

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, 12 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200172129**

**Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

**Data do Acidente: 23/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

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



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, 12 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200172129**

**Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

**Data do Acidente: 23/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



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 Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200172129

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000004986

Conta: 0000004503-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LENANILDO MEDINA DE SOUZA

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

5 - Nome completo:	LENANILDO MEDINA DE SOUZA		6 - CPF:	054 281 224-10		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	MARINHEIRO ZUA SENADOR RUY CARNEIRO	4	C 504
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	Permanente do Poco	PB	58105-081
15 - E-mail:					16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432	
17 - Nome completo do Representante Legal:						
18 - CPF do Representante Legal:			19 - Profissão do Representante Legal:			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

## 22 - 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 de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vámoser)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 VERSÃO 2/2014

TESTEMUNHAS



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
3200172129

3 - CPF da vítima:  
094.291.224-10

4 - Nome completo da vítima:  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

5 - Nome completo: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	6 - CPF: 094.291.224-10		
7 - Profissão: MARÍTIMO	8 - Endereço: Rua Senador Ruy Carneiro	9 - Número: S/N	10 - Complemento: CS 04
11 - Bairro: Recanto do Poço	12 - Cidade: Cabedelo	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58105-081
15 - E-mail: leandrobanan@hotmail.com			16 - Tel (DDO): 83 9 8757-5432

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Banco ITAU

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

AGÊNCIA: 4986

CONTA: 04503

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

## 22 - 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 de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

João Pessoa/PB, 19 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 019664.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 019664.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:40 min do dia 06/05/2020, na Delegacia Online, **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Marítimo, natural de Frutuoso Gomes, nascido(a) em 18/12/1990, idade 29, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA e VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA, CPF 094.291.224-10, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Senador Rui Carneiro, nº 4, complemento CS 04, bairro Recanto do Poço, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58105081, telefone(s) 98757-5432, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/10/2019 18:03h; Tipificação: Boletim Emergencial; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia, hora e lugar mencionados, estava de motocicleta, quando parou no semáforo quase em frente ao Habibs da rua mencionada, o sinal ficou verde, outro motoqueiro, do seu lado esquerdo, fez uma manobra súbita para a direita, entrando na sua frente, sem dar seta, sem quaisquer aviso, o notificante ainda tentou freiar, mas não teve tempo, desviando e se chocando com as placas na calçada. Após a colisão, não lembra de mais nada. Foi socorrido pelo Bombeiros e encaminhado para o Hospital de trauma de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo diagnosticado com Fratura de ulna D e fêmur D, CID 10 S52.2 e S72.3, sendo feito tratamento cirúrgico de fratura exposta ulna direita + tração transesquelética tibial na perna Direita.

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

LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

5DB176D89221C587374AEFDBC75201FE

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 023538.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 023538.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:46 min do dia 19/05/2020, na Delegacia Online, LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Marítimo, natural de Frutuoso Gomes, nascido(a) em 18/12/1990, idade 29, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA e VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA, CPF 094.291.224-10, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Senador Rui Carneiro, nº 4, complemento CS 04, bairro Recanto do Poço, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58105081, telefone(s) 83987575432, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/10/2019 18:03h; Tipificação: Boletim Emergencial; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 23/10/2019, de 18:03, na Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa-PB, a vítima Leandro Medeiros de Souza, CPF 09429122410, estava dirigindo motocicleta Honda/XRE 300 ABS, Ano 2019/2019, Cord Verde, Placa QSG6039, de propriedade de NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, CPF 06586718473, quando parou no semáforo quase em frente ao Habbis, o sinal ficou verde, outro motoqueiro, do seu lado esquerdo, fez uma manobra súbita para a direita, entrando na sua frente, sem dar seta, sem quaisquer aviso, o notificante ainda tentou freiar, mas não teve tempo, desviando e se chocando com as placas na calçada. Após a colisão, não lembra de mais nada. Foi socorrido pelo serviço de emergência e encaminhado para o Hospital de trauma de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo diagnosticado com Fratura de ulna D e fêmur D, CID 10 S52.2 e S72.3, sendo feito tratamento cirúrgico de fratura exposta ulna direita + tração transesquelética tibial na perna Direita.



