



Número: **0806906-63.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEONARDO DE SOUSA RUFINO (AUTOR)		MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40322 273	08/03/2021 10:51	Petição	Petição
40322 278	08/03/2021 10:51	2557674_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
40322 279	08/03/2021 10:51	2557674_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2017

Carta nº: 10943492

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170242685 ASL-0161186/17
Vítima: LEONARDO DE SOUSA RUFINO
Data Acidente: 23/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00875/00876 - carta_01



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2017

Carta nº: 10943498

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170242685 ASL-0161186/17
Vítima: LEONARDO DE SOUSA RUFINO
Data Acidente: 23/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00949/00950 - carta_03



Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2017

Carta nº: 11219350

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Sinistro: 3170242685 ASL-0161186/17
Vítima: LEONARDO DE SOUSA RUFINO
Data Acidente: 23/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01423/01424 - carta_02



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11423991

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Sinistro: 3170242685 ASL-0161186/17
Vitima: LEONARDO DE SOUSA RUFINO
Data Acidente: 23/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDIVANIA CORDEIRO DE SOUSA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00803/00804 - carta_13





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

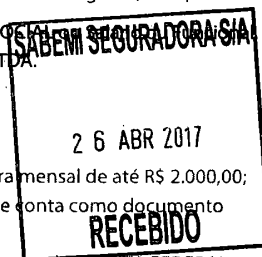
EU, Leonardo de Sousa RufinoPORTADOR(A) DO RG-Nº 4.064.300 EXPEDIDO POR IPC - PB EM 19/06/2012CPF 118075894-39 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Conferente

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Leonardo de Sousa Rufino AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3857 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87041-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 25 de Abril de 2017
LOCAL E DATA

Leonardo de Sousa Rufino
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

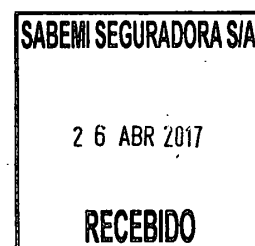
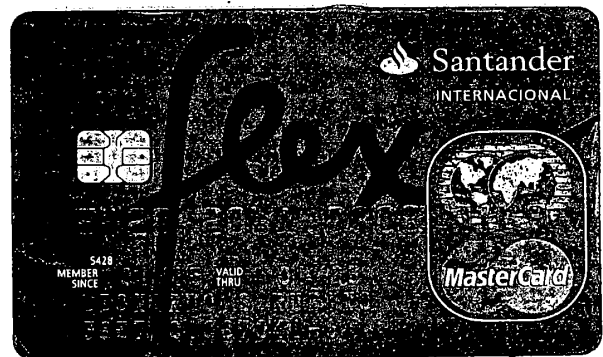
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103081051506900000038409001>

Número do documento: 2103081051506900000038409001



192.168.010.019





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

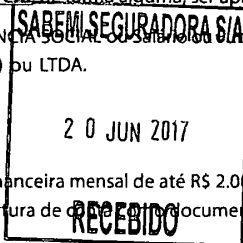
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Leonardo de Souza Rufino
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.064.300 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 19/06/2017
 CPF 118035894-39 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO conferente
 E RENDA MENSAL DE R\$ negou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Leonardo de Souza Rufino AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Seguro Unifuncional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta sem o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3857 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01-087041-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 02 de junho de 2017
 LOCAL E DATA

Leonardo de Souza Rufino
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103081051506900000038409001>

Número do documento: 2103081051506900000038409001

CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER
EXTRATO DE CONTA CORRENTE - 7 DIAS

07/06/2017 14:41:55 DATA CONTABIL:07/06/2017
LOCAL: 033.4188 - J.PESSOA-C
TRANSACAO: 0664648 TERMINAL: 0000155

LEONARDO DE SOUSA RUFINO CARTAO: 7169
BANCO: 033 AGENCIA: 3857 CONTA: 01-087041-6

SALDOS

SALDO CONTAMAX

MASTER 10 D S/ JUROS

TAXA DE INADIMPLENCIA 15,35%AM

TAXA DE MORA 1,00%AM

MULTA 2,00%AM

LANCAMENTOS PENDENTES E FUTUROS

DIA DOCTO. HISTORICO VALOR

JUNHO/2017

07 000000 RECUPERACAO

CREDITO EM ATRASO

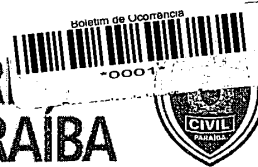
INFORMACOES PARA SIMPLES CONFERENCIA,
ATUALIZADAS ATÉ DATA E HORA ACIMA E
SUJEITAS A ALTERACOES.

