



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_ANexo_02	Outros Documentos
40322 279	08/03/2021 10:51	2557674_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810514959800000038408996>
Número do documento: 21030810514959800000038408996

Num. 40322273 - Pág. 1

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

Vitima: 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 inicio 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



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2017

Carta n°: 10943498

A/C: LEONARDO DE SOUSA RUFINO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170242685 ASL-0161186/17
Vitima: 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



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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Confidencial da Indenização da DPVAT

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.

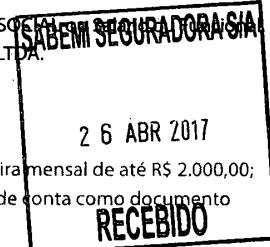
EU, Leonardo de Souza RufinoPORTADOR(A) DO RG Nº 4.064.300EXPEDIDO POR IPC - PR3EM 19/06/2012CPF 11807589439 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO Conferente

E RENDA MENSAL DE R\$ Reverte (*) 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;
- 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 Lotáticas 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 DESCRIÇÕES, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pedro, 25 de Abril
LOCAL E DATA

de 2017



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

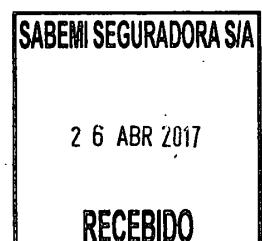
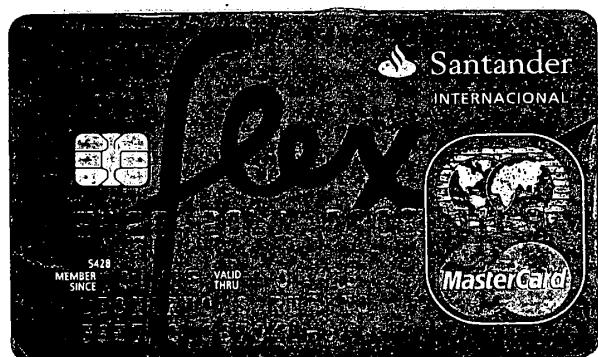


ATENÇÃO

- 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.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





192.168.010.019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>
Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 6



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 Sáua RufinoPORTADOR(A) DO RG Nº 4.064.300EXPEDIDO POR SSD51PBEM 19/06/2012CPF 118025894-39 /CNPJ 00000000000000000000, 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 Sáua 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 (conservado ou funcional).
- 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 Lotéricas 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, mediante 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.**

ISABELA SEGURADORA S/A20 JUN 2017RECEBIDO

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 Pedro, 02 de Junho de 2017
LOCAL E DATA

Leonardo de Sáua 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.



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: 01-087841-6

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.





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 Mangueira Lima de Assis**, Agente De Investigacao, 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.

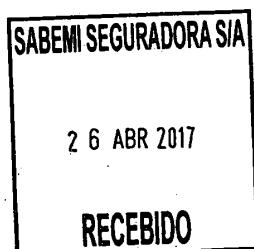
Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Alinne Mangueira Lima de Assis
Agente De Investigacao

João Pessoa (PB) 28 de Dezembro de 2016

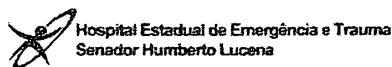
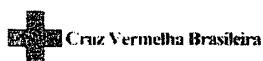
Edivânia Cordeiro de Sousa
EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA

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 63	Fone Móvel 98440559	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência BAIRRO SAO JOSE		Type 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		Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	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	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
AURINEIDE QUEIROGA DANTAS

SABEMI SEGURADORA S/A

CID

Tempo
04min 34seg

Imprimir

26 ABR 2017

RECEBIDO

24/12/2016 00:32



SABEMI SEGURADORA SIA

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

20 JUN 2017

RECEBIDO



**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 Investigacao, 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 Investigacao, 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 Investigacao

EDIVÂNIA CORDEIRO DE SOUSA
Noticiante

Procedimento Policial: 01433.01.2016.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>
Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 11



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 - Busto, 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.

