



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 GRILLO 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
45628 328	12/07/2021 14:12	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
45628 330	12/07/2021 14:12	<a href="#"><u>2652747_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos
45628 332	12/07/2021 14:12	<a href="#"><u>2652747_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214121584000000043358780>  
Número do documento: 21071214121584000000043358780

Num. 45628328 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16<sup>a</sup> 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.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214121651400000043358782>  
Número do documento: 21071214121651400000043358782

Num. 45628330 - Pág. 1

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 Excelênci, 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**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214121651400000043358782>  
Número do documento: 21071214121651400000043358782

Num. 45628330 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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 n° 14108210



229 01139/01140 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121412167120000043358783>  
Número do documento: 2107121412167120000043358783

Nº 45628332 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

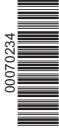
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00467/00468 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070234

Carta nº 14118565



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

Num. 45628332 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Rebedor: 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121412167120000043358783>  
Número do documento: 2107121412167120000043358783

Núm. 45628332 - Pág. 3



## 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 ASL:

CPF da vítima:

083 507 884 -10

Nome completo da vítima:

Leandro José 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 José da Silva Barros

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Lourenço Pereira Cabral

Bairro:

Barre Vermelho

Cidade:

Mari

Estado:

RS

CPF:

083 507 884 -10

Número:

36

Complemento:

CEP:

58345 000

Tel (DDD):

(33) 41711 2316

E-mail:

leomult.pes.advogados@gmail.com

### DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCÃO DE CONTA

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

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)     | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3780

0

CONTA: 1000 578

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

0

CONTA: \_\_\_\_\_

0

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/família 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 da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua conclusão.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 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 nascituro (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou parto/vívo(s):  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização no Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data:	João Pessoa/PB, 25/03/2019
Name:	
CPF:	083 507 884 -10

(\*) Assinatura da quem assina o RODO

*Leandro José da Silva Barros*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Leandro José da Silva Barros*  
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º   Nome:	COMPREV
CPF:	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura:	25 MAR. 2019
2º   Nome:	PROTÓCOLO
CPF:	AG. JOÃO PESSOA
Assinatura:	

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outras pessoas alfabetizadas, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMprovANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.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 ASL:

CPF da vítima:

083 507 884 -10

Nome completo da vítima:

Leandro José 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 José da Silva Barros

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Lourenço Pereira Cabral

Bairro:

Bandeirante

Cidade:

Mari

Estado:

RS

CPF:

083 507 884 10

Número:

36

Complemento:

CEP:

58345 000

Tel (DDD):

(33) 41711 2316

E-mail:

leomult.pes.advogados@gmail.com

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)     | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3780

0

CONTA: 1000 578

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

0

CONTA: \_\_\_\_\_

0

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/família 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 **assinei 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 da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua conclusão.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 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 nascituro (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou parto/vívo/vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização no Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data:	João Pessoa/PB, 25/03/2019
Name:	
CPF:	083 507 884 -10

(\*) Assinatura da quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º: Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

25 MAR. 2019

2º: Nome:

CPF:

PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outras pessoas alfabetizadas, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMprovANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121412167120000043358783

Número do documento: 2107121412167120000043358783

Num. 45628332 - Pág. 5

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



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

## 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 integra: 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 Pró 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, PLACA NRP-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOWIA 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 HÓSPITAL 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.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Notificante  
**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401



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

Num. 45628332 - Pág. 6

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



## 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 integra: 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 Pró 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, PLACA NRP-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOWIA 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 HÓSPITAL 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.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Notificante  
**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401





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

**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**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 TRODOWIA 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. JIAN JAIME ALCORA ARCE.

## **ADENDO(S):**

Que na data 29/04/2019, às 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 fé.

• COMPREV

01 APR 2019

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121412167120000043358783>  
Número do documento: 2107121412167120000043358783

Núm. 45628332 - Pág. 8

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



João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.

*José Saulo Araújo Negreiros*  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

*Leandro José da Silva Barros*  
LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS  
Noticiante



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401

2/2



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

Num. 45628332 - Pág. 9

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



## 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 ALCoba 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 Araújo 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 fé.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 MAIO 2019

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401

1/2



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



João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.

