



LACERDA SANTANA  
ADVOCACIA

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE:**

Joanderson Henrique Leite Barbosa, brasileiro, solteiro,  
auxiliar de cozinha, inscrito no CPF 018.164.954-33 e RG 3.366.622,  
Rua Maria Batista da Silva, 283, Santo Amaro, Aracagi / PB

**OUTORGADA:** MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

**PODERES:** Os da Cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa, 26 de Abril de 2019.

\*Joanderson Henrique Leite Barbosa  
**OUTORGANTE**

(83) 3241.6957

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB  
Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • São Paulo - PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.366.622 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO: 09/04/2016

NOME: LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA

FILIAÇÃO: ESMERALDO LEITE DA SILVA  
ROSA FRANCISCO BARBOSA

NATURALIDADE: GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO: 23/08/1995

DOC ORIGEM: NASC.N.15807 FLS.200 LIV.16-A  
CARTORIO ARACAGI PB

CPF: 018.164.954-83

Ident. CIV: 9 Criminal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-021

Luandson Henrique Leite Barbosa

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 221 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.415-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
**MATRÍCULA**

69168970

REFERÊNCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ROSA FRANCISCO BARBOSA  
RUA MARIA BATISTA DA SILVA, 283 - SANTO AMARO  
ARACAGI PB 58270-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
056.001.095.0167.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V16N095288	14/07/2016	EXT LACE LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
342	350	8	30	26/05/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/201	MS.	
MAR/2019	9	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
FEV/2019	10	TURBIDEZ	0	0	0	
JAN/2019	10	COLOR	0	0	0	
DEZ/2018	31	COL. TERMOT	0	0	0	
NOV/2018	11	COR	0	0	0	
OUT/2018	11	COL. TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: FEV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 27/04/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:30:16

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	37,01
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 12/2018		3,20
DIÁRIOS DE HORA 12/2018		3,11

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/05/2019

Total a Pagar:

R\$ 44,22

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ABRIL VERDE: #CHEGADEACIDENTEDETRABALHO.



## 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:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 DE 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 de 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\*) 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.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE ARAÇAGI/PB  
Rua Felipe Rodrigues nº 10, centro Araçagi/PB, Fone (83) 3274.1331-8123.7705.



**CERTIDÃO**




**CERTIFICADO** que em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de Registro de Queixas de nº **001/2016** desta Delegacia de Polícia, nele encontrei as folhas **108** registro de nº **108/16**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: aos trinta (30) dias mês de março (03) de dois mil e dezesseis (2016), nesta cidade de Araçagi/PB, na Delegacia de Polícia, presente, o DEL.POL **JOSÉ ARIMATEA MORAES DA SILVA**, Delegado de Polícia Civil, comigo, **PETTERSON ALVES CADELHA DE ARAUJO**, escrivã(o) de Polícia Civil, do seu cargo, ao final assinado, aí, por volta das 11:50h, compareceu: o (a) Sr<sup>ª</sup> **LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA**, brasileiro, solteiro, 20 anos de idade, nascido em 23/08/1995, profissão auxiliar de cozinha, natural de Guarabira/PB RG **3366622-SSP/PB**, CPF **018.164.954-33**, ensino médio completo, filho de Esmeraldo Leite da Silva e de Rosa Francisca Barbosa, residente à Rua Maria Batista da Silva, 283, Santo Amaro, Araçagi/PB. **Fez o seguinte registro:** que no dia 11 de março de 2016, por volta das 09h, quando trafegava conduzindo a motocicleta **HONDA/NXR160 BROS ESD**, ANO/ **MODELO 2015/2015**, **COR BRANCA**, **PLACA NQI 9792/PB**, **CHASSI 9C2KD0800FR007506**, **RENAVAM 0103810764**, **REGISTRADA EM NOME DE ROZIMERY GERONIMO DOS SANTOS**, na Rua Santa Rita, São Bento, Bayeux/PB, derrapou em um óleo derramado na pista no momento de uma curva, vindo a perder o controle do veículo e capotando sendo arrastado, sob a motocicleta, por uma determinada distância tendo escoriações pelo corpo e uma lesão no tornozelo esquerdo. Após alguns minutos a equipe do SAMU chegou ao local e realizou atendimento pré-hospitalar e encaminhou o noticiante ao Hospital Materno Infantil de Bayeux/PB, onde teve atendimento médico, conforme consta em Declaração Médica em anexo. O Noticiante registra e solicita Certidão para poder requerer o seguro junto ao DPVAT. Ass. **(LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA)**. Dou fé.

**OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DENUNCIANTE.**

Contato Fone (83) 98213.8103 (Vivo)

**OBS.: O NOTIANTE POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO 127543409-7- DETRAN/PB.**

Araçagi/PB, 30 de março de 2016.

  
**Pettersson Alves Gadelha de Araújo**

MPC182200-4  
Que o Digitei









LAUDO TRAUMATOLÓGICO COMPLEMENTAR  
(SANIDADE FÍSICA)

Nº 03.02.07.102016.00844

DATA DO EXAME: 26/10/2016

ÓRGÃO REQUISITANTE: DELEGACIA GUARABIRA/PB; OFÍCIO Nº 275/2016; AUTORIDADE  
SOLICITANTE: DELEGADA CRISTIANE SILVA DE MEDEIROS.