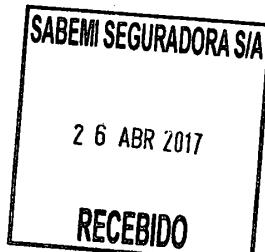
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

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
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

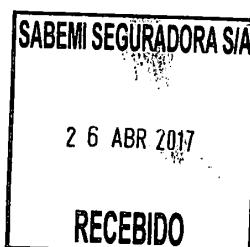
DECLARAÇÃO

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 as 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
CRESP Regist. 10171
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
SAMU 192 JP



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





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leonardo da Sousa Rufino,

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

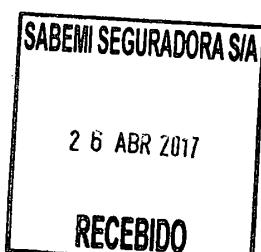
CPF nº 118.045.894-39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro.

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Galdino da Silva</u>
Número	<u>33</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bristo</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 da Sousa Rufino





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivânia Bordéus de Souza,

RG nº 1.961.558, data de expedição 21/11/2011, Órgão SST/PPB,

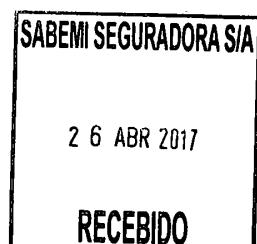
CPF nº 066.868.084-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Hilton Kedreiros de Moraes</u>
Número	<u>S/N Q. 69</u>
Apto / Complemento	<u>BL 04 - APT. 102</u>
Bairro	<u>Colinas do Sul</u>
Cidade	<u>Gramame</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58068-390</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99744-0559</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Edivânia Bordéus de Souza



SEVERINA CORDEIRO DE SOUZA
RUA ALTON MEDEIROS DE MORAES S/N - 69 BL/7 AP. 102 - GRAMAME
BLOCO PESSOA/PB CEP: 58066091 (AD-11)

Classe/Sulco: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Referência Abr/2016
Roteiro 1-2-901-3668 Emissa 0341-04/2016
Nº medidor 00008356371

energisa
ENERGIA PARA VIDA - LISTA DE FIDUCIADE ENERGISA SIA
B1230 Km26, Cidade Reitoria, João Pessoa/PB CEP: 58018-180
CNPJ 09.095.183/0001-40, Inscrição Estadual 16.015.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: 000062834
Código para Débito Automático: 00016765332

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1576533-2**

Abri / 2016 **Canal de contato**

Apresentação

04/04/2016

Data prevista da próxima leitura

04/05/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

5454609494
Insc. Est.

Faturas em atraso

11/03/2016 131,18
10/07/2014 44,44

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo** **Dias**

Data Letura Data Letura

04/03/16 6873 04/04/16 7020 147 31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	147	0,41917	61,47
Adic. B. Amarela			1,92
ICMS			24,51
PIS			0,51
COFINS			2,36
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			
3,83			

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16	172
Feb/16	126
Jan/16	178
Dez/15	136
Nov/15	167
Out/15	176
Sep/15	183
Agosto/15	159
Jul/15	181
Jun/15	164
Maio/15	156
Abri/15	134

Media dos últimos meses

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

11/04/2016 **R\$ 94,40**

RESERVADO P/ FSC

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Maceió

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
6,60	1,95	1,00
11,10	1,95	1,00
22,00	1,95	1,00
1,50	1,95	1,00
0,97	1,95	1,00
13,35	1,95	1,00
3,24	1,95	1,00
12,22	1,95	1,00