*José Saulo Araújo Negreiros*  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

*Leandro José da Silva Barros*  
LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS  
Noticiante



Procedimento Policial: 02826.01.2019.1.00.401

2/2



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

Num. 45628332 - Pág. 11



## 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 ASL:

CPF da vítima:

083 507 884 -10

Nome completo da vítima:

Leandro José 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 José da Silva Barros

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Lourenço Pereira Cabral

Bairro:

Bandeirante

Cidade:

Mari

Estado:

RS

CPF:

083 507 884 -10

Número:

36

Complemento:

CEP:

58345 000

Tel (DDD):

(33) 41711 2316

E-mail:

leomult.pes.advogados@gmail.com

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

DADOS CADASTRAIS

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 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 OPCIÃO 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: 3780

0

CONTA: 1000 578

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

0

CONTA: \_\_\_\_\_

0

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a crediar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/família 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 **assinei 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 da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me sujeitar à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde da sua constatação.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou puer/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização no Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: 25/03/2019  
Name: Leandro José da Silva Barros  
CPF: 083 507 884 -10

TESTEMUNHAS  
1º: Nome:  COMPREV  
CPF:  COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
Assinatura: 25 MAR. 2019  
2º: Nome:  PROTOCOLO  
CPF:  PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA  
Assinatura:

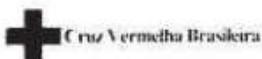
(\* ) Assinatura da quem assina o RODO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

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

FPS.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	Estado civil Solteiro	Religião Católico
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias		
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			Pai GERALDO JOSE BARROS
Escolaridade			Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS (Pai)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968		DDD Fixo 83
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202		Nº Cns 700304988721738
Local de procedência MARI			Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade BAYEUX		CB/R

### Endereço

CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORIVAL FREIRE CABRAL
Número 36	Complemento		Bairro CENTRO

### Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira <b>1000007158291</b>	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou	

### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

### Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos:

Recente vítima à Trauma, com queixa de entorpecimento para avaliação. Foi levado para o pronto-socorro.

Diagnóstico:

Atendido por  
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

REC  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A  
25 MAR. 2019

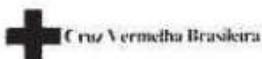
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ESTRUTURA  
COREN-PB 252.256-2

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	Estado civil Solteiro	Religião Católico
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias		
Mae MARIA LUCIA DA SILVA			Pai GERALDO JOSE BARROS
Escolaridade			Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS (Pai)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968		DDD Fixo 83
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202		Nº Cns 700304988721738
Local de procedência MARI			Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade BAYEUX		CB/R

### Endereço

CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORIVAL FREIRE CABRAL
Número 36	Complemento		Bairro CENTRO

### Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira <b>1000007158291</b>	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou	

### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

### Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos:

Recente vítima à Trauma, com queixa de entorpecimento para avaliação. Foi feita exame de sangue e urina.

Diagnóstico:

Atendido por  
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

REC  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A  
25 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ESTRUTURA  
COREN-PB 252.256-2

Imprimir

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

BRADESCO15052019050000000002370578000001000578168750 PAGO



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

Num. 45628332 - Pág. 15

		<b>CAGEPA</b>		REC. CONSUMO E ESGOTO MATERIAL	
		COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA			
		Rua Feliciano Cirne, 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
062.001.300.0234.000	000	Básico	Consumo	Itens	Promoç.
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
A05N059386	13/05/1996	EXT IACRIPLICADO	POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA					
645	645	1	32	08/04/2019	
NOTA DE CORREÇÃO: D. ÁGUA-ANEXO Z0-PORT. 05/2017 MS.					
PARÂMETROS - EXIG. ANALIS. CONFORMES					
TURBIDEZ	10	36	36		
CLORO	34	57	56		
CONDENSATOT	0	0	0		
COR	10	36	36		
CO2-CARBONATO	74	36	36		
DATA REFERENTES A: JAN/2019					
DATA DA IMPRESSÃO: 08/03/2019					
CONSUMO TOTAL (R\$)					
m <sup>3</sup> R\$ 37,91					
DISP. CONFIN. LET. 12.741/12					
R\$ 37,91					

