



Número: **0804605-05.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA (AUTOR)		DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)	
		RODRIGO NOGUEIRA PAIVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34862 242	29/09/2020 10:54	2753573_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

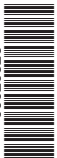
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15766977

Pag. 00657/00658 - carta_01 - INVALIDEZ

00020329





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

Rio de Janeiro, 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:

Boletim de ocorrência	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.
Autorização de pagamento	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

Pag. 01741/01742 - carta_03 - INVALIDEZ

00040871



Carta nº 15768115





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

Rio de Janeiro, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 084 281 224-10 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: 084 281 224-10
7 - Profissão: MUDRIMO 8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: CS 04
11 - Bairro: BERTALDO DO ROIO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081
15 - E-mail: LEANDROBANANA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (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 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.

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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08 de maio de 2020, São Pessoa/PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 0007/2019



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 (DDD):
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:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco ITAU

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4986

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 04503

(Informar o dígito se existir)

9

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.

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 Líder 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)

☐ Divorçado

☐ 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 nascituro (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 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/PB, 19 de maio de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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:

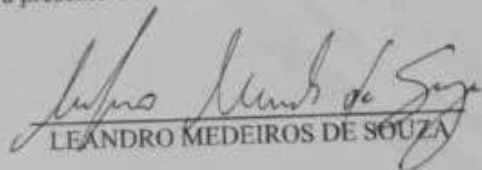
Dados do(s) Fato(s):

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 do 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 019664.01.2020.0.00.704

1/1





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 Habbi's, 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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 023538.01.2020.0.00.704 1/2

Digitalizado com CamScanner



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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 023538.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



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: 084 281 224-10 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: 084 281 224-10
7 - Profissão: MUDRIMO 8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: CS 04
11 - Bairro: BERTINHO DO POZO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081
15 - E-mail: LEANDROBANANA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 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.

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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (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 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.

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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08 de maio de 2020, São Pessoa/PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 0007/2019



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.

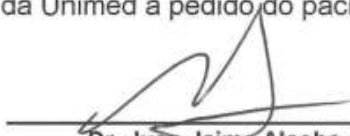
RESULTADOS DOS EXAMES:

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

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - 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 VANDUIZ 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 3632596	Nº Cns				
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro SENADOR RUY CARNEIRO			
Número 155	Complemento Bairro RECANTO DO POÇO					
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	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou CONDUTOR DO RESGATE BOMBEIROS					
Sinais Vitais						
X mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						Tempo 01min 12seg

Imprimir



ITAÚ – 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

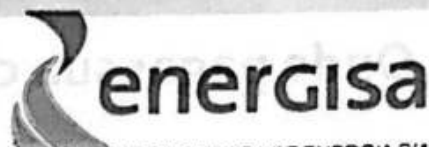
CONTA: 000000004503-9

Autenticação:

3F3934ED4EADF24E95DF0E17D93E7275B6C0E9860615CB6FEF6F0EFDA709369D



VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA
TRAV SEN RUY CARNEIRO, S/N / CS 01 - RECANTO DO POÇO
CABEDELO / PB CEP 58105-081 (AP)



Ligação MONOFÁSICO

Clis/Sbs: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro 11 - 13 - 299 - 1738

Medidor: D5041942014

Referência Set / 2019

Emissão: 18/09/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-630
CNPJ 09.095.183/0001-11 - Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 031.347.083
Cód. para Déb. Automático: 00019347277

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: 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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/08/19	0	18/09/19	197	1	197	34

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Cálculo		Aliq. ICMS(R\$)	Base Cálculo ICMS(R\$)	ICMS	Fator ICMS(R\$)	ICMS(R\$)	Outros(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)						
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	

Scanned by CamScanner





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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

Paciente LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	BAE 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data Baixa
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28a 10m 5d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987290406
Mãe FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA		CNS	Prontuário
Endereço SENADOR RUY CARNEIRO, 155	Bairro RECANTO DO POÇO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	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 23/10/2019 18:10:40	

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Eduardo Motta Braga
Biologia / Cir. 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





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

TRANFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO:	DATA DA	
CONTATO PREVO:	DATA:	HORA:
DADOS DO PACIENTE:		
NOME	Leandro Medeiros de Souza	
ENDEREÇO:	TELEFONE	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA:	FR:	FC:	TEMPERATURA:
Paciente vítima de acidente auto mobilístico e trauma múltiplo. (D) + ferimento no tórax.			