**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

E834E248CC6E0B90C52A0AB463702583

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LENANILDO MEDINA DE SOUZA

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

5 - Nome completo:	LENANILDO MEDINA DE SOUZA		6 - CPF:	054 281 224-10		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	MARINHEIRO ZONA SENADOR RUY CARNEIRO	4	C504
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	PEREIRAS DO POCO	PB	58105-081
15 - E-mail:					16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432	
LEWANILDOBANAN@HOTMAIL.COM						

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------

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

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

## 22 - 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 de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vámoser)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário, não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02/02/2020

2020/500 PESSOA/PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 VERSÃO 2014

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Leandro Medeiros de Souza
DATA DE NASCIMENTO	18/12/90
NOME DA MÃE	Francisca Medeiros da Silva Souza

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	118850
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1198908
DATA DO ATENDIMENTO	23/10/19
HORA DO ATENDIMENTO	18:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de ulna D e fêmur D.
CID 10	S52.2 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, trazido pelos bombeiros, com dor e limitação de movimento da coxa e antebraço direitos, glasgow 12, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical, tórax, abdome

RX bacia, coxa D, antebraço D.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades

RX: fratura de fêmur D e ulna D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta da ulna direita + tração transesquelética tibial na perna D.

ALTA HOSPITALAR:	Transferência para hospital da Unimed a pedido do paciente (24/10/19)
DATA DA EMISSÃO:	10/02/2020

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1198908



### Identificação do paciente

ID 262571	Nome LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA			Sexo Masculino
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28 anos 10 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA				Pai VANDUZ FIRMINO DE SOUZA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)
DDD Celular 83	Celular 987290406	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3632598	Nº Crns		
Local de procedência BANCARIOS				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		

### Endereço

CEP 58310000	Município da residência CABEDELO	UF PB	Logradouro SENADOR RUY CARNEIRO
Número 155	Complemento		Bairro RECANTO DO POCO

### Admissão

Data e Hora 23/10/2019 18:03:52	Número da pulseira 1000007623829	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO	

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou CONDUTOR DO RESGATE BOMBEIROS		

### Sinais Vitais

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

### Exames complementares

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

Dados clínicos	
Diagnóstico	CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Tempo 01min 12seg

[Imprimir](#)

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04986

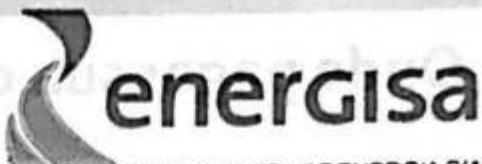
CONTA: 00000004503-9

---

Autenticação:

3F3934ED4EADF24E95DF0E17D93E7275B6C0E9860615CB6FEF6F0EFDA709369D

VANDUZ FIRMINO DE SOUZA  
TRAV SEN RUY CARNEIRO, S/N / CS D1 - RECANTO DO POCO  
CABEDELO / PB CEP: 58105-081 (AP)



Ligação: MONOFÁSICO  
Clf/Sbs: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 11 - 13 - 293 - 1738 Referencia: Set / 2019  
Medidor: D5041942014 Emissao: 18/09/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-630  
CNPJ 09.095.183/0001-44 Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 031.347.083  
Cód. para Débito Automático: 00019347277

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

**Conta referente a**

Set / 2019

**Apresentação**

18/09/2019

**Data prevista da  
próxima leitura**

18/10/2019

**CPF/ CNPJ/ RANI**

328.803.594-49  
Insc. Est:

**UC (Unidade Consumidora):**

**5/1934727-7**

**Canal de contato**

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

<b>Anterior</b>	<b>Atual</b>	<b>Constante</b>	<b>Consumo</b>	<b>Dias</b>
Data	Leitura	Data	Leitura	
15/08/19	0	16/09/19	197	1

**Demonstrativo**

Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc.	Aliq. ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Cofins(R\$)
		Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	PIS/Cofins(R\$) (0,9912%) (4,5657%)

0601	Consumo em kWh	197.000	0,822460	162,02	162,02	27	43,74	162,02	1,61	7,40
0601	Acic B. Vermelha			11,68	11,68	27	3,15	11,68	0,11	0,53

**LANÇAMENTOS E SERVIÇOS**

0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA		17,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
------	---------------------------	--	-------	------	---	------	------	------	------	------



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	18/12/1990	1198908	23/10/2019 18:03:52	
Mãe	FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 987290406
Endereço	SENADOR RUY CARNEIRO, 155	Bairro	Município	Prontuário
Acidente	MOTO X OBJETO	RECANTO DO POCO	CABEDELO	UF PB
Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação	23/10/2019 18:03:52		Data/Hora Prescrição	