CONTE COM O CREDITO PESSOAL. LIBERACAO DO
DINHEIRO NA HORA. SAIBA MAIS E CONTRATE NO
CAIXA ELETRONICO INTERNET BANKING OU APP
SANTANDER. SUJEITO A ANALISE DE CREDITO.





GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01433.01.2016.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01433.01.2016.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 28 dias do mês de Dezembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **ROBERTA GOUVEA NEIVA ALMEIDA**, comigo, **Alinne Manguiera Lima de Assis**, Agente De Investigação, às 16:33 horas, compareceu **EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão CUIDADORA, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento 15 de Janeiro de 1976, idade 40, filiação SEVERINA CORDEIRO DE SOUSA e HELIO FRANCISCO DE SOUSA, Documento - CPF: 066.868.084-90, RG: 1961558 SSDS/PB, residente RUA AILTON MEDEIROS DE MORAIS[NÃO INFORMADO], complemento QUADRA 69 - APTO 102 - BLOCO 07, GRAMAME, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98744-0559.

Dados dos Fatos:

- (1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: MARTINS DISTRIBUIDORA, Distrito Industrial, João Pessoa - PB; Tipo do Local: ESTABELECIMENTO COMERCIAL (LOJA, SUPERMERCADO, ETC); Data/Hora: 28/12/16 09:00

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

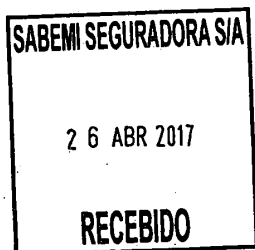
Veio relatar que seu filho de nome LEONARDO DE SOUSA RUFINO (RG 4.064.300 SSDS/PB) sofreu um acidente de trânsito no dia 23/12/2016 às 23h próximo a feira de Oitizeiro, nesta, QUE seu filho estava a caminho do trabalho, QUE o mesmo teve ferimentos e foi socorrido para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta, e no dia 26/12/2016 foi transferido para o Hospital da UNIMED, nesta, onde encontra-se internado até a presente data sem previsão de alta médica, aguardando cirurgia.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Alinne Manguiera Lima de Assis
Agente De Investigação

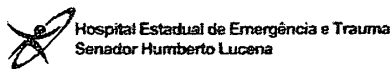
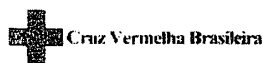
João Pessoa (PB) 28 de Dezembro de 2016

EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA
Noticiante



Procedimento: 01433.01.2016.1.00.401





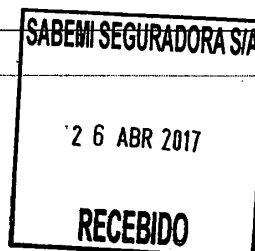
ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 969633



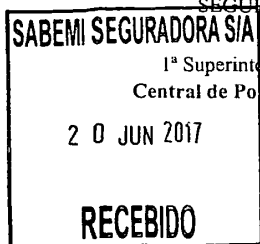
Identificação do paciente				
ID 1120026	Nome LEONARDO DE SOUSA ROFINO		Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/12/1995	Idade 21 anos 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA			Pai	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 98440559	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento		Número documento	Nº Cns	
Local de procedência BAIRRO SAO JOSE		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	
Endereço				
CEP 58034520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DO RIO	
Número SN	Complemento		Bairro SÃO JOSÉ	
Admissão				
Data e Hora 24/12/2016 00:29:59	Número da pulseira 1000004207962		Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg		Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por AURINEIDE QUEIROGA DANTAS			CID Tempo 04min 34seg	

Imprimir



24/12/2016 00:32





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01433.01.2016.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01433.01.2016.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:28 horas do dia 28 de dezembro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula 1819763, ao final assinado, compareceu **EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA**, RG nº 1961558 SSDS/PB, CPF nº 066.868.084-90, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão CUIDADORA, filho(a) de SEVERINA CORDEIRO DE SOUSA e HELIO FRANCISCO DE SOUSA, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 15/01/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) RUA AILTON MEDEIROS DE MORAIS, complemento QUADRA 69 - APTO 102 - BLOCO 07, bairro Gramame, tendo como ponto de referência IG, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98744-0559.