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

Ausultação.

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

TC crânio + coluna + tórax Rx.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

fr. múltiplo (D) + ferimento (D)

ANEXOS DE ENFERMAGEM

Assinatura / Carimbo do médico
Dr. Humberto Almeida
Gerente - HEETSHL
CRM/PB 6229
Pessoa, 24 de 10 de 2019

Enfermagem/Serviço
Conclusão da trans

1ª VIA - PACIENTE
2ª VIA - PRONTUÁRIO





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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	Telefone de Contato
18/12/1990	28a 10m 5d	Masculino	(83) 987290406
Mãe		CNS	Prontuário
FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SENADOR RUY CARNEIRO, 155	RECANTO DO POÇO	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 DEFICIT EVIDENTE E COM PUPILAS ISOCORICAS CONCLUSÃO > TCE (SEDADO) PUPILAS ISOCORICAS CONDUTA: TC DE CRANIO - SEM EVIDENCIA DE PATOLOGIA NEUROCIRURGICA E TC DE COLUNA SEM FRATURA, PODENDO RETIRAR O COLAR S/N E MANTER OBSERVAÇÃO DA NEURO, POTEM LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DE URGENCIA 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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

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 DIAFISE DE FÊMUR 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

ONDANSETRON 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 (MG/TS)

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 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT > 50)

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

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 (MG/TS)

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:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO 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

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

Conduta

Internar Paciente

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

EVOLUÇÃO MEDICA (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

ALTA HOSPITALAR

USUÁRIO: **MARCOS ANTONIO CORREIA NOBREGA**

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

MOTIVO DE ALTA: **ALTA MEDICA**

OBSERVAÇÕES:





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

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

Impresso por: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

Em: 24/10/2019 08:03:53

Nome LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	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
Tempo de Internação 9h 34min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 118850
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 MEDICA (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

Número Conselho: 6590

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





Prontuario: J198908
Data: 22/10/19
Reposicao:

Nome: Frederico Medeiros de Souza
 Endereço: Pro de Induna, at 2073, M5B (ante-luares) +
 Cidade: Não Sul () Indago e queletta M3D.
 Estado: Dist. São

Caixa Postal 2

[illegible][illegible]

Dr. Bruno Randi
Ortopedia e Traumatologia
02.5001.1111

Anderson de Carvalho
COREN/PA 05269 EM

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASINATORIA ENFERMAGEM - COREN

Adilia Fernandes + Fernanda
COHESSIVIDADE CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2





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

HKTSH2

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ipeameto Medeiros de Souza

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - N° DO PRONTUÁRIO

1198908

3 - DATA DE NASCIMENTO

Masculino

Feminino

3

11 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MINÚCIO DE RESIDÊNCIA

14 - CID - IBS, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01. agulha p/ Bloq. Plexus - A 50 (Wagon)
02. Fio de Steinman nº 4.5 (Antares)

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - DOCUMENTO

37 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR-30075

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

40 - DOCUMENTO

41 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - COD ORGÃO EMISSOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

Nome: Leonardo Medeiros de Souza DE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Prostese cirurgica femur esquerda ulna
 Cirurgião: Dr. Carlos 1º Assistente: Dr. Bruno Rosa R2
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Prostese esquerda ulna direita</u>	
<u>Prostese direita femur esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Prostese cirurgica femur esquerda</u>	
<u>ulna direita</u>	
<u>Prostese esquelética tibial na perna</u>	
<u>direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Dr. Bruno Rosa
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 10075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM: _____

TÓPO: ASCIR (M.D.)