## ANAMNESE

QUEDA MOTOCICLETA, TRAZIDO POR BOMBEIROS EM PROTOCOLO IMOBILIZAÇÃO DESORIENTADO. A: VAP COM COLAR CERVICAL - MANTENHO B: MV+ AHT S/RA SEM SINAIS DE TRAUMA TORACICO C: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO D: O4V4M4, PIFR E: PROVAVEL FRATURA DE FEMUR CD: TOMOGRAFIA + PARECER NEUROCIRURGIA + PARECER ORTOPEDIA (ACOMPANHAMENTO UTI MOVEL)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

1-H2 22 5mg d  
Boleto Motte Braga  
Enfermeiro / Cr. Geral  
CRM PB 7253 / CRM PE 18460

## Conduta

Em observação

Eduardo Motte Braga  
Urologia / Cr. Geral  
CRM PB 7253 / CRM PE 18460

EDUARDO MOTTA BRAGA  
(: 7253/PB)

Boletim registrado por PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04



## TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO:	DATA DA	
CONTATO PRÉVIO:	DATA:	HORA:
DADOS DO PACIENTE:		
NOME: <b>Leandro Medeiros de Souza</b>	PRONTUÁRIO/N.E.	
ENDEREÇO:	TELEFONE:	
RESPONSÁVEL	TELEFONE:	

### HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA:	FR:	FC:	TEMPERATURA:
<b>Acidente de trânsito, auto mob. ligeiro e/autista auto. + femur (D) + cervel no lado.</b>			

### MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

<b>Audax</b>

### EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

<b>TC Cauda + coluna + torax</b>
<b>xx</b>

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

**fot. autista (D) + femur (D)**

### ANEXOS DE ENFERMAGEM

*Dr. Heinenberg Almeida Pessoa,  
Geric... nico - HEETSHL  
CRM/PE 6229*

Assinatura / Carimbo do médico

**26 de 10 de 2019**

Enfermagem/Serviço  
Conclusão da trans-

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - PRONTUÁRIO



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	1198908	23/10/2019 18:03:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
18/12/1990	28a 10m 5d	Masculino	
Mãe			
FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SENADOR RUY CARNEIRO, 155	RECANTO DO POCO	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA	4288/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
23/10/2019 18:03:52		23/10/2019 19:28:34	

## ANAMNESE

QUEDA MOTOCICLETA, TRAZIDO POR BOMBEIROS EM PROTOCOLO IMOBILIZAÇÃO DESORIENTADO, FOI SEDADO PARA FAZER TOMOGRAFIA, PORQUE ESTAVA AGITADO E COM MUITA DOR NA Perna AO EXAME ACORDADO, AGITADO, REFERINDO DOR NA Perna, SEM DÉRIT EVIDENTE E COM PUPILAS ISOCÓRICAS CONCLUSÃO > TCE ( SEDADO) PUPILAS ISOCÓRICAS CONDUTA: TC DE CRANIO - SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIA NEUROCIRÚRGICA E TC DE COLUNA SEM FRATURA, PODENDO RETIRAR O COLAR S/N !! MANTEM OBSERVAÇÃO DA NEURO, PODEM LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA DA ORTOPEDIA .

## CID10

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Maurus M. de A. Holanda  
Neurocirurgia  
CRM-PB 4288  
Maurus Marques de Almeida Holanda  
(4288/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	BAE 1198908	Data/Hora Entrada: 23/10/2019 18:03:52	Data Baixa
Data de nascimento <b>18/12/1990</b>	Idade <b>28a 10m 5d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato (83) 987290406
Mãe <b>FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>SENADOR RUY CARNEIRO, 155</b>	Bairro <b>RECANTO DO POCO</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/10/2019 18:03:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>23/10/2019 20:23:59</b>	

## ANAMNESE

# ORTOPEDIA PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DOR NA COXA DIREITA E ANTEBRAÇO DIREITO, RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO COM FRATURA EXPOSTA DA ULNA, RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA COM FRATURA DE DIÁFISE DE FÉMUR CD: BLOCO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA E TRAÇÃO ESQUELÉTICA TIBIAL INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ARÃO

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

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

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

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 NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

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

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

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

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

**EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOCRITICO COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

**Conduta**

Internar Paciente

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10075

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CARMESIA CAMPOS BORBA CHAVES  
Em: 25/11/2019 09:58:27