ATENÇÃO

RELEVO: Caso a conta permaneça inadimplente, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/04/2016. Conforme o artigo 14 da ANEEL. O pagamento que essa data não efetuado, o serviço suspenso. O fornecimento só retomará quando o cliente consumidor efetuar o pagamento. Caso essa data esteja paga, o fornecimento permanecerá normalmente. Neste prazo, não vale para as faturas de 2016. As faturas de 2015, o fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento a partir da data de vencimento. Caso essa data seja paga, o fornecimento permanecerá normalmente. A fatura sujeita a inclusão em dívidas de prazo de 120 dias caso o fornecimento permanecer inadimplente.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>
Número do documento: 2103081051506900000038409001

Num. 40322278 - Pág. 17



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 MOTOCICLÍSTICO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DE FÉMUR 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 FÉMUR ESQUERDO- RELATO COT- FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR ESQUERDO
RX DO JOELHO ESQUERDO

TRATAMENTO

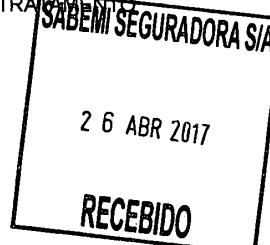
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO
TRANSESQUELETICA EM MI ESQUERDO. OPERADO POR DR. JOÃO HENRIQUE + MEDICAÇÃO.

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


Dr. 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 TRA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



10000004207962 BE.: 969633
LEONARDO DE SOUSA ROFINO
DT. NASC.: 20/12/1986
MAE: EDVANIA CORDEIRO DE SOUSA

END.: DO RIO
N. SN - S 80 JOS 8
JORD PESSOA
FONE: (83) 98440559
CELLULAR: (83) 98440559
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

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

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Pacienteultimo de guinde de moto, jogado pelo JAU, apresentando fraturado femur (), com ↓ do mobilizável do membro.

EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS Périvas Obstruídas

CERVICAL IMMOBILIZADA: 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 type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído. <input type="checkbox"/> Ausente	HTE	<input type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente
-----	--	-----	---

RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	HTD	Roncos	HTE	Roncos
<input type="checkbox"/> Não	Sibilos	Sibilos	Estertores	Estertores

Fr. _____ imp. _____ SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: Normal Pálida Cianótica

TEMPERATURA DA PELE: Normal Quente Fria

PULSO: Normal Aumentado

Fino Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

Regular Irregular Ausente

BULHAS: Normatonéticas Hipofonéticas

Hipofonéticas Ausente

SOPRO: Presente Ausente

BE OU B4: Sim Não

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

ECG: _____

ABDOMEN: *húedo, doloroso, 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 continuto 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



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

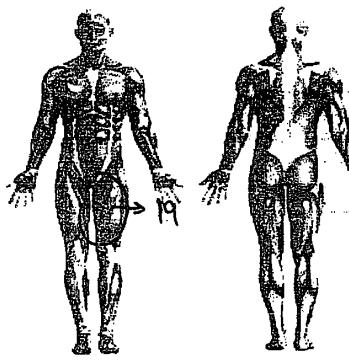
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>

Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 19

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 2 Amputação 3 Avelasão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquémia 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	depurina 1/4 + AD GJ		
3	Butopfenox 100g + 500ml IF 0,9% GJ		
4	titonopromo 01 emp IM		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da DRIO / às : _____ do dia / /
 Solicito parecer da _____ / às : _____ do dia / /

DESTINO DO PACIENTE
 DATA _____ / _____ / _____
 SAÍDA _____ / _____ / _____
 HORAS: _____ : _____

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

ASSIN
ASSIN
ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
F(NG).CC.001-1




**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



FEETSHL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Leonardo da Vinci

FENG FNE018-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>
Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 21



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004287956 96 969696
LEONARDO DE SOUSA ROFINO
DT. NASC.: 20/12/1995
MRE: EDVANIA CORDEIRO DE SOUZA

END.: DO RIO
N. SN - S 80 JOS &
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (83) 99440569
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

