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acarretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/01/2019 A 18/01/2019

Serviços TIM S.A. VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitado	89m54s	1	31	19/12 a 18/01	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	13m18s	8	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outras Celulares	-	120m00s	45	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Telef. Fixos	-	10m24s	2	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	01m48s	2	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM						0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-la, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,23
ICMS	30%	R\$ 35,00	R\$ 10,50	FUNTEL	R\$ 0,12
PIS/COFINS - Serviços Telecom.	3,65%				
PIS/COFINS - Serviços de Telecom.	3,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas ao tarifário

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no Plano	
Franquia	R\$ 35,00
SVA	R\$ 14,90
Desconto(s) Franquia	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000000165481214012	JAN/2019	19/01/2019	10/02/2019	R\$ 49,90

84650000000 - 1 49900109011 - 1 00366001925 - 2 10119257526 - 0

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Maria Cinthia Gubek Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 05169044 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro José de Silva Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 083507884 / 10, do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Leandro José de Silva Barros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083507884 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Capote José Penac</u>		Número <u>602</u>	Complemento <u>Soleas</u>
Bairro <u>Jaguank</u>	Cidade <u>Jos Penac</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58015345</u>
Email <u>consult.fis.advogado@gmail</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8341412316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83986630588</u>

Jos Penac, 19 de março de 2015
Local e Data

Maria Cinthia Gubek Silva
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elinaldo Vital da Silva,
RG nº 3218258, data de expedição 24/07/2017
Órgão SSP, portador do CPF nº 079.042.972-85 com
domicílio na cidade de Mari, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Professor Leival Pereira Cabral, nº 51,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Leandro Farias da Silva cujo o condutor era
Leandro Farias da Silva.

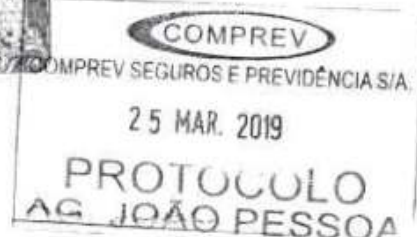
Veículo: MOTO
Modelo: BRZ
Ano: 2009
Placa: NPR 8637/PB
Chassi: 9C2KD04109R011930
Data do Acidente: 19/12/2018
Local e Data: PB 073 19/12/2018

x Elinaldo Vital da Silva
Assinatura do Declarante

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



Michelle Ferreira de Sousa
Substituta





08.778.268/0036-90

PARAIBA SECRETARIA DA SAÚDE

CEP 58300-000 - Guarabira - Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

CNPJ: 08.778.268/0036-90

R. João Pimentel Filho, s/nº, Juá, Guarabira,
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03

Data: 19/12/2018

Atendente: Silmara Xavier Trajano

Número do Prontuário.: 2330

DATA: 19/12/2018

HORA: 13:41:18

Número do Atendimento.: 1744653

SETOR => RECEPÇÃO / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: LEANDRO JOSE DA
SILVA BARROS

CEP:58345000

Nascimento:28/12/1990

Número:27

Bairro:CENTRO

Endereço:PROF LOURIVAL
CABRAL

Idade:027

Telefone: 996094968

cidade: Mari

Sexo:M

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA
SILVA

CPF:

CNS:700304988721738

CONVÊNIO:SUS

Responsável:

Estado Civil:Solteiro(a)

Local Procedência: URGENCIA

Motivo atendimento: QUEDA

CÓPIA

24/01/19
Geraldo J. B. Barros
Assinatura do Paciente / Responsável

PA: [] x mmHg] PULSO: [] | TEMP: [] | FC: [] |

DADOS CLÍNICOS:

traumatismo na perna esquerda em
acidente de motocicleta.