Dados do(s) Fatos:

Local: MARTINS DISTRIBUIDORA, IG, João Pessoa/PB, bairro Distrito Industrial; Tipo do Local: estabelecimento comercial (loja, supermercado, etc); Data/Hora: 28/12/16 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Veio relatar que seu filho de nome **LEONARDO DE SOUSA RUFINO** (RG 4.064.300 SSDS/PB) sofreu um acidente de trânsito no dia 23/12/2016 às 23h próximo a feira de Oitizeiro, nesta, QUE seu filho estava a caminho do trabalho, QUE o mesmo teve ferimentos e foi socorrido para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta, e no dia 26/12/2016 foi transferido para o Hospital da UNIMED, nesta, onde encontra-se internado até a presente data sem previsão de alta médica, aguardando cirurgia.

ADENDO(S):

Que na data 06/06/2017, à(s) 15:25 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A noticiante declara que seu filho Leonardo de Sousa Rufino no dia do acidente acima descrito estava pilotando a motocicleta de placa OEX 3191/PB, que estava na faixa da direita e passou para a faixa da esquerda momento em o carro da frente parou e seu Filho Leonardo de Sousa Rufino colidiu na traseira do carro, e o condutor do carro se evadiu local.. Adendo registrado por: Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula: 1819763.

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

João Pessoa/PB, 06 de junho de 2017.


MARIA IVA DE SOUSA VIEIRA
Agente de Investigação


EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA
Noticiante

Procedimento Policial: 01433.01.2016.1.00.401

1/1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Leonardo de Souza Rufino, portador da carteira de identidade nº 4.064.300 e inscrito no CPF/MF sob o nº 118.045.894-39, residente e domiciliado na Rua João Galdino da Silva, nº 33 - Centro, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

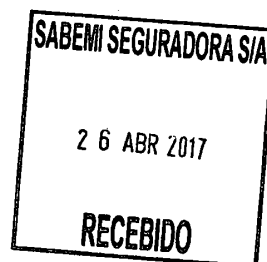
☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 25 de abril de 2017
Local e data

Leonardo de Souza Rufino
Assinatura do declarante





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



192
REGIONAL JOÃO PESSOA

08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 612/085, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 154575, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **LEONARDO DE SOUSA RUFINO** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 23/12/2016, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Oitizeiro - João Pessoa - aproximadamente às 23:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital da UNIMED.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Janeiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

CRE/5ª Região - 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leonardo de Sousa Rufino,

RG nº 4.064.300, data de expedição 19/06/2012 órgão IPC-PB,

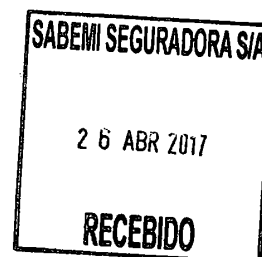
CPF nº 118.075.894-39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Galdino da Silva</u>
Número	<u>33</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Oristo</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58071-090</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98661-2975, (83) 99944-9982</u>
E-mail	<u>(83) 98684-1714</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/04/2017

Assinatura do Declarante: Leonardo de Sousa Rufino



JOSEANE PEREIRA
RUA JOAO GALCINO DA SILVA, 33 - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA/PB CEP: 58071-080 (AG: 1)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 16 - 2 - 589 - 2780
Nº medidor: 00008197068

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B: 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.951.833/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-4

Nº Fiscal/Conta de Energia Elétrica N1001.197.573

Ata
Co
Ap
Data prevista da próxima leitura
27/12/2016

CPF/ CNPJ/ RANI	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05.119.70415	27/10/16	2018	28/11/16	20813	32
Faturas em atraso	Demonstrativo				
04/11/2016	210,09				
06/03/2016	23,38				
Histórico de Consumo (kWh)					
Out/16	308				
Set/16	37				
Ago/16	347				
Jul/16	303				
Jun/16	330				
May/16	327				
Abr/16	488				
Mar/16	481				
Fev/16	372				
Jan/16	304				
Dez/16	331				
Nov/16	338				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA					11,16
JUROS DE MORA 09/2016					2,25
MULTA 09/2016					4,65
PARCELAMENTO DE DÉBITO 81/100					23,37
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2016					0,28
Devolução Subsídio					-30,58
VENCIMENTO					
TOTAL A PAGAR					

Média dos últimos meses
558 kWh
RESERVADO AO FISCO
be70.5c7c.f248.32cb.19a9.78aa.d7e3.98f8.