F(NG) ENF.018-1



Anexo II

 Sistema Único de 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		
1- S. S. N.				
3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4- CNES		
Identificação do Paciente				
5- NOME DO PACIENTE		6- N° DO PROFISSIONAL		
6- NOME DO PACIENTE		6- N° DO PROFISSIONAL		
7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CONS)		8- DATA DE NASCIMENTO		
7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CONS)		8- DATA DE NASCIMENTO		
9- NOME DO PACIENTE		10- SEXO		
9- NOME DO PACIENTE		10- SEXO		
11- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12- TELFONE DE CONTATO		
11- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12- TELFONE DE CONTATO		
13- ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14- COD. IBGE MUNICÍPIO		15- UF
13- ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14- COD. IBGE MUNICÍPIO		15- UF
13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14- COD. IBGE MUNICÍPIO		16- CEP
13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14- COD. IBGE MUNICÍPIO		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		29- DIÁRIA DE UTI TIPO I		30- DIÁRIA DE UTI TIPO II
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II
31- QTDE		32- QTDE		33- QTDE
34- QTDE		35- QTDE		36- QTDE
38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<p>01.06 de 2021 - RJ: 34.0</p>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. DATA DA SOLICITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		2021/06/01		
41. DOCUMENTO		42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
AUTORIZAÇÃO				
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45. COD. ORGÃO EMISSOR		46. DATA DA AUTORIZAÇÃO
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
47. DOCUMENTO		48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Dados: _____ DE/Prontuário: 969633
 Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. João Henrique 1º Assistente: Dr. Cláudia (AS)
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rafaela
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
Fratura da Diáfise do fêmur		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Trégua Transequeletica em MTE (Tibia proximal)	

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 24/12/16

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito dorsal sob anestesia
- 2 - Acessório + Asepsia
- 3 - Aferição de casas Cirúrgicas

Incisão:

Achados:

Conduta:

4 - Colocação de Tráquea
Tráquea exposta com fita K 40
na perfuração feita de
frente para trás + manuseio de
fascíolo + Bkg de feio

5 - Curvatura esternal

6 - Rx de controle

Fechamento:

Observação:

Glauber M. Novais Miranda
CRM: 10000
39220

João Pessoa, 24/02/2020

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE:	João Pedro de Souza Quintino.						
IDADE:	21	SEXO:	BE	CONTÚARIO:	ENFERMARIA:	LEITO:	
CIRURGIA:	Mamoplastia de aumento						
CIRURGÃO:	Dr. Joaquim Almeida aux. Dr. Guedes						
ANESTESIA:	Gástrica						
ANESTESISTA:	Dr. Guedes						
INSTRUMENTADOR:							
DATA:	24-12-16	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:		FIN:	CIRURGIA: INÍCIO:	12:30	— : 32:30
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA I (ASA2) (ASA3) (ASA4) (ASA5)							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA	1	S-5-Q	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	S-2-Q	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. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº		
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº		
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº		
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº		
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº		
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPÉTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	10		
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	1		
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25X07	1	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	L		
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº		
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIACA		
NIMBILUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN Nº		
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº 210		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA	L	CATETER DE OXIGÉNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR		
ATROPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PAM		
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA	L	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA		
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA	L	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICIAIS		
Efedrina		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICIAIS		
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	OK	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR		
IIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	OS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA		
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICCNE (LATEX)	PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			() ASPIRADOR		
PROTAMINA		ESPINHA DE PVPI	L	FIOS	() BISTURI ELÉTRICO		
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº	() CAPNÓGRAFO		
		GAZES	OK	FIO ALGODÃO S/A Nº	X CÁRDIOMONITOR		
		GAZES ALGÓDOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº	() DESFIBRILADOR		
		GEL ELETROLÓTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	() FOCO AUXILIAR		
		JELCO Nº14			() FOCO CENTRAL		
		JELCO Nº16			() MICROSCOPIO		
					X OXÍMETRO DE PULSO		
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA		
					X PERFURADOR ELÉTRICO		
					() SERRA		
					CIRCULANTE		
Maria Elizabeth da S. B. Rec. de Enfermagem 89100 COREN 610003							