① Dislocação 95°

② Rk

At 13:53h. R/B
MedicadoCOMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 MAR. 2019

DIAGNÓSTICO:

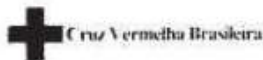
trauma na perna

PROTOCOLO
CID: AG JOÃO PESSOA
ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO
G. E. de Arruda
Clínica Geral
CRM 2397

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:

Geraldo José Barros





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

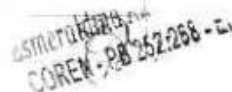
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1131295



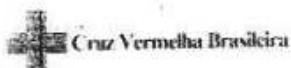
Identificação do paciente			
ID 1358881	Nome LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS		Sexo Masculino
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Pai GERALDO JOSE BARROS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS - Pai		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094988	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202	Nº Cns 700304886721738	
Local de procedência MARI	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R	
Endereço			
CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORNAL FREIRE CABRAL
Número 36	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veiro de ambulância Não	Quem transportou
Meio de transporte AMBULANCIA			
Sinais Vitais			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos Paciente vítima de Trauma, Trauma de extremidade para avaliação de lesões comum e orientado. Trauma de Diagnóstico			
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO			

Imprimir



24/12/2018 03:55





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	Base
Data de nascimento 26/12/1990	Idade 27a 11m 26d	Sexo Masculino	CNS 700304988721738
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			
Endereço PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36	Bairro CENTRO	Município MARI	UF PE
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Crm. Regional 10975/PB
Data/Hora Classificação 24/12/2018 03:55:42		Data/Hora Prestação 24/12/2018 11:03:35	

Anamnese

TOPEDIA

10. PACIENTE ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA DE MANGUABEIRA COM HISTÓRIA DE DOR E EDEMA EM JOELHO D DEVIDO TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO, SEGUNDO DESCRIÇÃO DO ENCAMINHAMENTO O MESMO APRESENTA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E, VEIO A ESTE SERVIÇO SEM EXAMES DE IMAGEM. CONSCIENTE E ORIENTADO

EF: EDEMA NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS; EQUIMOSE EM REGIÃO MEDIAL NA COXA ESQUERDO

RADIOGRAFIA COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
ORIENTADO POR DR. ROBERTO SANTOS

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

IRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NÁUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 140 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

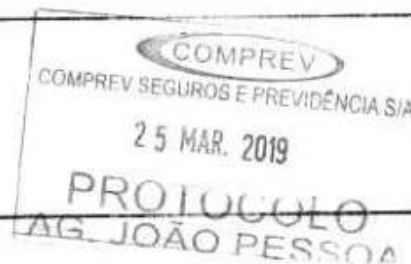
GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 24/12/2018 03:56:15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214121671200000043358783>

Número do documento: 21071214121671200000043358783

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H. 0.0 (MG/TSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C. 12/12H, 0.0 (MG/TSM)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

J (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

P (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

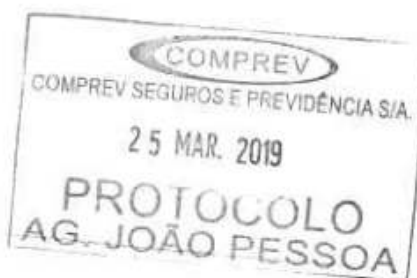
UREIA

Conduta

Internar Paciente

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LUNA ROME
(CRM 10075/PB)



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	Idade 27a 11m 26d
Data de nascimento 28/12/1990	Sexo Masculino	CNS 700304988721738	Forma de Contato 1006094968
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			
Endereço PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36	Bairro CENTRO	Município MARI	
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Endereço Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 24/12/2018 03:55:42		Data/Hora Prescrição 24/12/2018 09:39:53	

Anamnese

RTOPEDIA

PACIENTE ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA DE MANGUABEIRA COM HISTÓRIA DE DOR E INFLAMAÇÃO NO JOELHO D DEVIDO TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO, SEGUNDO DESCRIÇÃO DO ENCAMINHAMENTO O MESMO APRESENTA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E, VEIO A ESTE SERVIÇO SEM EXAMES DE IMAGEM.