Nome <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>		Boletim de Atendimento <b>1198908</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data/Hora Saída <b>26/10/2019 07:53:57</b>
Data de nascimento <b>18/12/1990</b>	Idade <b>28</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>701207045645814</b>	Prontuário <b>118850</b>
Tempo de Internação <b>2d 9h 24min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data Internação <b>23/10/2019 22:29:09</b>	Permanência na Unidade: <b>2d 13h 50min</b>		Permanência no Leito: <b>1d 6h 19min</b>

### Evolução Médica (THALES WENDEL DE SOUSA MAIA - 24/10/2019 07:50:26)

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#### **ORTOPEDIA**

- FRATURA DIAFISE DE FEMUR
- FRATURA DIAFISE DE ULN

PACIENTE SOLICITA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DA UNIMED , ENTRAR EM CONTATO PELA ASSISTENCIA SOCIAL

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

Número Conselho: 6590

### ALTA HOSPITALAR

USUÁRIO: **MARCOS ANTONIO CORREIA NOBREGA**

DATA E HORA: **26/10/2019 07:53:57**

MOTIVO DE ALTA: **ALTA MEDICA**

OBSERVAÇÕES::



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA  
Em: 24/10/2019 08:03:53

Nome: <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>		Boletim de Atendimento 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 701207045645814	Prontuário 118850
Tempo de Internação 9h 34min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data Internação 23/10/2019 22:29:09	Permanência na Unidade: 14h		Permanência no Leito: 6h 2min

### Evolução médica (THALES WENDEL DE SOUSA MAIA - 24/10/2019 07:50:26)

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#### **ORTOPEDIA**

- FRATURA DIAFISE DE FEMUR
- FRATURA DIAFISE DE ULN

PACIENTE SOLICITA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DA UNIMED , ENTRAR EM CONTATO PELA ASSISTENCIA SOCIAL

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

*Dr Thales Wendell S. Maia*  
Ortopedia - Médico Perito  
CRM 6590 TEDT 10843

*Dr Ivan Tney*  
Número Conselho: 6590



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES				
ARCTIS H2							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES				
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO RG/MONTAGEM				
Flamenco Andrade de Souza			1198908				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			/ / /		Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 3		
11 - ENDEREÇO (RUA, N° SALA/LO)			12 - CID 10 PRINCIPAL		13 - CID 10 SECUNDARIO		
14 - CEP			15 - MUNICÍPIO		16 - UF		
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			18 - CID 10 MUNICÍPIO		19 - UF		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>							
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			21 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR				
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			23 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA				
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL			25 - CID 10 PRINCIPAL		26 - CID 10 SECUNDARIO		
27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>							
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			29 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
30 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE							
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
37 - OTD			38 - OTD				
33 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
01 - agulha sp/ Blog Plexus - A 50 (Urgem)							
02 - Fio de Steinman nº 4,5 (Anterose)							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
41 - DOCUMENTO			42 - N° DOCUMENTO (CHAMPAH) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO		
1 CNS 2 CPF					Dr. Bruno Roma Ortopedia e Traumatologia CRM-PI-00075		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
46 - DOCUMENTO			47 - N° DOCUMENTO (CHAMPAH) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
1 CNS 2 CPF							

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Assinatura

Nome: Pedro Medeiros de Souza SE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica/Sector: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fractura exposta ulna direita  
 Cirurgião: Dr. César 1º Assistente: Dr. Bruno Roma RZ  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta ulna direita</u>	
<u>Fratura bífida fibula direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fractura exposta ulna direita</u>	
<u>Fractura bífida fibula direita</u>	
<u>Trevo esquelético Tíbia e perna direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

  
Dr. Bruno Roma  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PB 10075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM:

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Paciente em DPH sob anestesia  
Coagulase + oxitimpax  
Apiricônia de corpo estranho

**Incisão:**

**Achados:**

- 1- Fratura exposta sobre dorso
- 2- Fratura diafise fibular avulsa

**Conduta:**

- 1- Desbridamento dos tecidos devitalizados  
Limpagem abundante com SF 0,9%.
- 2- Fecho frágil esquematizado com  
perma engrossada, depois, varredura com fio K no 4,5  
e 7 Kg.