PROTÓCOLO  
AGENDA PESO  
25 MAR 2019  
SUELIO MOREIRA TORRES  
25 MAR 2019

Scanned with CamScanner



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

Num. 45628332 - Pág. 16



TIM S.A.  
Rua Porfírio Costa, 1553-Sala D1  
Cruz das Almas - João Pessoa - PB  
CNPJ: 02.421.421/0016-06 - IE: 16.126.110-8  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0003-11

Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/02/2019

EMISSÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CLINTE: 165481214

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

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

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

Todos 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 Outros 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 todo a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-lo, visite [www.meutim.com.br](http://www.meutim.com.br). Central de Atendimento: 10341

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](http://www.meutim.com.br) para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A. ALIQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST FUTTEL R\$ 0,23  
ICMS 30% R\$ 15,00 R\$ 10,50 FUTTEL: R\$ 0,12  
PIS/COFINS - Serviços Telecom 3,65%  
PIS/COFINS - Serviços Físicos Telecom 9,25%

Em atendimento à Lei 12.741/2012.  
As contribuições no FUST (3%) e FUTTEL (0,1%) não são repassadas às tarifas.

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

Incluso(nos) Plano(s)  
Franchise(s) R\$ 15,00  
SVA R\$ 14,40  
Desconto(s) Franchise(s) R\$ 0,00  
Desconto(s) SVA R\$ 0,00

25 MAR. 2019

PRO TULUJO  
AG. JOÃO PESSOA



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao colecionar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://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

VIA BANCO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Arq de identificação do documento: 3660019251



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Eustácia Góis de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051690144-125, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro José da Silveira Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 083504884-10, do sinistro de DPVAT cobertura União/03 da Vítima Leandro José da Silveira Barros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 033607334-10, 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. Capitão José Pena</u>		Número	<u>602</u>	Complemento	<u>Sobr. 05</u>	
Bairro	<u>Jaguaribe</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58015-345</u>
Email	<u>consult.fur.advogado@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83 41412316</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83 986630588</u>		

João Pessoa de março de 2015  
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edinaldo 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 Lenival 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 Jeanneide Jardim da Silva Barros cujo o condutor era  
Jeanneide Jardim da Silva Barros.

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

  
Edinaldo Vital da Silva  
Assinatura do Declarante

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





08.778.268/0036-90

PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE

Comunicação e Transparência

CEP: 58300-000 - Guarabira - PB

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

Número do Prontuário.: 2330

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Data: 19/12/2018

CNPJ: 08.778.268/0036-90

Atendente: Silmara Xavier Trajano

DATA: 19/12/2018

HORA: 13:41:18

Número do Atendimento.: 1744653

SETOR =&gt; RECEPÇÃO / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTEPaciente: LEANDRO JOSE DA  
SILVA BARROS

CEP:58345000

Nascimento:28/12/1990

Endereço:PROF LOURIVAL  
CABRAL

Número:27

Bairro:CENTRO

cidade: Mari

Idade:027

Telefone: 996094968

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA  
SILVA

Sexo:M

Profissão:

CPF:

CNS:700304988721738

CONVÊNIO:SUS

Responsável:

Estado Civil:Solteiro(a)

Local Procedência: URGENCIA

Motivo atendimento: QUEDA

**CÓPIA***Geraldo José Barros*

PA: [ ] mmHg | PULSO: [ ] | TEMP: [ ] | EC: [ ] |

## DADOS CLÍNICOS:

*grau matutino no pulso esquerdo em  
níveis de moto ciclismo.*

① Dislipidemia 95 mg

*AS 19.53h. 00/03/2018  
Medicado*

② Rx



25 MAR. 2019

## DIAGNÓSTICO:

CID: PROTOCOLO

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

AG. JOÃO PESSOA

*Carimbo de Amada  
Assistência Geral  
CRM 2592*

*franque no pulso*

## ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:

*Geraldo José Barros*





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Leandro Jose da Silva

DATA DE NASCIMENTO 28/12/90

NOME DA MÃE Maria Lucia da Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 113043