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia
consciente + oxigenação
aproximação de campos cirúrgicos

Incisão:

Achados:

- 1- Fratura exposta ulna direita
- 2- Fratura distal fêmur direito

Conduta:

- 1- Desbridamento dos tecidos devitalizados
limpeza abundante com SF 0,9%.
- 2- Fixação fratura esquelética distal no
perna esquerda, depois, varizão com fio K na 4,5
e 7 Kg.

Fechamento:

Sutura perineal

Observação:

Pacote e controle

Dr. Bruno Romo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 18075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





9

paciente João Medeiros de Souza
idade 69 anos
sexo M
profissão prof. de educação física
diagnóstico prolapso de intestino D + tração trans esquelética
anestesia gelo. Plexo + peridural
anestesia da. 10ml

data 23/06/20 **hora** 14:30 **local** TC: 30:40 **temperatura** 36:21:10 **pressão arterial** TA: 21:15

medicações anestésicas (OTD)

medicamento	quantidade	observações	medicamento	quantidade	observações
ROPIVACAÍNA ISOMÉRICA	5F 500ml	X	ELCO N°12		
ROPIVACAÍNA RACÊMICA	5R 500ml	M	ELCO N°13		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°14		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°15		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°16		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°17		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°18		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°19		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°20		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°21		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°22		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°23		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°24		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°25		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°26		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°27		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°28		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°29		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°30		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°31		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°32		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°33		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°34		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°35		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°36		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°37		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°38		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°39		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°40		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°41		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°42		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°43		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°44		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°45		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°46		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°47		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°48		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°49		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°50		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°51		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°52		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°53		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°54		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°55		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°56		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°57		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°58		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°59		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°60		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°61		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°62		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°63		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°64		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°65		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°66		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°67		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°68		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°69		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°70		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°71		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°72		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°73		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°74		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°75		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°76		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°77		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°78		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°79		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°80		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°81		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°82		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°83		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°84		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°85		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°86		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°87		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°88		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°89		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°90		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°91		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°92		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°93		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°94		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°95		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°96		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°97		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°98		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°99		
ROPIVACAÍNA			ELCO N°100		

medicamentos

medicamentos

medicamentos

DATE: 23.10.19

FRONTUÁRIO

PACIENTE:	LEANDRO MEDRADO DE SOUZA	SEXO:	M	IDADE:	40
PRESSÃO ARTERIAL	120/80	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	18	FREQUÊNCIA CARDÍACA	70
ESTADO GERAL	BOM	CONDIÇÃO DE CONSCIENTE	100%	CONDIÇÃO DE VENTILAÇÃO	100%
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO	BOM	ESTADO MENTAL	BOA	DOENÇAS PREEXISTENTES	
PRE-ANESTÉSICO					
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Expansão pulmonar + anelasma				I-E
EXATIDÃO DA ANESTESIA	100% + tranquilizante				
EXATIDÃO DA ANESTESIA	100%	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	20:30	TERMINO DA ANESTESIA	21:15	DOSE DA ANESTESIA	150
COMO O PROCEDIMENTO		QUANT. DE CR		VALORES RS	
ANESTESIA	CP				

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

[illegible]

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB N: 014666975922
91559139425
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0120527795-9 00200000000

NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA
RUA SENADOR RUI CARNEIRO 155
RECANTO DO POÇO
58105081 CABEDELO - PB

CPF/CNPJ 06506710473 PLACA Q8G6039/PB

NOME ANTERIOR
MOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA

PLACA ANT./UF NOVO PB 9C2ND1120KR501282

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

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

CAP/POT./CL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

N. Motor : ND11E2K501309

CABEDELO - PB LOCAL 20796 DATA 08/10/2019 37141

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

Nathalia Cavalcante de Oliveira
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 230 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

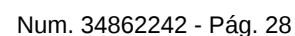
DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR

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



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

CONTINUED



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

Valoração 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
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS

LTDA.