Indicadores de Qualidade				Composição do valor total da sua conta		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,43	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia/PB	58,91	21,28
DIC TRIMESTRAL	10,89			Comp. de Energia	74,21	26,79
DIC ANUAL	21,73			Serviço de Transmissão	4,04	1,46
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	23,15	8,38
FIC TRIMESTRAL	8,87		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	93,31	33,89
FIC ANUAL	13,95		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	23,37	8,44
DMC	3,11	0,00		Total	276,99	100,00
DICRI	12,22					

ATENÇÃO
RECEBIDO
SABEMI-SEGURADORA S/A
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 13/12/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento. Caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade, o consumidor será responsabilizado. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS. Para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de vencimento da fatura vencida e não paga. É feita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. - foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 30,58.

192.168.010.019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivânia Bardeiros de Sousa,

RG nº 1.961.550, data de expedição 21/11/2011 Órgão SSP/PB,

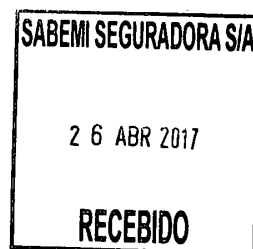
CPF nº 066.868-084-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Ailton Bardeiros de Moraes
Número	S/N Q. 69
Apto / Complemento	BL 04 . APT. 102
Bairro	Colinas do Sul
Cidade	Gramame
Estado	Paraíba
CEP	58068-390
Telefone de Contato	(83) 98744-0559
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25 de abril de 2017.

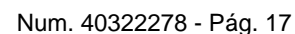
Assinatura do Declarante: Edivânia Bardeiros de Sousa



SABEMI SEGURODORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LEONARDO DE SOUSA RUFINO
DATA DE NASCIMENTO	20/12/95
NOME DA MÃE	EDVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	969.633
PRONTUÁRIO N.º	99.408
DATA DO ATENDIMENTO	24/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	05:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE MOTOCICLISTICO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO
CID 10	V 23 + S 72.3.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM COXA ESQUERDA. EF= EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MIE + GLASGOW 15 + ENCURTAMENTO DO MIE.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO FÊMUR ESQUERDO- RELATO COT- FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO
RX DO JOELHO ESQUERDO

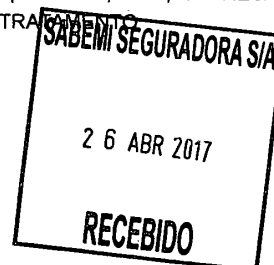
TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSESDQUELETICA EM MI ESQUERDO. OPERADO POR DR. JOÃO HENRIQUE + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR:	TRANSFERÊNCIA- 26/12/2016 PARA O HOSPITAL UNIMED
DATA DA EMISSÃO:	26/02/2017

Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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





Primeiro Atendimento Médico



1000004207962 BE.: 969633
LEONARDO DE SOUSA ROFINO
DT. NASC.: 20/12/1995
RAE: EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA

END.: DO RIO
N. SN - S 80 JOS B
JORO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 98440559
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:	IDADE:
-------------------	--------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, trazido pelo JAMU, apresentando possível fratura em fêmur @, com ↓ da mobilização do membro.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS: ☒ Pérvias () Obstruídas
AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR:

HTD	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal () Rude () Diminuído () Ausente	HTE	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal () Rude () Diminuído () Ausente
-----	---	-----	---

RUIDOS

() Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	HTD	Roncos Sibilos Estertores	HTE	Roncos Sibilos Estertores
--	-----	---------------------------------	-----	---------------------------------

Fk. _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal () Quente () Fria

PULSO ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☒ Regular () Irregular () Ausente

BULHAS ☒ Normotonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO ☒ Presente () Ausente

BE OU B4 ☒ Sim () Não

FC: _____ bmp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: macio, diminuído, indolor

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1

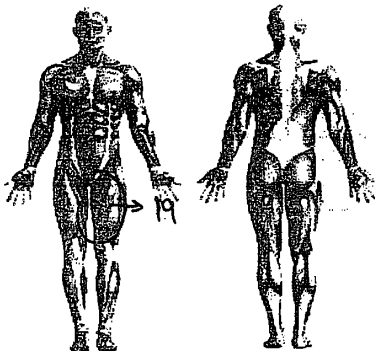


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☒ Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: ☒ Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada
 () Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. Atendimento inicial		
2. Exame físico + AD G		
3. Exame físico + AD D		
4. Exame físico + AD I		
5. Exame físico + AD P		
6. Exame físico + AD M		
7. Exame físico + AD A		
8. Exame físico + AD V		
9. Exame físico + AD S		
10. Exame físico + AD O		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

() Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde) _____
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

ASSIN

ASSIN

F(NG).CC.001-1



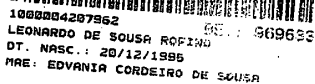
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103081051506900000038409001

Número do documento: 2103081051506900000038409001



BE/PRONTUÁRIO



END.: DO RIO
N. SN - S 80 JOS &
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 99440559
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
23/12		# ortopédia #
		ID 24
		MT mob
		DT 23/12/16
		paciente com dor e deformidade na coxa (E)
		EF. MIE encurtado e doloroso
		Edema 2+/4
		RX COXA : frax fêmur diaf. (E)
		HD frax fechada fêmur
		CD : Não há purulador no momento
		Aguardando p/ realizar tração equinética

Dr. Andrei H. Mesquita
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-10.878-1/SP - 13.725

Dr. Andrea H. Nasralla
Ortopedia e Traumatologia
Rm 10 SBZ TECP - 13.720

F(NG).ENF.018-1





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

H. E. C. I. S. Y. L.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leonardo da Souza Rufino

8 - Nº DO IDENTIFICADOR

86-1 86-13

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

01/01/1983

9 - SEXO

Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

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 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU 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 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01. João da Steimann - n.º 4.0

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Glauber M. Nogueira

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO


47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



	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	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - SEXO	
9 - DATA DE NASCIMENTO		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO GERAL		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 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			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - QTDE		32 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - QTDE		34 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - QTDE		36 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - QTDE		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
01. Rio de Janeiro. nº 24.0			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
45 - COD ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João Pessoa de Souza Rafael RE/Prontuário: 969633
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Dr.
 Cirurgião: Dr. João Henrique 1º Assistente: Dr. Glauber (AS)
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rafaela
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
• Fratura da tíbia do fêmur esquerda	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Tração Transquerulotômica em MJE (Túbia proximal)	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Glauber M. Novais Miranda
 Médico
 CRM - 689920

João Pessoa, 29 / 12 / 16

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1- Paciente em Decúbito Dorsal sobre busteira 2- Anestesia + Antimigração 3- Afaseia de caméas amplexa
Incisão:
Achados:
Conduta: 4- Colocação de Traqueia Transfere o traqueia com fio K 9/10 na parede proximal de fibra + manuseio de fio + 8kg de peso 5- Curatela final 6- Rx de controle
Fechamento:
Observação:

Glauber M. Novais Miranda
CRM: 159420

João Pessoa, 24/02/2021

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: João Carlos de Souza Lima

IDADE: 22 BE: 968633 CONTINUÁRIO: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

CIRURGIÃO: Marcos Vinícius da Silva M.E.

CIRURGIÃO: Dx: João Carlos de Souza Lima - 2º AUL + Dx: Gabriel

ANESTESIA: Sedação

ANESTESISTA: Dx: Rafaela

INSTRUMENTADOR: _____

DATA: 24-12-16 CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: _____ FIM: _____ CIRURGIA: INÍCIO: 12:30 T: 12:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	<u>1</u>	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	<u>1</u>	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
PENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVI DE PROCEDIMENTO PAR.	<u>20</u>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVI ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVI ESTÉRIL Nº7,5	<u>1</u>	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVI ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVI ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBIUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL	<u>1</u>	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	<u>1</u>	FIO STEINMAN Nº	
SUXMETÔNIO		SERINGA 10ML	<u>1</u>	FIO STEINMAN Nº	<u>20</u>
TiopENTAL		SERINGA 20ML	<u>1</u>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	<u>1</u>	CATETER DE OXIGÊNIO	<u>1</u>	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	<u>1</u>	CATETER EPIDURAL Nº17			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		EMPRESA	
DIPIRONA SÓDICA	<u>1</u>	CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDRIANA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>OK</u>	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	<u>OK</u>	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	<u>1</u>	() ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	<u>OK</u>	() BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	<u>OK</u>	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS	<u>OK</u>	() CÁRDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Maria Elizabeth da S. B.
Rec. de Enfermagem
COREN 610003