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1131295

DATA DO ATENDIMENTO 24/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 03:55

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente d e moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo

CID 10 S82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, encaminhado do Ortotrauma, com história de dor e edema em joelho esquerdo, com diagnóstico de fratura de platô tibial. Avaliado ,pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Rx:fratura de platô tibial esquerdo

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 05/01/19

DATA DA EMISSÃO: 28/02/19

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

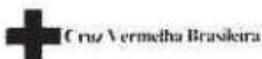
25 MAR. 2019

PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





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	Estado civil Solteiro	Religião Católico
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias		
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			Pai GERALDO JOSE BARROS
Escolaridade			Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS (Pai)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968		DDD Fixo 83
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202		Nº Cns 700304988721738
Local de procedência MARI			Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade BAYEUX		CB/R

### Endereço

CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORIVAL FREIRE CABRAL
Número 36	Complemento		Bairro CENTRO

### Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira <b>1000007158291</b>	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou	

### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

### Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos:

Recente vítima à Trauma, com queixa de entorpecimento para avaliação. Foi levado para o pronto-socorro.

Diagnóstico:

Atendido por  
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

REC  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A  
25 MAR. 2019

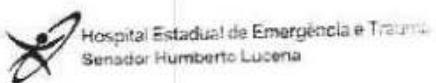
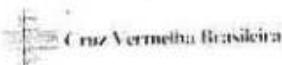
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ESTRUTURA  
COREN-PB 252.256-2

Imprimir

24/12/2018 03:55





GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PE 58071090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS</b>	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	Dada Baixa
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27a 11m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996094968
Mãe <b>MARIA LUCIA DA SILVA</b>			Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>MARI</b>	UF PB
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS</b>	Nº Cons. Regional 3618/PB
Data/Hora Classificação 24/12/2018 03:55:42		Data/Hora Prescrição 24/12/2018 05:07:09	

### namnese

#### ORTOPEDIA

ACIENTE ENCAMINHADO DO ORTOGRAFIA 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

HD: FRATURA DO PLATO TIBIAL E ?

CD: SOLICITO EXAMES DE IMAGEM

#### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

#### CID10

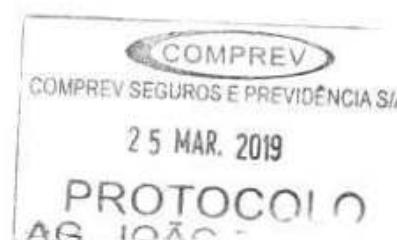
Código	Descrição
880.0	Contusão do joelho
82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

#### Conduta

Em observação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS  
(CRM: 3618-PB)



Boleto 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

Num. 45628332 - Pág. 23

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS</b>	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	Bairro
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27a 1m 26d	Sexo <b>Masculino</b>	CNS 700304988721738
Mãe <b>MARIA LUCIA DA SILVA</b>			Endereço Contato 0366094968
Enderéco <b>PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>MARI</b>	UF PB
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Uf Crins. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 24/12/2018 03:55:42		Data/Hora Prescrição 24/12/2018 11:03:35	

**Anamnese**
**TOPIEDIA**

JOACIMENTE 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 CINTA FSAJERDO

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 NECESSARIO SE NAUSEAS (DOSE MAXIMA DIÁRIA: 24,0)

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

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

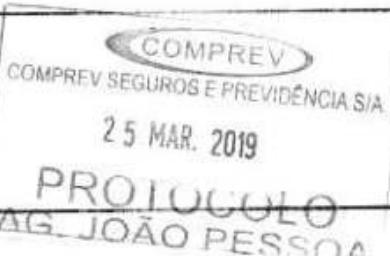
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT &lt;60)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO 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=2107121412167120000043358783>  
Número do documento: 2107121412167120000043358783

Num. 45628332 - Pág. 24

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

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 E.V. 12/12H, 0,0 (MGTSIM)