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245

TAMBIAUZEIRO, 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



TRANS DE AGRADO
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 USO 325190019376488 10/09/2019 17:03:17	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 16.060.704-3	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ 09.361.916/0001-41	

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL NATALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA		CNPJ / CPF 065.867.184-73	DATA DE EMISSÃO 10/09/2019
ENDEREÇO RUA SENADOR RUI CARNEIRO, 155		BAIRRO / DISTRITO RECANTO DO POÇO	CEP 58105-081
MUNICÍPIO CABEDELO	FONE / FAX 83-987290406	UF PB	INSCRIÇÃO ESTADUAL

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 IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 23.179,88	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 23.179,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 9		MODULO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL Sem Frete		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	FECHO BRUTO	FECHO LÍQUIDO		
				0,000	0,000		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS										
CODIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / RS	CFOP	CFOP UN	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR IPI
ND1120FR3012*2	Honda - Motores/KRE 300 ABS	87112020	060	5405 UN	1,000	23.179,88	0,00	23.179,88	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS		RESERVAÇÃO AO FISCAL	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ICMS RETIDO E RECOLHIDO NOS TERMOS DO CONVENIO ICMS 52/95 DO 06/07/95 E DOU DE 11/07/95. Declararamos ter vendido o veículo sem Reserva de Domínio e sem Alienação Fiduciária. Trib. Aprox. R\$ 3.516,39 Federal e 5.794,97 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.co 5A16F9. RG: 3199330. Proposta: 000031063. Vendedor: 0415 - SHIRLEY DA SILVA NOTENDO. CPF: 012.464.694-80. NF Origem: 012478624/27 - 14/09/2019.			

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

motomar
 Sua melhor opção de economia

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR
 DA NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA 1

Nº 000.062.413
 SÉRIE: 1
 FOLHA 2 / 2



CHAVE DE ACESSO
 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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 16.060.704-3

CMST - ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

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

CMFJ
 09.361.916/0001-41

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													ALÍQUOTAS	
CODIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SE	EXT	CFOS	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DEAC.	VALOR TOTAL	BC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	ICMS	IFT
Chassi.....	9C2ND1120KR501282													
Nº Motor.....	ND11E2K501309													
Cor.....	VERO FOSC													
Renavam.....	000000													
Cilindradas...	300													
HP.....	0													
CMRG (Torque):	155.000													
Placa.....														
Combustível....	Alcool/Gasolina													
Serial (Série):	OKR501282													
Distância entre eixos (mm):	1417													
Ano Fab/Mod....	2019/2019													
Tipo Veículo..	MOTOCICLETA													
Tipo Pintura:	Sólida													

Scanned by CamScanner



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DETRAN - PB Nº CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VA COO. RENAVAM. R.T.S. EXERCÍCIO 2019 NOME / ENDEREÇO ***** PLACA QSG6039 PLACA ANT./UF CHASSI ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL PASSA / MOTOCICLET ALCO/GASOL MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD HONDA/XRE 300 ABS 2019 2019 CAP/POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE PARTICULAR VERDE COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC./COTAS 30/11/2020 PARA 1ª VENC. 2ª VENC. 3ª PREÇO LÍQUIDO PREÇO TOTAL DATA DE PAGAMENTO SEGURO CIBRIGATORIO OBSERVAÇÕES LOCAL DATA 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 / MOTOCICLET 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

NATURALIDADE

Recife-PE

27.11.1985

DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

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

CPF

João Pessoa - PB

SEÇÃO DO SEGRETO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MÓDIA DO BRASIL

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/09/2020 10:54:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092910544001500000033324588>

Número do documento: 20092910544001500000033324588

Num. 34862242 - Pág. 33

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

CPF: 094.291.224-10

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 23/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 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

LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 23/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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 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.