F(NG).ASCIR.021-2



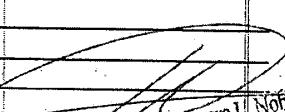
FICHA DE ANESTESIA

DATA: 29/12/16

PRONTUÁRIO: 969633

PACIENTE: <i>homem de S. Roque</i>	SEXO: M	COR: P	IDADE: 28																																											
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg	PULSO: 79 bpm	RESPIRAÇÃO: 16/min	TEMPERATURA: 36,8°C	PESO: 70 kg	GRUPO SANGUÍNEO: 1																																									
ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO																																													
EXAMES COMPLEMENTARES U.P.M.																																														
AP. RESPIRATÓRIO: MVR 1000 ml/min SXR RA	AP. CIRCULATÓRIO: <i>normotensão, Rely 23, BCF, 51%</i>																																													
AP. DIGESTIVO: <i>norm. Tijucu</i>	ESTADO MENTAL: LOTE	DRÓGAS EM USO: U.P.M.																																												
PRÉ-ANESTÉSICO: <i>U.P.M.</i>	DOSE/HORA: <i>U.P.M.</i>	ESTADO FÍSICO (ASA): <i>1</i>																																												
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de fíbula tibia e</i>																																														
CIRURGIA REALIZADA: <i>Tirada de prosthesis</i>																																														
IRURGIÃO: <i>Dr. José Alves auxiliares Dr. Gleison</i>	AUXILIARES: <i>Dr. Gleison</i>																																													
INÍCIO DA ANESTESIA: 12:15	TERMINO DA ANESTESIA: 12:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 15																																												
ÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH:	VALORES R\$:																																												
ANESTESISTA: <i>Leopoldo A. T. CPE: 006.074.774-6</i>	CRM-PB: <i>20072</i>																																													
AGENTE/HORA: <i>O2 Gássica + 4% N2O</i>																																														
LÍQUIDOS VENOSOS:																																														
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">PULSO</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td>160</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>120</td> <td>100</td> <td>80</td> <td>60</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>CONIGOS</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td>160</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>GIRURGIA</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td>160</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>X ANESTESIA</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td>160</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>P. ARTERIAL SISTÓLICA</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td>160</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>DIASTOLICA</td> <td>120</td> <td>100</td> <td>80</td> <td>60</td> <td>40</td> </tr> </table>						PULSO	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	CONIGOS	220	200	180	160	140	GIRURGIA	220	200	180	160	140	X ANESTESIA	220	200	180	160	140	P. ARTERIAL SISTÓLICA	220	200	180	160	140	DIASTOLICA	120	100	80	60	40
PULSO	220	200	180	160	140																																									
	120	100	80	60	40																																									
CONIGOS	220	200	180	160	140																																									
GIRURGIA	220	200	180	160	140																																									
X ANESTESIA	220	200	180	160	140																																									
P. ARTERIAL SISTÓLICA	220	200	180	160	140																																									
DIASTOLICA	120	100	80	60	40																																									
SISTORIZAÇÃO																																														
1. P. ARTERIAL																																														
ECG																																														
1. DIRESCO																																														
ANOTACOES: <i>1. Volumétrico cheio 2. Drenagem 3. Drenagem de coxas 4. Drenagem de fíbula e seu conteúdo 5. Drenagem de coxas</i>																																														
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> ERIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOC. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOC. NERVOS	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: <i>secreto</i>																																									
TECNICA: <i>Paciente diti, Mcl, baCO2, Sedacor eva 0102 03</i>																																														
LIQUIDOS	Volume em ml:	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO																																												
GLICOSE	1	<i>Diamox 240</i>																																												
NACL	2	<i>Furosemide 100 mg</i>																																												
SANGUE	3	<i>Propofol - 600 mg + 80 mg</i>																																												
RINGER	4	<i>1 x 500 ml Diprivan 2%</i>																																												
TOTAL	5	<i>Citracetina 25</i>																																												
DESTINO DO PACIENTE	6	<i>ND-2</i>																																												
<input type="checkbox"/> APT°	7																																													
<input type="checkbox"/> UTI	8																																													
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	9																																													
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	10																																													
<input type="checkbox"/> OUTROS	11																																													
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES																																														
<p><i>2. Nenhum comorbidade, uso de medicamentos</i></p> <p><i>2. Nenhum alergia médica relevante.</i></p> <p><i>2. Aconselhamento preposto</i></p> <p><i>2. Receptividade ao anestesista</i></p> <p><i>Dr. Renato Wanderson A. Farias</i></p>																																														
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <i>Rafaela</i>																																														
(Nº) ASCIR: 026-1																																														