**CUIDADOS**

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

UFGMGRAMA COMPLETO

J (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

P (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

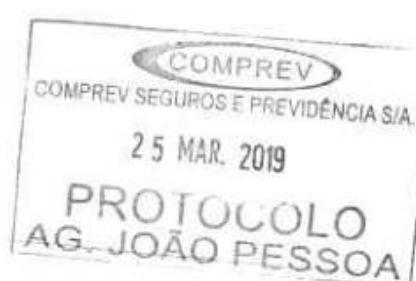
UREIA

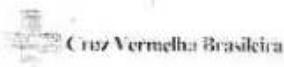
**Conduta**

Internar Paciente

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LIMA FOMA  
(CRM: 10075-PB)





### AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS</b>	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	L. Rua
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27a 11m 26d	Sexo Masculino	Número do Contato 06094968
Mãe <b>MARIA LUCIA DA SILVA</b>			
Endereço <b>PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>MARI</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LIMA ROMA</b>	Centro Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação 24/12/2018 03:55:42		Data/Hora Prescrição 24/12/2018 09:39:53	

### Anamnese

#### TOPEDIA

paciente encaminhado do ortotrauma de mangueira com história de dor e edema no joelho 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 media da coxa esquerda

CD: solicito raio x perna, tornozelo e coxa esquerda orientado por dr. Roberto Santos

#### EXAME DE IMAGEM

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

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

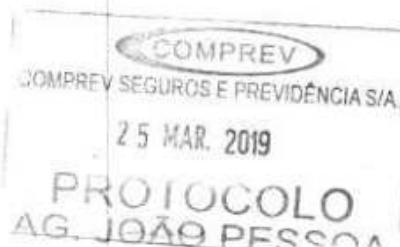
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TNZ ESQUERDO APP)

#### Conduta

Em observação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LIMA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

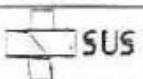


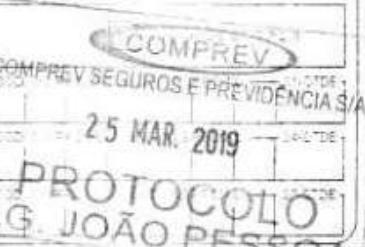
Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 24/12/2018 03:55:42



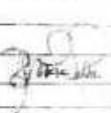
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071214121671200000043358783  
Número do documento: 21071214121671200000043358783

Num. 45628332 - Pág. 26

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>ANEXO II</b> <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE VIGÊNCIA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS</b>		<i>Folha 1/2</i>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>Hospital São José do Vale do Rio Preto</i>				
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Hospital São José do Vale do Rio Preto</i>				
<b>Identificação do Paciente</b> 3 - NOME DO PACIENTE <i>José da Silva Souza</i>				
4 - DATA DE NASCIMENTO <i>28/12/1999</i>				
5 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria da Silva Souza</i>				
6 - ENDERECO (RUA, N. BARRA) _____				
7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____				
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> <i>01</i>				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
21 - CÓDIGO PRINCIPAL		22 - CÓDIGO SECONDÁRIO		23 - CÓDIGO TERCÁRIO
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
25 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/E/DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI/TI		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI/TI
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
29 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<i>O 3º paciente 216 (janeiro)          O 2º paciente em T 216 F          O 2º paciente expulsos nº 40          O 1º 11 11 nº 40          O 2º 11 paciente nº 40</i>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
31 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
34 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
37 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
38 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				