**Fechamento:**

Sutura ferimento

**Observação:**

Padro e controle

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 18075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM:

*Pregueiro medeiros ude Souza  
se 11/09/98 ENFERMAGA LEITO  
110 ude natura exposita ude antebraço D+ fracaq mma esquelética  
110 mag + dr. amarelo (R) + branco (R) MSD.  
ESTERIL PLEXO + pedaço  
ESTERILIZADORA*

*23h00g 11/09/98 - ANESTESIA INHALATIVA: TA: 30:30 TC: 30:40 TE: 21:10 TA: 21:15*

*ANEXO DE RISCO DE CIRURGIA - AGRUPAMENTO SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS*

*RAIZ TENSÃO ARTERIAL E BAIXA PRESSÃO*

*CRÍTICA DE CONTAMINAÇÃO ULTRASOM 2,5 MHZ + INFECTADA / FONTE DE VIDA DE CONTAMINAÇÃO*

*MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS OTB*

*SULFENTETALA*

*5% 500ml R*

*MATERIAIS CONT.*

*OTB*

*FIO*

*OTB*

*EUFIVACANA ISOBÁTICA*

*ELCO N°16*

*FIO CATETER CRISTALOG*

*EUFIVACANA PSEUD*

*ELCO N°20*

*FIO CATETER CRISTALOG*

*CETAMINA*

*ELCO N°22*

*FIO DE AÇO*

*CLOROPROL*

*ELCO N°24*

*FIO DE AÇO*

*CLORIDATO*

*ELCO N°26*

*FIO DE NYLON*

*CLOROBALTEL*

*ELCO N°28*

*FIO DE NYLON*

*CLORTANINA*

*ELCO N°30*

*FIO DE NYLON*

*CLORVACANTE*

*ELCO N°32*

*FIO DE NYLON*

*CLORVITANO*

*ELCO N°34*

*FIO POLIGLACTINA*

*CLORVITANO C 1400*

*ELCO N°36*

*FIO POLIGLACTINA*

*CLORVITANO C 1400*

*ELCO N°38*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°40*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°42*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°44*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°46*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°48*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°50*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°52*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°54*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°56*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°58*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°60*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°62*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°64*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°66*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°68*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°70*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°72*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°74*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°76*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°78*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°80*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°82*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°84*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°86*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°88*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°90*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°92*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°94*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°96*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°98*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°100*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°102*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°104*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°106*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°108*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°110*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°112*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°114*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°116*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°118*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°120*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°122*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°124*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°126*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°128*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°130*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°132*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°134*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°136*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°138*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°140*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°142*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°144*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°146*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°148*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°150*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°152*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°154*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°156*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°158*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°160*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°162*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°164*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°166*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO N°168*

*FIO POLIPROPILENO*

*CLORVITANO C 1450*

*ELCO*

## FICHA DE ANESTESIA

DATA 23.10.19

FRONTUÁRIO

## LEADERS MEASURES OF SOURCE

SEND CONF

340 V. H. JONES

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO FIMITEIRA 1950 CIRROSIS VENOSA

1974-1984 1985-1995

DIAGNOSTIC INFORMATION: *Signs* / *Test* / *Findings* / *Diagnosis* / *Treatment*

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc.