Hospital	HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA		
Unimed	Sistema de Urgência e Emergência		
João Pessoa	Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência		
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	18º Dto de peritura		
Exame Físico	de ferur e seu queim		
Alergia	Medicação em Uso		
Hipótese Diagnóstica	Peritura no Ferur e		
Exames Imagens	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> TC - Contraste <input type="checkbox"/> OUTROS		
Exames Laboratoriais	<input type="checkbox"/> HEM <input type="checkbox"/> URE <input type="checkbox"/> CREAT <input type="checkbox"/> GLIC <input type="checkbox"/> URE <input type="checkbox"/> NA+ <input type="checkbox"/> K+ <input type="checkbox"/> ENZ.CARD. <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> BILIR <input type="checkbox"/> FOSFAT <input type="checkbox"/> DENG OUTROS		
Prescrição Data/Hora	/ / : : : : Horário		
Col. Retirar panos			
 Edigarino Bardeiro de Souza PACIENTE/RESPONSÁVEL			
Dr. Heuler Romualdo Nobre Ortopedia/Traumatol. CRM-PB MEDICO PLANTONISTA			

CONFERE COM ORIGINAL

Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





192.168.0.10.019



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, ÓRGÃO 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>
Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 31



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





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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>
Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 33

192.168.010.019



HOSPITAL ALBERTO ARQUÍVIA MANDRELL
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

CRM - 1738
de Joelho e Quadril
Especialista Arthroplastia Total
Dr. JOSE GUTEMBERG C. de Lima
JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA

CRM - 001738

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Arthroplastia 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



192.168.010.09



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, ÓRGÃO 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

CRM - 1738
de Joelho e Quadril
Especialista Artroplastia Total
Dr. JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
CRM - 001738
JOSE GUTEMBERG CRUZ DE LIMA
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

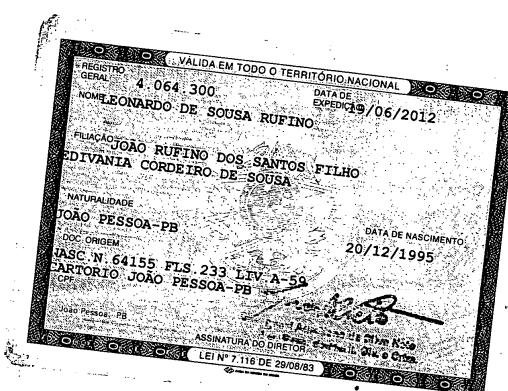
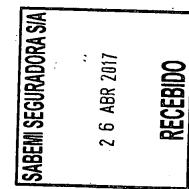
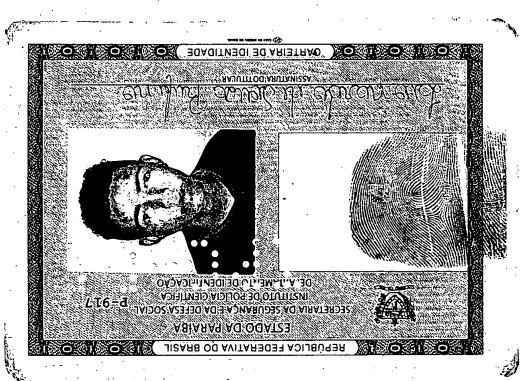