  
*25 MAR. 2019*  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



FICHA DE ANESTESIA			
PACIENTE:	LEONIRIO JOSE DA SILVA BARROS		
	DATA: 03/01/19	PRONTUARIO	123043
	SEXO: M COR: P	ETÁ: 77 ANOS	
ESTADO GERAL (X BOM) FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16 PULSO: 96mmHg RESPIRAÇÃO: OK TEMPERATURA: 36,5°C			
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATORIO: OK	AP. CIRCULATORIO: OK		
AP. DIGESTIVO: OK	ESTADOCIMENTAL	LOTE	DATA: 03/01/19
PRE-ANESTÉSICO	GARANTIAS		
DOSE HORA: DORMONID 2mg IV NA SO	ASA I		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL (E)	TIBIAL (E)		
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE			
CIRURGIÃO: Dr. JACQUES	AUXILIARES: Dr. MATHEUS (MRS)		
INÍCIO DA ANESTESIA: 12:30h	TERMINO DA ANESTESIA: 13:30h	DURAÇÃO: 1 hora	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 50000	QUANT. DE CHAMADA: 3 VIBRAÇÕES		
DIRECCIONA L. M.T. VALE CPF: 690.882.174-91	CRM/SP: 4200		
ATENDIMENTO: 24:20 23:30 24:30			
22 21 20	***		
20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	100 90 80 70 60 50 40 30 20		
X	X		
X	X		
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RADICULAR <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> BLOC NERVO			
Ls-L4, AGULHA 16G, PUNÇÃO UNICA, LCR (X), INJECAO DO AL. E DO OPIOIDE			
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
1. DORMONID - 2mg IV	11		
2. NEOCÁINA 0,5% ISOCÁDICA (15mg) + DIMOREF (0,05mg) TENSIL			
3. CETAZOLINA - 2mg IV	13		
4. DEXAMETASONA - 10mg IV	14		
5. NAUSEDRON - 8mg IV	15		
6. CETOZOFENO - 200mg IV	16		
7. DIPIRONA - 2amp. IV	17		
8.	18		
9.	19		
10.	20		
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: UPPA		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
25 MAR. 2019			
PROTÓCOLO			
Assinatura do Receptor: 			



## 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	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NAO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NAO

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

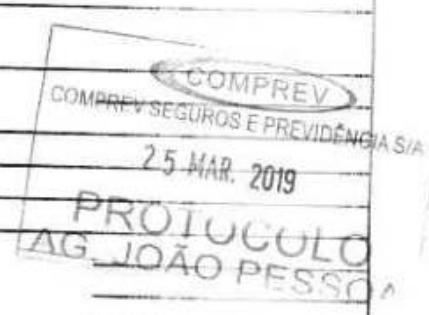
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA-INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 3/1/2019



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>PASSAGEM DE GARROTE EM RAIZ DE COXA ESQUERDA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E ANTIBIOTICOPROFILAXIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
Incisão:	
<b>VIA DE ACESSO MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO</b>	
<b>HEMOSTASIA + DISSECÇÃO POR PLANOS</b>	
Achados:	
<b>FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO</b>	
Conduta:	
<b>REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO ABERTA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE PLACA EM T 2X6 FUROS + PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICAIS SOB ESCORPIA</b>	
<b>REVISÃO DA HEMOSTASIA</b>	
<b>LAVAGEM COM SF0,9% ABUNDANTE</b>	
<b>SUTURAS POR PLANOS</b>	
<b>RETIRADA DE GARROTE COM 2 HORAS DE PROCEDIMENTO CIRURGICO</b>	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS.</b>	
Fechamento:	
Observação:	
<b>RAIO-X CONTROLE</b>	
 COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A. 25 MAR. 2019 PROTÓCULO MAG. JOÃO PESSOA	

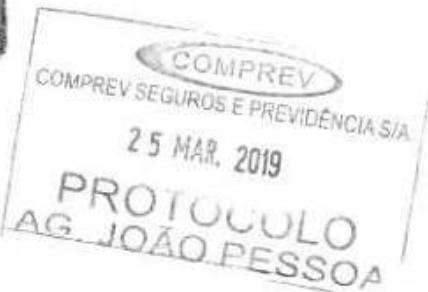
Médico/CRM:

3/1/2019



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE		<i>João do Nascimento</i>						
IDADE: 27 BE 113093		FRONTEARIO	ENFERMARIA	LEITO				
CIRURGIA		TROCAPIPO DE PERT. DA PLATELETAS						
CIRURGIAO		Dr. Jeferson P. da Motta ZAFAR						
ANESTESIA		Anestesia Geral						
ANESTESISTA		Regina						
INSTRUMENTADOR								
DATA 3/1/19		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO 09:43 FIN 10:43 CIRURGIA INICIO 09:43 FIN 10:43						
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)		ASA I (ASA 1) ASA II (ASA 2) ASA III (ASA 3)						
TIPO DE CONTAMINAÇÃO (LIMPIDA / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA)								
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	QTD.	QTD.	QTD.	
ALHANTANILA		<i>3550ml</i>	L	JELCO Nº18	1	100	100	
BUTIVACAÍNA ISOBÁRICA		1		JELCO Nº10		100	100	
BUTIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		100	100	
ETAMINA				JELCO Nº24		100	100	
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TOXINICA Nº		100	100	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº1		100	100	
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	<i>CC</i>	LÂMINA BISTURI Nº15		100	100	
ENTANILA		PVPI DESGERMANTE	<i>CC</i>	LÂMINA BISTURI Nº23	1	100	100	
FENAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	2	100	100	
TANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		100	100	
PEVACAINA C/VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		100	100	
EVOCUPIVACAINA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAK	<i>26</i>	100	100	
IDOCAINA C/VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº2		100	100	
IDOCAINA S/VASO		AGULHA 25X07	<i>L</i>	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<i>1</i>	100	100	
IDAZOLAN		AGULHA 25X08	<i>L</i>	LUVA ESTÉRIL Nº8	<i>1</i>	100	100	
KIRFINA		AGULHA 40X12	<i>L</i>	LUVA ESTÉRIL Nº15	<i>1</i>	100	100	
INDIUM		AGULHA PERIDURAL Nº18		MASCARA CIRÚRGICA		100	100	
INCERONIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		100	100	
LUTIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PURIFICADOR DE SORO		100	100	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº18		100	100	
UNITENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	<i>1</i>	SCALP Nº21		100	100	
VETERONIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	<i>1</i>	100	100	
VILLERANO		ALGODÃO ORTOPEDICO	<i>C</i>	SERINGA 3ML	<i>1</i>	100	100	
XAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	<i>8</i>	SERINGA 10ML		100	100	
TRIPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 10ML	<i>1</i>	100	100	
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLSA P. CÓLОСTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		100	100	
ADRENALINA			CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		100	100	
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		100	100	
SUTOPINA			CATETER EMBOLECO ARTERIAL %	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		100	100	
FENTRA			CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		100	100	
CET. URINA			CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		100	100	
CET. STASONA			CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		100	100	
SALI. SODICA			CERA PARA OSSO	RONDA NASOG. CURTA	<i>PARA 2</i>	100	100	
FE. DRINA			COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	<i>PARA 1</i>	100	100	
FE. ROSENDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<i>25</i>	SONDA URETRAL Nº	<i>PARA 2</i>	100	
MUCOSÉ 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<i>10</i>	TORNEIRINHA	<i>3</i>	100	
CONATO DE CALCIO			DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	<i>PARA 1</i>	100	100	
HEICOORTISONA			DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	<i>PARA 1</i>	100	100	
IDOCAINA GELEIA			ELETRODOS	<i>5</i>	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	<i>PARA 1</i>	100	
LACENTRONA			EQUIPO MACRODOTTAS	<i>L</i>	TUBO SILICONE (LATEX)	<i>PARA 1</i>	100	
LACIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE			<i>PARA 1</i>	100	
LIG. IGIMINE			EQUIPO MICRODOTTAS			<i>PARA 1</i>	100	
ETAMINA			ESPONJA DE PVP	<i>3</i>	FIOS	QTD.	100	
ZOXAN			ESPARADRAPO	<i>13</i>	FIO ALGODÃO S.A.N		100	
<i>citoferofero</i>			GAZES	<i>10</i>	FIO ALGODÃO S.A.N		100	
			GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C.A.N		100	
			GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C.A.N		100	
			JELCO Nº14				100	
			JELCO Nº16				100	
			<b>COMPREV</b>					
			COMPREV SEGUNDO E PREVIDÊNCIA SA					
			25 MAR. 2019					
			PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA					
			<i>Juliano Souza</i>					
			<i>Cirurgiânti</i>					