$\Delta_2 = \text{line} \rightarrow \text{triangle}$

BRUGGENO *BLAN* 2 LAUNI LAMES

TERMINO DA SITUAÇÃO 21/11/15

CHICAGO OHIO PROJECT ELEMENTS 100% RECYCLED

ANALISIS DE LA SENSIBILIDAD AL CANTO DE LOS VALORES RS

CRM-PI Coopanest PB

Dra. Iana Medeiros

Medica Anestesiologista  
CRM-PR 10245

CHATTANOOGA, TENNESSEE

1000 800 600 400 200 0

1942-1943  
1943-1944  
1944-1945  
1945-1946  
1946-1947  
1947-1948  
1948-1949  
1949-1950  
1950-1951  
1951-1952  
1952-1953  
1953-1954  
1954-1955  
1955-1956  
1956-1957  
1957-1958  
1958-1959  
1959-1960  
1960-1961  
1961-1962  
1962-1963  
1963-1964  
1964-1965  
1965-1966  
1966-1967  
1967-1968  
1968-1969  
1969-1970  
1970-1971  
1971-1972  
1972-1973  
1973-1974  
1974-1975  
1975-1976  
1976-1977  
1977-1978  
1978-1979  
1979-1980  
1980-1981  
1981-1982  
1982-1983  
1983-1984  
1984-1985  
1985-1986  
1986-1987  
1987-1988  
1988-1989  
1989-1990  
1990-1991  
1991-1992  
1992-1993  
1993-1994  
1994-1995  
1995-1996  
1996-1997  
1997-1998  
1998-1999  
1999-2000  
2000-2001  
2001-2002  
2002-2003  
2003-2004  
2004-2005  
2005-2006  
2006-2007  
2007-2008  
2008-2009  
2009-2010  
2010-2011  
2011-2012  
2012-2013  
2013-2014  
2014-2015  
2015-2016  
2016-2017  
2017-2018  
2018-2019  
2019-2020  
2020-2021  
2021-2022  
2022-2023  
2023-2024  
2024-2025  
2025-2026  
2026-2027  
2027-2028  
2028-2029  
2029-2030  
2030-2031  
2031-2032  
2032-2033  
2033-2034  
2034-2035  
2035-2036  
2036-2037  
2037-2038  
2038-2039  
2039-2040  
2040-2041  
2041-2042  
2042-2043  
2043-2044  
2044-2045  
2045-2046  
2046-2047  
2047-2048  
2048-2049  
2049-2050  
2050-2051  
2051-2052  
2052-2053  
2053-2054  
2054-2055  
2055-2056  
2056-2057  
2057-2058  
2058-2059  
2059-2060  
2060-2061  
2061-2062  
2062-2063  
2063-2064  
2064-2065  
2065-2066  
2066-2067  
2067-2068  
2068-2069  
2069-2070  
2070-2071  
2071-2072  
2072-2073  
2073-2074  
2074-2075  
2075-2076  
2076-2077  
2077-2078  
2078-2079  
2079-2080  
2080-2081  
2081-2082  
2082-2083  
2083-2084  
2084-2085  
2085-2086  
2086-2087  
2087-2088  
2088-2089  
2089-2090  
2090-2091  
2091-2092  
2092-2093  
2093-2094  
2094-2095  
2095-2096  
2096-2097  
2097-2098  
2098-2099  
2099-20100



**Blag place magna! + semper**

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- |    |                   |     |    |
|----|-------------------|-----|----|
| 1  | Ferdinand         | 100 | 11 |
| 2  | Prophet           | 297 | 12 |
| 3  | Clemens           | 29  | 13 |
| 4  | M. M. A. J.       | 3   | 14 |
| 5  | G. F. E. L. M.    | 25  | 15 |
| 6  | D. P. W. R.       | 23  | 16 |
| 7  | D. B. G. M. L.    | 65  | 17 |
| 8  | N. V. V. S. S. P. | 1   | 18 |
| 9  | L. D. O. N. N.    | 1   | 19 |
| 10 |                   |     | 20 |

（六）被许可人对本合同的履行

**Dra. Iana Medeiros**  
Médica Anestesiologista  
CRM-PB 10245

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PB N° 014666975922

91 559139425  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	CÓD/CAVAM 20190000015484c6		
1	0120527795-9	00/00000000	
NOME/ENDERÉCO			
NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA RUA SENADOR RUI CARNEIRO 155 RECANTO DO POCO 58105081 CABEDELO - PR			
CPF/CNPJ	PLACA		
06586718473	0566039/PB		
NOME ANTERIOR			
MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS LTDA <small>PLACA ANT/UF CHASSI</small> NOVO PB 9C2ND1120KR501282			
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		ALCO/GASOL	
HONDA/XRE 300 ABS		ANO FAB.	ANO MOD.
CAP/PILOT/CL	CATEGORIA	VERDE	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO  N.Motor : ND11E2K501309			
CABEDELO - PB		LOCAL	DATA
20796		146	08/10/2019
			37141

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR RS \_\_\_\_\_

NOME DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDERECO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

*x Nathalia Cavalcante de Oliveira*

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)

- a) O vendedor tem a obrigatoriedade de comunicar a venda do veículo ao DETAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências ate a data da comunicação (Lei Federal nº 8.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).
- b) O adquirente tem prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para proceder a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA: COD. RENAVAM: 01205277959 EXERCÍCIO:  
1 01205277959 100/00000000 2019

NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

CHPONE: QSG6039/PB PLACA:

PLACA NFTUE: CHASSI: NOVO 9C2ND1120KR501282

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL.

MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300 ABS ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019

CAP/POT/CL: 2 E/291 /CI CATEGORIA: PARTIC VERDE

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1º
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/DOTAS	2º
3.3.3.3.3.3	0	3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IGF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* 12/09/2019

OBSERVAÇÕES:  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

VALDO PAR 37141  
CABEDELO-PB LOCAL: DATA: 00/10/2019

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014666975922 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 08/10/2019

VIA: 1 COD. RENAVAM: 06586718473 PLACA: QSG6039/PB

MARCA/MODELO: 01205277959 HONDA/XRE 300 ABS

ANO FAB: 2019 CAT TAN: 9 Nº CHASSI: 9C2ND1120KR501282

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DÉNARAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IGF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* 00/00/0000 PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO 12/09/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.000/0001-04

37141-1355597-20191008

12/09/2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200172129      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA      **Data do acidente:** 23/10/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/05/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA EXPOSTA DA ULNA DIREITA. p1,3,10,11  
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (ULNA E TIBIA ) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITOS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITOS.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## MOTOMAR PEÇAS E ACESSORIOS

LTDA.