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>

Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 35

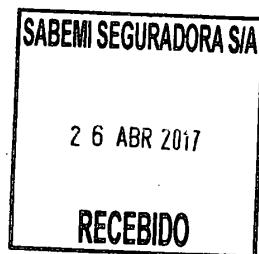
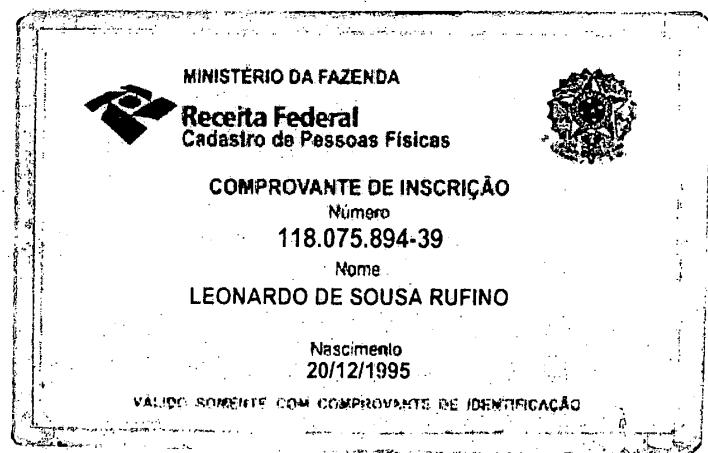


କୁମରାଜ୍ୟା ଲକ୍ଷ୍ମୀ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103081051506900000038409001>
Número do documento: 2103081051506900000038409001

Núm. 40322278 - Pág. 36

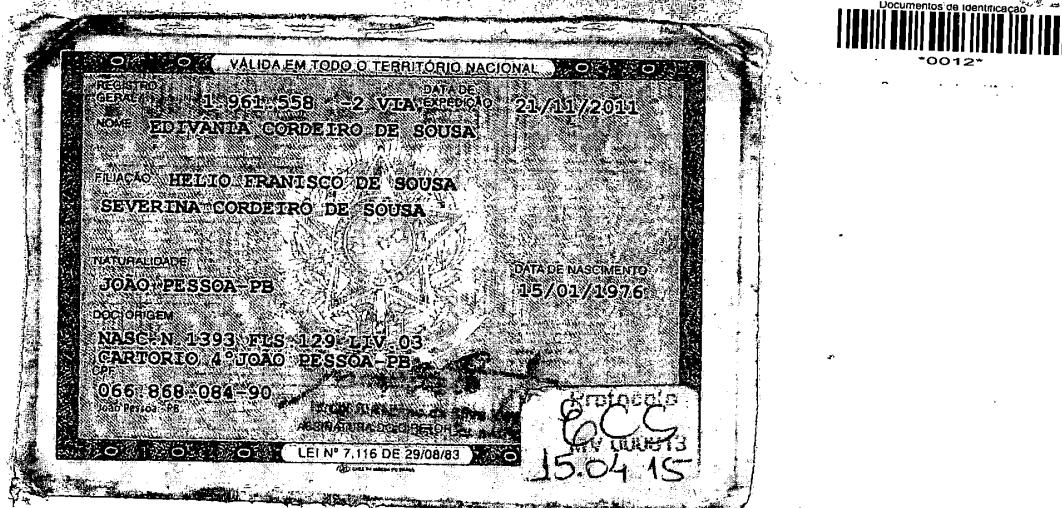


192.168.010.019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810515069000000038409001>
Número do documento: 21030810515069000000038409001

Num. 40322278 - Pág. 37



SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2017

RECEBIDO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16^a 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 Duto 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 pendencia, 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.

Inérgia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão 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.joaoarbosaadvass.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. 1

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 transscrito:

"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 inherência 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, açãoar 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



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. 2

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, às 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 Investigacao, 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 pare 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 for 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 inexiste 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, às 15:25 horas, na Central de Policia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia 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 Investigacao, 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 for 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