Nº 202016

F(NG).ASCIR.021-2



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 24/12/16

PRONTUÁRIO: 969633

PACIENTE: <u>Marcelo de S. Rocha</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>28</u>
PRESSÃO ARTERIAL: <u>120/80 mmHg</u>	PULSO: <u>70 bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>18 rpm</u>	TEMPERATURA: <u>36.5</u>	PESO: <u>70</u>
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>U.D.M.</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>MVD em AITX SEM RA</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>Coronária, Rel, 25, BDF, 516</u>		
AP. DIGESTIVO <u>em jejum</u>		ESTADO MENTAL: <u>lúcido</u>	DROGAS EM USO: <u>U.D.M.</u>	
PRÉ-ANESTÉSICO <u>J-1</u>		ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>		
DOSE/HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de fêmur E</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Troca de trocarterica</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. João Henrique</u>		AUXILIARES <u>Dr. Glauber</u>		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>12h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u>12h30</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>30 min</u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH		VALORES R\$
ANESTESISTA <u>Luiz W. A. F. F. 016.074.774-60</u>		CRM-PB <u>10.123.456</u>		
AGENTES/HORA				
LÍQUIDOS VENOSOS				
PULSO				
DIÁSTOLE				
CÓDIGOS CIRURGIA				
ANESTESIA				
PARTICULARIDADES				
SETORES				
ANOTAÇÕES				
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS <u>Sedação EV</u>				
TÉCNICA <u>Paciente de H.M.C. 250g, Sedação EV (1) + (2) + (3)</u>				
LÍQUIDOS				
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
GLICOSE	(1) Dexametasona 2mg	11		
NaCl	(2) Furosemida 40mg	12		
SANGUE	(3) Propofol - 60mg + 80mg	13		
RINGER	(4) Diprivan 20g	14		
TOTAL	(5) Gasepex 20g	15		
DESTINO DO PACIENTE	(6) A-2	16		
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	17		
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	18		
<input type="checkbox"/> OUTROS		19		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		20		
<u>Exames complementares, uso de Medicamentos</u> <u>Exames complementares, uso de Medicamentos</u> <u>Exames complementares, uso de Medicamentos</u> <u>Exames complementares, uso de Medicamentos</u>				
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>[Assinatura]</u>				

Atendimento: 1571217 Data/Hora: 16/01/2017 15:24:39
Paciente: LEONARDO DE SOUSA RUFINO Sexo: MASCULINO
Idade: 21 anos 0 meses 28 dias Doc:
Endereço: RUA ANTONIO ALVES DE SOUSA Num: 102
Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA
Convênio: INTERCAMBIO II - NAC Plano: INTERCAMBIO II
Carteira: 08650000225935003 Tipo: ATENDIMENTO (URGÊNCIA)

Anamnese

Queixa Principal / HDA

18° DPO de fratura

Exame Físico

de fêmur e sem queixas de
fo limpo

Alergia

Medicação em Uso

Hipótese Diagnóstica

Fratura de fêmur e

Exames Imagens

☐ ECG ☐ RX ☐ TC ☐ USG ☐ TC ☐ TC - Contraste ☐ OUTROS

Exames Laboratoriais

☐ HEM ☐ URE ☐ CREAT ☐ GLIC ☐ URE ☐ NA+ ☐ K+ ☐ ENZ.CARD
☐ TGO ☐ TGP ☐ BILIR ☐ FOSFAT ☐ DENG OUTROS

Prescrição Data/Hora

Horário

Col. Retirar pontos

Edinormio. Bordeiro de Sousa
PACIENTE/REPONSÁVEL

Dr. Heider Romeira L. Nobre
Ortopedia/Traumatologia
RM-PB MEDICO PLANTONISTA

CONFERE COM ORIGINAL

Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



Evolução de Enfermagem

Data/Hora ____/____/____

14/01/2017 15:25:32

Assinatura

Sinais Vitais

Data/Hora ____/____/____ : ____ : ____

T : ____

PA: ____

P : ____

Evolução Médica

Data/Hora ____/____/____ : ____ : ____

Electrocardiograma (Laudo) :**Protocolo de Entrega de ECG ao Paciente/Responsável**

Data/Hora ____/____/____ : ____ Hs

Assinatura / CRM

Destino do Paciente :☒ Residência☐ Apto/Alojamento☐ Evasão☐ Alta a pedido☐ UTI☐ Bloco Cirurgico☐ Transferência☐ Obito

Data/Hora de alta 16/01/17 15:42 Hs

Assinatura / CRM
Alc. Henrique Bonfim L. Nobrega
Clínica de Traumatologia



6T0*0T0*89T*Z6T



Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450 - TORRE
CEP: 58.040-914 - João Pessoa / PB
Fone: (0**83) 2106-0216

DATA: 01/01/2017

HORA: 12:58

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 (CENTO E VINTE DIAS DIAS)** A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA

CRM - 001738

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável





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

Atendimento: 000000222001

Idade: 21 anos

Paciente: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Data: 24/12/2016

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/12/2016 13:08 .