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245  
TAMBAUZINHO, 58030-000 JOÃO  
PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/  
83-32251505  
WEBSITE: E-MAIL:  
motomar@uol.com.br



DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 000.062.413  
SÉRIE: 1  
FOLHA 1 / 2



DATA DE ACERVO  
2519 0909 3619 1600 0141 5500 1000 0624 1311  
2465 3983

Consulta de autenticidade no portal nacional  
da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no  
site da Sefaz Autorizada

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDA DE VEICULO 0 KM

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE VENDA  
325190019376488 10/09/2019 17: 03: 17

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
16.060.704-3

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ  
09.361.916/0001-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NAME / NOME SOCIAL  
NATALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

CNPJ / CFF  
065.867.184-73DATA DE ENTRADA  
10/09/2019ENDERECO  
RUA SENADOR RUI CARNEIRO, 155BAIRRO / DISTRITO  
RECANTO DO POCOCEP  
58105-081

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

MUNICÍPIO  
CABEDELOFONE / FAX  
83-987290406UF  
PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

(FATURA Nº: 249591 - Valor Fat.: 23.179,86) Dup.: 249591/01 Venc.:10/10/2019 Valor:1.014,99  
 Dup.: 249591/02 Venc.:10/10/2019 Valor:500,00 Dup.: 249591/03 Venc.:10/10/2019 Valor:416,63  
 Dup.: 249591/04 Venc.:10/11/2019 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/05 Venc.:10/11/2019 Valor:500,00  
 Dup.: 249591/06 Venc.:10/11/2019 Valor:416,67 Dup.: 249591/07 Venc.:10/12/2019 Valor:1.014,99  
 Dup.: 249591/08 Venc.:10/12/2019 Valor:500,00 Dup.: 249591/09 Venc.:10/12/2019 Valor:416,67  
 Dup.: 249591/10 Venc.:10/01/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/11 Venc.:10/01/2020 Valor:500,00  
 Dup.: 249591/12 Venc.:10/01/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/13 Venc.:10/02/2020 Valor:1.014,99  
 Dup.: 249591/14 Venc.:10/02/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/15 Venc.:10/02/2020 Valor:416,67  
 Dup.: 249591/16 Venc.:10/03/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/17 Venc.:10/03/2020 Valor:500,00  
 Dup.: 249591/18 Venc.:10/03/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/19 Venc.:10/04/2020 Valor:1.014,99  
 Dup.: 249591/20 Venc.:10/04/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/21 Venc.:10/04/2020 Valor:416,67  
 Dup.: 249591/22 Venc.:10/05/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/23 Venc.:10/05/2020 Valor:500,00  
 Dup.: 249591/24 Venc.:10/05/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/25 Venc.:10/06/2020 Valor:1.014,99  
 Dup.: 249591/26 Venc.:10/06/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/27 Venc.:10/06/2020 Valor:416,67  
 Dup.: 249591/28 Venc.:10/07/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/29 Venc.:10/07/2020 Valor:500,00  
 Dup.: 249591/30 Venc.:10/07/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/31 Venc.:10/08/2020 Valor:1.014,99  
 Dup.: 249591/32 Venc.:10/08/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/33 Venc.:10/08/2020 Valor:416,67  
 Dup.: 249591/34 Venc.:10/09/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/35 Venc.:10/09/2020 Valor:500,00  
 Dup.: 249591/36 Venc.:10/09/2020 Valor:416,67

CÁLCULO DO IMPPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	23.179,88
VALOR DO FRETE	VALOR DO ISSQN	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACERPÓLICAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	23.179,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NAME / NOME SOCIAL Sem Frete	FRETE POR CONTA - 0% FRETE - 100% FRETE	CÓDIGO ANTT 9	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CFF
QUANTIDADE	Especie	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SE	CST	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	INC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR LIQUIDO	ABAJUAR
ND11200R0512#2	Honda - Motos/*XRE 300 ABS	87112020	060	5405	UN	1.000	23.179,88	0,00	23.179,88	0,20	4,64	0,00	23.179,88	-