NOME: LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA; IDADE: 21 ANOS; SOLTEIRO; FILHO DE  
ESMERALDO LEITE DA SILVA E DE ROSA FRANCISCA BARBOSA; SEXO: MASCULINO;  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA; NATURALIDADE: GUARABIRA/PB; PROFISSÃO: AUXILIAR DE  
COZINHA; ENDEREÇO: RUA MARIA BATISTA DA SILVA, 283, SANTO AMARO, ARAÇAGI/PB.

HISTÓRICO: O PERICIANDO RELATA QUE SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 11/03/16.  
DESCRIÇÃO: O PERICIANDO APRESENTA CICATRIZES HIPERCROMICAS, NORMOTRÓFICAS EM  
PORÇÃO MEDIAL DE COTOVELO DIREITO E PORÇÃO LATERAL DE JOELHO ESQUERDO. EDEMA  
RESIDUAL EM TORNOZELO ESQUERDO. REFERE PARESTESIAS EM TORNOZELO ESQUERDO  
DURANTE DEAMBULAÇÃO.

TROUXE RESSONÂNCIA DO TORNOZELO ESQUERDO COM O DIAGNÓSTICO DE FRATURA  
TARDIA DE MALÉOLO POSTERIOR TIBIAL, EMITIDO POR DR. PEDRO GUEDES PEREIRA EM  
08/04/16.

QUESITOS:

- 1º - O PACIENTE ACHA-SE CURADO DAS OFENSAS FÍSICAS RECEBIDAS? **SIM**
- 2º - NO CASO NEGATIVO, QUANTOS DIAS MAIS SERÃO NECESSÁRIOS PARA SUA COMPLETA  
CURA? **PREJUDICADO.**
- 3º - RESULTOU DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO? **SIM,**  
**DEBILIDADE LEVE (20%) DE TORNOZELO ESQUERDO.**
- 4º - RESULTOU PERDA OU INUTILIZAÇÃO DE MEMBRO, SENTIDO OU FUNÇÃO? **NÃO**
- 5º - ORIGINOU INCAPACIDADE PERMANENTE PARA O TRABALHO OU ENFERMIDADE INCURÁVEL?  
**NÃO**
- 6º - RESULTOU DEFORMIDADE PERMANENTE? **NÃO**

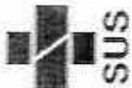
Dr. Fagner Barroso Martins Dantas  
Perito Oficial Médico-Legal  
Mat:168.250-0 CRM-PB 6236

LAUDO Nº 03.02.07.102016.00844

PÁG 1 DE 1

*Luandson Henrique Leite Barbosa*





Receituário

Demétrio H. Brito Barros

Srta. Marcela

D. Rosa - Trinda - 1CV

Aplicar o sup. IM de

leites

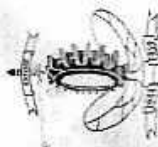
Manoel Abreu Filho  
Técnico de Farmácia  
CPF: 078.785.681

21/03/16

Dr. Tiago Martins Formiga  
Médico  
CRM: 10196

Assinatura e Carimbo do Médico

LEVANTANDO A CONDIÇÃO E TRAZER ESTA RECEITA



Receituário

Nome:

Francine Luiza de Honório L.  
Bebê oposta de 11 meses  
em tratamento com amamentação e  
nutrição. O bebê apresenta  
doenças de caráter infeccioso e  
doenças de caráter infeccioso na  
30 (trinta) dias.

21/03/16

CID: S93.4. N24.2

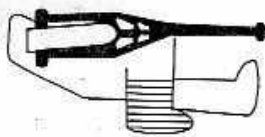
Dr. Tiago Martins Formiga  
Médico  
CRM: 10196  
Assinatura e Carimbo do Médico

LEVANTANDO A CONDIÇÃO E TRAZER ESTA RECEITA





PROSFRAG



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA  
PLANTÃO PERMANENTE - CONVÊNIO COM SUS E UNIMED  
FRATURAS - DOENÇAS ÓSSEAS - DEFORMIDADES - RAIOS X

Direção dos Médicos  
DR. ALUISIO PAREDES MOREIRA  
DR. TEMISTOCLES DE A. RIBEIRO

A FISIOTERAPIA

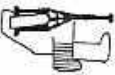
Leandro H L Bulhões  
com Treino  
do T. gular.  
(20) Sessões de fisioterapia

19/04/16

P

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Guarabira - PB  
Tel.: (83) 3271 - 1156 - Fax: (83) 3271 - 4032

PROSFRAG



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA  
PLANTÃO PERMANENTE - CONVÊNIO COM SUS E UNIMED  
FRATURAS - DOENÇAS ÓSSEAS - DEFORMIDADES - RAIOS X

Direção dos Médicos  
DR. ALUISIO PAREDES MOREIRA  
DR. TEMISTOCLES DE A. RIBEIRO

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que Leandro H L Bulhões  
H L. Bulhões  
necessita de 20 dias de licença,

pois o mesmo se encontra em tratamento nesta Clínica

com diagnóstico de: Troca  
fibrose

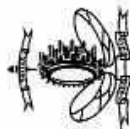
CID: S82.3

22 de 04 de 2016  
Guarabira,

Dr. Temistocles de Almeida Ribeiro  
CPF: 459.919.284-34 CRM: 1658  
Osteodentista e Traumatologista

Assinatura do Médico Leandro H L Bulhões  
Carimbo e C.R.M.