Dr. Lautonio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB





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

Atendimento: **000000222001**

Idade: **21 anos**

Paciente: **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**

Data: **24/12/2016**

RADIOGRAFIA COXA ESQUERDA

- Fratura completa angulada da diáfise femoral esquerda.
- Aumento de partes moles.

**O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/12/2016 13:09.

Dr. Lautonio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB



6T0*0T0*89T*Z6T



HOSPITAL ALBERTO CRUZEIRO WANDERLEY
Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450 - TORRE
CEP: 58.040-914 - João Pessoa / PB
Fone: (0**83) 2106-0216

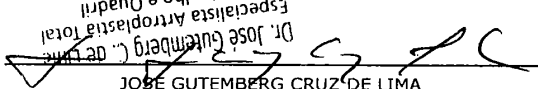
DATA: 01/01/2017
HORA: 12:58

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 (CENTO E VINTE DIAS)** DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738


JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM - 001738

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável



610*010*891*761



Avenida Ministro José Américo de Almeida, 1450 - TORRE
CEP: 58.040-914 - João Pessoa / PB
Fone: (0**83) 2106-0216

HORA: 12:58

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SR. (A): **LEONARDO DE SOUSA RUFINO**, CARTEIRA DE IDENTIDADE DE Nº 4064300, ORGÃO EMISSOR SSPPB, CPF Nº 11807589439 FOI SUBMETIDO(A) A TRATAMENTO MÉDICO NESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA CID Nº **S723**. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE **120 (CENTO E VINTE DIAS)** DIAS A PARTIR DESTA DATA.

JOAO PESSOA-PB, 23 DE DEZEMBRO DE 2016

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA
CRM - 001738

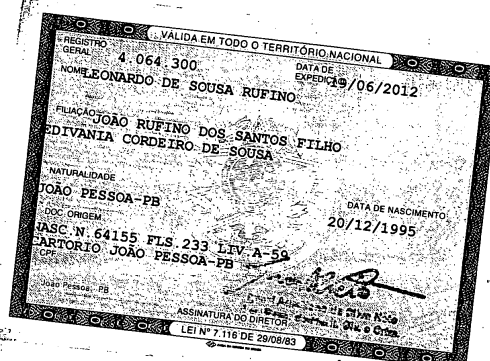
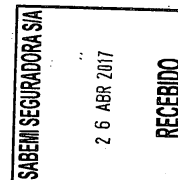
Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr.(a) **JOSE GUTENBERG CRUZ DE LIMA** a registrar o diagnóstico codificado pela CDI ou por extenso neste atestado médico. Resolução CFM 1819/2007.

Assinatura do Paciente ou Responsável







1992.1588.0109.0159



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



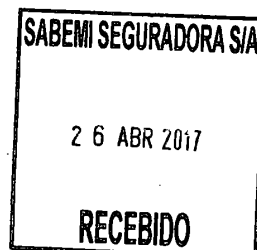
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
118.075.894-39