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
28.137-9	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ICMS RETIDO E RECOLMIDO NOS TERMOS DO CONVENIO ICMS 52/95 DO 06/07/95 E DOU DE 11/07/95. Declararam ter vendido o veículo sem Reserva de Domínio e sem alienação fiduciária. Trib. Aprox. R\$ 3.516,39 Federal + 5.794,97 Estadual. Fone: IBPT/empresometro.co 5A16FM, RG: 3199330. Proposta: 000031063. Vendedor: 0415 - SHIRLEY DA SILVA ROTENDO. CPF: 012.464.694-80. NF Origem: 012478624/27 - 14/08/2019.

RESERVADO AO FISCO

MOTOMAR PEÇAS E ACESSORIOS  
LTD.A.

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245  
TAMBAUEINHO, 58030-000 JOÃO  
PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/  
83-32251505  
WEBSITE: E-MAIL:  
motomar@uol.com.br



DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1  
1 - SAÍDA  
Nº 000.062.413  
SÉRIE: 1  
FOLHA 2 / 2



CHAVES DE ACCESO  
2519 0909 3619 1600 0141 5500 1000 0624 1311  
2465 3983

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizada

**NATUREZA DE OPERAÇÃO**

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
325190019376488 10/09/2019 17: 03: 17

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
16.060.704-3

2000- INDIVIDUAL DO SUBJECT, TRUST,

CHF-2 2020-01-01 10001 41

09.361.916/0001-41

Page 14

10.000-15.000 m²

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

CÓDIGO PROD.	DESCR. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / EAN	CAT	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	SC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS	
													ICMS	IPI
Chassi.....: 9C2ND1120KR501282	Nº Motor....: ND11E2K501309												Marca / Modelo: Honda - Motor/TYPE 300 ABS	
Cor.....: VERD FOSCA	Renavam....: 0000000												Espécie.....: PASSAGEIRO	
Cilindradas.: 300	HP.....: 0												Combustível...: Álcool/Gasolina	
CMNG (Torque): 155.000	Placa.....:												Serial (Série): OKR501282 Distância entre eixos (mm): 1417	
Tipo Veículo: MOTOCICLETA	Tipo Pintura: Sólida												Ano Fab/Mod...: 2019/2019	

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETAN - PB N°

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO-BENAVAM P.T.B. EXERCÍCIO

2019

NOME / ENDEREÇO

\*\*\*\*\*

SPH/GASC

PLACA

**QSG6039**

PLACA ANT/UF

CHASSIS

ESPECIE / TIPO

COMBUSTÍVEL

**PASSA / MOTOCICLETA****ALCO/GASOL**

MARA/ MODELO

ANO FAB ANO MOD

**HONDA/XRE 300 ABS****2019 2019**

CAP/POT/CIL.

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

**PARTICULAR VERDE**

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC/COTAS

**30/11/2020****1º**

PAÍSA/EPVA

PARCELAMENTO/COTAS

**2º****3º**

PRÉMIO LIQUIDÓRIO

PRÉMIO TOTAL/100%

DATA DE PAGAMENTO

**SEGURO CERTIFICAÇÃO**

OBSERVAÇÕES

**CABEDELO****07/05/2020****QSG6039**[Imprimir Consulta](#)Último Licenciamento: **2019**

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: **QSG6039**Combustível: **ALCO/GASOL**Marca/Modelo: **HONDA/XRE 300 ABS**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**Ano de Fabricação: **2019**Ano Modelo: **2019**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **VERDE**Vencimento Licenciamento: **30/11/2020**

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: **CABEDELO**Situação: **EM CIRCULACAO**Data da Consulta: **07/05/2020**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME NATHALIA CAVALCANTI DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO Laercio Augusto de Oliveira

Adriana Cavalcanti Viegas

Recife-PE

NATURALIDADE

27.11.1985

DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 18910, fls. 11, liv. 17  
A, Cart. Camaragibe-Pe.

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

**Vítima:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

**CPF:** 094.291.224-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/10/2019

**Titular do CPF:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA : 094.291.224-10**

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: 11/05/2020  
Nome: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA  
CPF: 094.291.224-10

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

**Número do Sinistro:** 3200172129

**Vítima:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

**CPF:** 094.291.224-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/10/2019

**Titular do CPF:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

**LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA : 094.291.224-10**

Autorização de pagamento

## 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.