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX  
SECRETARIA DE SAÚDE

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que  
MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, foi submetido à  
tor do RG \_\_\_\_\_, ta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas, sendo  
ir das afecções CID-10 S93.4 / S86.0  
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas  
ides laborativas por um período de 10 ( 10 )  
partir desta data.

21/03/16

Assinatura e Carimbo do Médico

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, a registrar o  
ízo o Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o  
ístico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX  
SECRETARIA DE SAÚDE



## Receituário

Nome: Lucineide de Lacerda Santana

Uso Oral

1) Analgésico 1 caixa  
Tomar 2 comp. Uso Oral de  
12/12 dias. Na 2ª dia.

Dr. Tago Martins Formiga  
Médico  
CRM-PB 8085

Assinatura e Carimbo do Médico

21/03/16

RECETIVO





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇAGI  
SECRETARIA DA SAÚDE

## RECEITUÁRIO

NOME: LUANSON HENRIQUE L. GALBOSA

ENDEREÇO: R. M<sup>o</sup> B. da SILVA

## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE  
SUPRA CITADO EM 17 TENOSSINOVITE DO TORNADOLO ES-  
QUERDO DEVIDO A FURTURA DO MALLULO LATERAL. APRESENTA  
EDEMA + ↓ FORÇA MUSCULAR + ↓ ADM DO MEMBRO  
ALONGANDO

Araçagi - PB, 02/05/2020

Alexsandro Caroline Augusto Nogueira  
Ass. do Médico - (Carimbo)  
FISIOTERAPISTA  
69485-F





- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

EXAME

**Nome:** LUANDERSON HENRIQUE LEITE BARBOSA  
**Convênio:** CORTESIA  
**Médico Solicitante:** ARAO SANTOS DE ALENCAR

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO ESQUERDO**

### **TÉCNICA DE EXAME:**

Foram obtidas imagens do tornozelo através de sequência ponderada em T1 nos planos axial, coronal e sagital, sequência STIR nos planos axial e sagital e sequência ponderada em T1 e T2 \* nos planos axial e coronal, respectivamente.

### **ANÁLISE :**

Pequena fratura vertical do maléolo posterior tibial, representado por uma imagem linear atingindo ambas as superfícies corticais, sem fragmentação ou desvio, estando associado ainda a um discreto edema medular remanescente nas margens justapostas da fratura, associado a uma leve reação periosteal em torno da mesma. Fratura subaguda tardia/crônica.

Pequeno derrame articular tíbio-talar, com padrão de sinovite.

Ausência de outras alterações ósseas significativas.

Os compartimentos retrocalcâneo e infero-calcâneo estão de aspecto normal.

Os grupos musculares e tendões visualizados estão de morfologia, trajeto e sinal normais.

Ligamentos laterais dos complexos lateral e medial íntegros.

Fáscia plantar, seio e túnel do tarso íntegros.

Dr. Henrique Queiroga Cartaxo • CRM 4146-PB





# MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

Em tempo: Discreto edema subcondral pós-traumático no aspecto póstero-medial do Domus talar e na face interna do maléolo medial indicando impacto tibio-talar posteromedial.

Questiona-se uma leve irregularidade na inserção fibular da sindeesmose tibio-fibular anterior.

*Estudo realizado com 06 filmes, WL.*

João Pessoa, 08 de Abril de 2016



DR. Pedro Guedes Pereira  
CRM - 5033 PB

Dr. Guedes Pereira - CRM 4146-PB





Receituário

Dob. Desvivel

Assinatura e Carimbo do Médico

VOLTANDO À CONSULTA TRAZER ESTA RECEITA



Receituário

Nome: ty Arryson Henrique

uso URA

M. Fluorocil 400 108

12/12/24 por 50

ty Arryson 108

gled


01/03/16

Assinatura e Carimbo do Médico

VOLTANDO À CONSULTA TRAZER ESTA RECEITA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361915/19

**Vítima:** LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA

**CPF:** 018.164.954-33

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/03/2016

**Titular do CPF:** LUANDSON HENRIQUE  
LEITE BARBOSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

#### THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

#### LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA : 018.164.954-33

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019  
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO  
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190611838

Vítima: LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA

Data do Acidente: 11/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUANDSON HENRIQUE LEITE BARBOSA

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 15041345

Pág. 0189101892 - carta\_01 - INVALIDEZ

00010946





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0811349-86.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**Defiro** o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

JOÃO PESSOA, 20 de fevereiro de 2020.

Juiz(a) de Direito