EF: EDEMA NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS. EQUIMOSE EM REGIÃO MEDIA NA COXA ESQUERDA

CD: SOLICITO RAO X PERNA, TORNOZELO E COXA ESQUERDAS
ORIENTADO POR DR. ROBERTO SANTOS

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

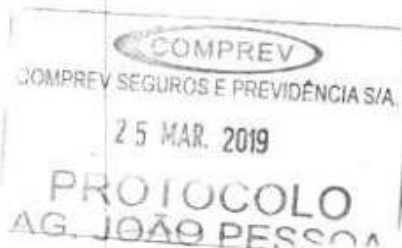
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TNZ ESQUERDO AP/P)

Conduta

Em observação


LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)



Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 24/12/2018 03:56:12



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	Folha 12
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HB TSHZ			
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HB TSHZ			
Identificação do Paciente			
3 - NOME DO PACIENTE Suelio Pereira da Silva			
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		5 - DATA DE NASCIMENTO 28/12/1975	
6 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Luiza da Silva			
7 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		9 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
10 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
11 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		12 - ANTERIOR	
13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		14 - MUDANÇA	
15 - DIAGNÓSTICO INICIAL		16 - CID-10 PRINCIPAL	
17 - CID-10 SECUNDÁRIO		18 - CID-10 SECUNDÁRIO	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)			
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		20 - PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
21 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI (PQ) <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI (TQ)			
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		23 - ESPECIAL	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		25 - ESPECIAL	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		27 - ESPECIAL	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
03 prof. Hsclerion 2.º C (Juss)			
02 prof. em T 2/6 F			
02 prof. especial no 75			
02 " " " " no 45			
02 " " " " no 40			
02 prof. " " " "			
02 " " " " " "			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
40 - DOCUMENTO		41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
42 - ASSINATURA E CARIMBO		43 - ASSINATURA E CARIMBO	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - ASSINATURA E CARIMBO		48 - ASSINATURA E CARIMBO	

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 25 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

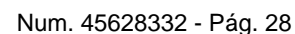
22252

PRONTUARIO

443043

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 MAR. 2019
PROTOCOLADO
AS 10h30

Abstract: The purpose of this study was to determine the effect of a 12-week training program on the physical fitness and health of sedentary middle-aged men. The subjects were 20 men, aged 40-50 years, who were sedentary and had no history of cardiovascular disease. They were randomly assigned to either a control group or a training group. The training group participated in a 12-week program of aerobic exercise, three times per week, for 45 minutes per session. The control group did not participate in any exercise program. Physical fitness was assessed at baseline and at 12 weeks using a variety of tests, including a maximal aerobic power test, a submaximal aerobic power test, and a resting heart rate test. Health was assessed at baseline and at 12 weeks using a variety of tests, including a blood pressure test, a cholesterol test, and a glucose test. The results of the study showed that the training group had significantly higher levels of physical fitness and health than the control group at 12 weeks. The training program had a positive effect on the physical fitness and health of sedentary middle-aged men.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: **LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS** BE/PRONTUÁRIO: **1131295**
IDADE: **27** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **3/1/2019**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: **LR**
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR JACQUES** 1º ASS: **DR SOAMY**
2º ASS: **DR MATHEUS MR2** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NAO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NAO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: **3/1/2019**

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
PASSAGEM DE GARROTE EM RAIZ DE COXA ESQUERDA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E ANTIBIÓTICOPROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO
HEMOSTASIA + DISSECÇÃO POR PLANOS
Achados:
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
Condução:
REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO ABERTA
APOSIÇÃO DE PLACA EM T 2X6 FUROS + PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICAIS SOE ESCORIA
REVISÃO DA HEMOSTASIA
LAVAGEM COM SF0,9% ABUNDANTE
SUTURAS POR PLANOS
RETIRADA DE GARROTE COM 2 HORAS DE PROCEDIMENTO CIRURGICO
CURATIVOS ESTÉREIS.
Fechamento:
Observação:
RAIO-X CONTROLE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA

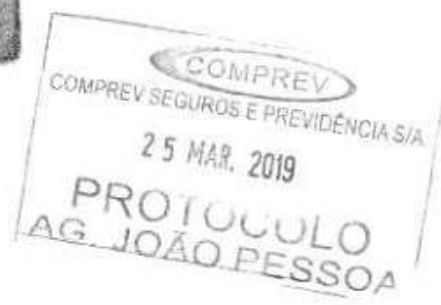
Médico/CRM:

3/1/2019



2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **083.507.884-10**

Nome: **LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS**

Data de Nascimento: **28/12/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/07/2006**

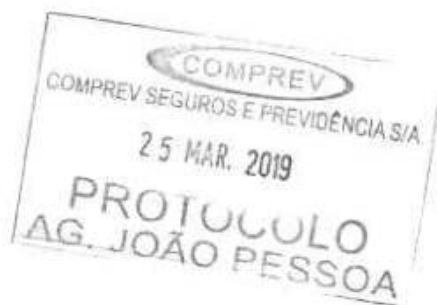
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:00:51** do dia **19/03/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0CB3.C563.1B02.AEE4**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 014200020919
VIA COC. RENAVAM 015329094-3 00/00000000 2018

ELINALDO VITAL DA SILVA

07904297485 PLACA NPR8637/PB

NOVO PB 9C2KD04109R011930

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ESD 2009 2009

2 P/149 /CI PARTIC CATEGORIA VERMELHA

1* 00/00/0000 1* 00/00/0000 1* 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200020919 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

00153290943 HONDA/NXR150 BROS ESD

2009 9 9C2KD04109R011930

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190227251 **Cidade:** Mari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 19/12/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO) P9 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

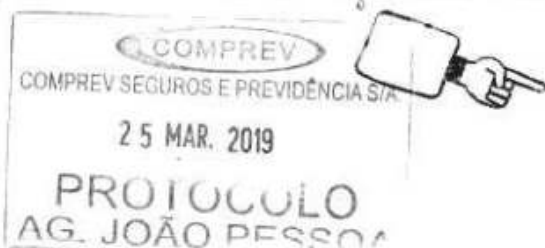
Outorgante: Leandro José da Silva Barros, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Manoel Pereira Cabral nº 36, bairro Vermelho, Município de Mari, Estado de(o) PB, Cep: 58345-000, portador(a) do Rg nº 3459202, SSP/ PB e CPF nº 033 507 889 - 10

Outorgado: Yana Cristina Gêlo da Silva, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ar. Capote dos Reis nº 602, bairro Jaqueira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58, portador (a) do RG nº 2011225, SSP/ PB e CPF nº 05169044425

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Leandro José da Silva Barros, ocorrido em 19/12/2015, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza juízo de

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 19 de março, de 2015.



Leandro José da Silva Barros
Outorgante
CPF Nº 033 507 889 - 10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Michelle Ferreira de Sousa
Substituta



PROCURAÇÃO

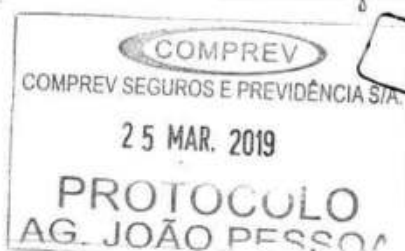
Outorgante: Leandro José da Silva Barros, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Laurival Pereira Cabral nº 32, bairro Vermelho, Município de Mari, Estado de(o) PB, Cep: 51345-000, portador(a) do Rg nº 3459202, SSP/PB e CPF nº 083 507 884-10

Outorgado: Maria Cristina Gulo de Silva, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ar Capitas Fox Pinos nº 602, bairro Jaqueiribe, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58, portador (a) do RG nº 2911925, SSP/ PB e CPF nº 0516904429

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Leandro José da Silva Barros, ocorrido em 19/12/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza inveciroz

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 19 de junho, de 2019



Leandro José da Silva Barros
Outorgante
CPF Nº 083 507 884-10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100670/19

Número do Sinistro: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

CPF: 083.507.884-10

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

Procuração

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100670/19

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

CPF: 083.507.884-10

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA : 051.690.444-29

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

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS : 083.507.884-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS