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

Num. 45628332 - Pág. 32



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**

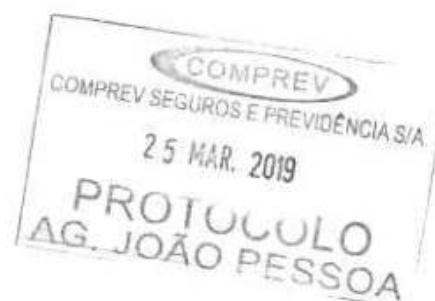
Dígito Verificador: **00**

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**



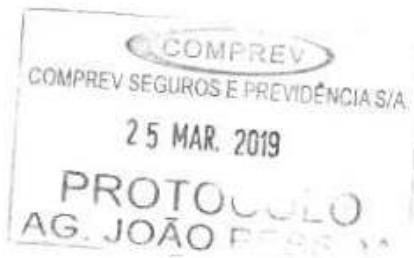
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



1/1





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

Num. 45628332 - Pág. 34



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 14:12:16  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107121412167120000043358783>  
Número do documento: 2107121412167120000043358783

Num. 45628332 - Pág. 35

## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Leandro José da Silva Barros, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Joaquim Pereira Cabral nº 36, bairro Vila União, Município de Mariana, Estado de(o) PB, Cep.: 57345-000, portador(a) do RG nº 3459202, SSP/ PB e CPF nº 083 507 889-10.

**Outorgado:** Manoel Antônio Góis da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Góis da Silva, nº 602, bairro Jardim das Flores, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 58030-000, portador (a) do RG nº 211425, SSP/ PB e CPF nº 051 690 044 25.

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 19/12/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

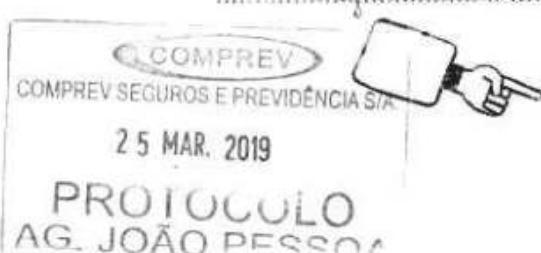
Processo de natureza invalidez

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 maio

de 2015.

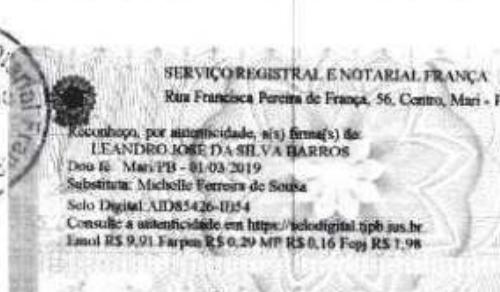


Leandro José da Silva Barros

Outorgante

CPF N° 083 507 889-10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Leandro José da Silva Barros....., brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Joaquim Pereira Góis nº 36, bairro Venezeus, Município de Maricá, Estado de(o) PB, Cep.: 23.345-000, portador(a) do RG nº 345.920.2, SSP/PB e CPF nº 083.507.884-10.

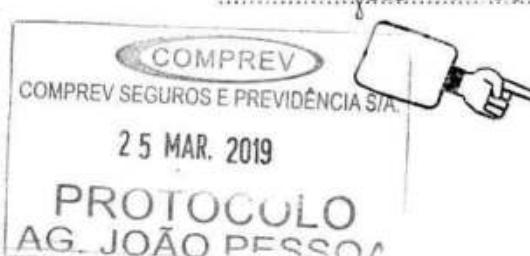
**Outorgado:** Maria Amélia Góis da Silva....., brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Dr. Capitão José Ferreira nº 602, bairro Jardim das Flores, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 58.000-000, portador (a) do RG nº 291.192.4, SSP/ PB e CPF nº 051.690.444-29.

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 invalidez

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 maio de 2019

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

Leandro José da Silva Barros  
Outorgante  
CPF N° 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

**MARIA CINTHIA GRILLO 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](http://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 GRILLO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 19/12/2018

**Titular do CPF:** LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### 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 GRILLO 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](http://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 GRILLO 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 GRILLO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



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

Num. 45628332 - Pág. 40