Nome
LEONARDO DE SOUSA RUFINO

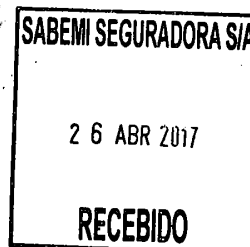
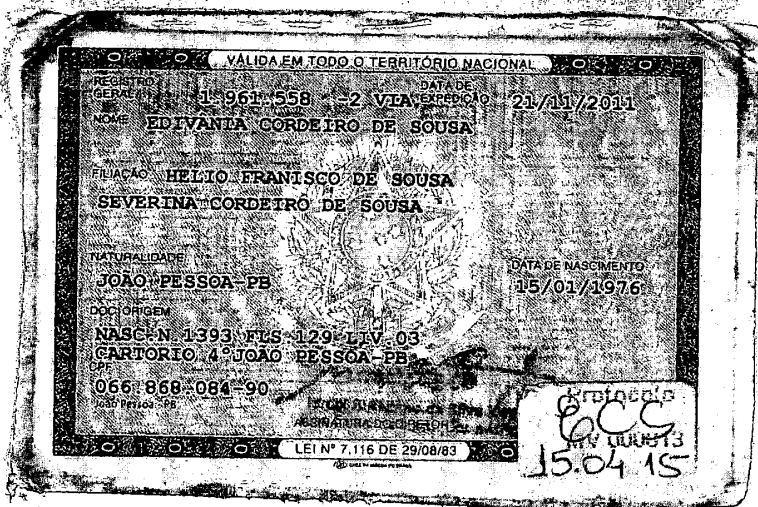
Nascimento
20/12/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



192.168.010.019







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

Processo n.º 08069066320188152001

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

DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

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



O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, não há informações complementares do veículo conduzido pela parte Autora, constando apenas declarações totalmente unilaterais de terceiros.

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



Perceba ainda Exa., que na inicial, a parte Autora informa que o acidente se deu dia 06/06/2017, já no boletim de ocorrência constou o dia 23/12/2016, vejamos:

INICIAL:

1. DOS FATOS.

No dia **06/06/2017** a parte autora sofreu um acidente de trânsito (colisão entre veículos), vindo a ficar com **debilidade permanente membro inferior direito, por grave fratura do fêmur esquerdo, tendo que ser submetido a tratamento cirúrgico, restando com diversas sequelas permanentes**, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Veio relatar que seu filho de nome LEONARDO DE SOUSA RUFINO (RG 4.064.300 SSDS/PB) sofreu um acidente de trânsito no dia 23/12/2016 às 23h próximo a feira de Oitizeiro, nesta, QUE seu filho estava a caminho do trabalho, QUE o mesmo teve ferimentos e foi socorrido para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta, e no dia 26/12/2016 foi transferido para o Hospital da UNIMED, nesta, onde encontra-se internado até a presente data sem previsão de alta médica, aguardando cirurgia.

ADENDO(S):

Que na data 06/06/2017, à(s) 15:25 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A noticiante declara que seu filho Leonardo de Sousa Rufino no dia do acidente acima descrito estava pilotando a motocicleta de placa OEX 3191/PB, que estava na faixa da direita e passou para a faixa da esquerda momento em o carro da frente parou e seu Filho Leonardo de Sousa Rufino colidiu na traseira do carro, e o condutor do carro se evadiu local.. Adendo registrado por: Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula: 1819763.

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

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

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



Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial o boletim de ocorrência, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

Perceba ainda Exa., que na inicial, a parte Autora informa que o acidente se deu dia 06/06/2017, já no boletim de ocorrência constou o dia 23/12/2016, vejamos:

INICIAL:

1. DOS FATOS.

No dia **06/06/2017** a parte autora sofreu um acidente de trânsito (colisão entre veículos), vindo a ficar com **debilidade permanente membro inferior direito, por grave fratura do fêmur esquerdo, tendo que ser submetido a tratamento cirúrgico, restando com diversas sequelas permanentes**, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Veio relatar que seu filho de nome LEONARDO DE SOUSA RUFINO (RG 4.064.300 SSDS/PB) sofreu um acidente de trânsito no dia 23/12/2016 às 23h próximo a feira de Oitizeiro, nesta, QUE seu filho estava a caminho do trabalho, QUE o mesmo teve ferimentos e foi socorrido para o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta, e no dia 26/12/2016 foi transferido para o Hospital da UNIMED, nesta, onde encontra-se internado até a presente data sem previsão de alta médica, aguardando cirurgia.

ADENDO(S):

Que na data 06/06/2017, à(s) 15:25 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A noticiante declara que seu filho Leonardo de Sousa Rufino no dia do acidente acima descrito estava pilotando a motocicleta de placa OEX 3191/PB, que estava na faixa da direita e passou para a faixa da esquerda momento em o carro da frente parou e seu Filho Leonardo de Sousa Rufino colidiu na traseira do carro, e o condutor do carro se evadiu local.. Adendo registrado por: Maria Iva de Sousa Vieira, Agente de Investigação, matrícula: 1819763.

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

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.



Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515211200000038409002>
Número do documento: 21030810515211200000038409002

Num. 40322279 - Pág. 5