

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO**

Nº Sinistro: **3180101347**

Vitima: **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO**

Data do Acidente: **25/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180101347**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12478295



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO**

Sinistro: **3180101347**

Vítima: **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO**

Data do Acidente: **25/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180101347** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO**

Nº Sinistro: **3180101347**

Vitima: **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO**

Data do Acidente: **25/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180101347**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180101347**
Nome do(a) Examinado(a): **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DO MEIO nº 448 - SÃO JOSÉ - JOAO PESSOA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4351749 - SSP**
Data e local do acidente: **25/09/2017 JOAO PESSOA/PB**
Data e local do exame: **16/03/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO TRATADA CIRURICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 07 CM NO TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. NÃO DETECTAMOS DEFICITS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES INCAPACITANTES.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS INCAPACITANTES.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador: O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

709.986.104-29

Leonardo de Medeiros Apolinário

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Leonardo de Medeiros Apolinário	CPF titular da conta 709.986.104-29	Profissão auto-motista
Endereço Rua do meio	Número 448	Complemento
Bairro São José	Cidade João Pessoa	Estado PB
E-mail alexamachado@uol.com.br	CEP 58034-515	Telefone (DDD) 98663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0729

(Informar dígito se existir)

CONTA

00037466

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGD

AGÊNCIA

Nome

D/V

CONTA

Nome

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 09 de Janeiro de 2018

Local e Data

Leonardo de Medeiros Apolinário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00137.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00137.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:38 horas do dia 23 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Alcebiades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu **Leonardo de Medeiros Apolinário**, CPF nº 709.986.104-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Maria Goreth Ferreira de Medeiros e Manoel Apolinário Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/11/1997 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Meio, Nº 448, bairro São José, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho "João da Gata", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98826-0543.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Maria Rosa, Próximo Ao Berçário Mãe Coruja, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/09/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

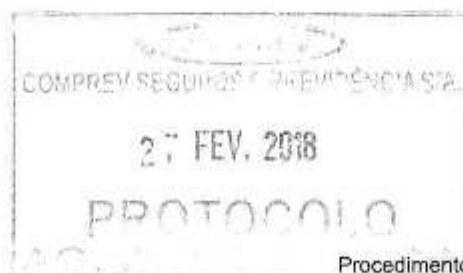
Conduzia a motocicleta Honda CB 250F, preta, placa QFD6533 PB, registrada em seu nome, mesmo sem possuir CNH para tal, quando foi "fechado" por um veículo que não recorda as características, mas com anotação de placas NPY 1042, que saiu do lado esquerdo da via em direção ao lado direito, a fim de acessar um estacionamento, não observando a aproximação do declarante, que não conseguiu evitar o choque, colidindo na lateral direita do citado veículo. Informa que a condutora do veículo parou e prestou auxílio ao declarante, que em seguida foi socorrido por um amigo de nome ALDAIR, que o levou para sua residência, sendo em seguida levado por seu cunhado de nome CLEBER até o HEETSHL, conforme laudo médico / boletim de entrada nº 1030002. Informa que não deseja representar contra a condutora do veículo causador do acidente.

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

João Pessoa/PB, 23 de janeiro de 2018.


ALCEBIADES BARBOSA DE AZEVEDO
Escrivão de Polícia


LEONARDO DE MEDEIROS APOLINÁRIO
Noticiante



Procedimento Policial: 00137.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Leonardo de Medeiros Apolinário

CPF da Vítima

709.986.104-29

Data do Acidente

25-09-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Paulo de Almeida de 2018

Local e Data

Leonardo de Medeiros Apolinário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO

Nº. 0029/2018

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº63942 e Prontuário Nº 2017.09.003699 pertencentes a **LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO** que foi atendido dia 25/09/2017 às 23H34min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/10/2017 com alta médica dia 04/10/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3883



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTENÓGRAFO

MATRÍCULA

171050

REFERÊNCIA

JAN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERALDO A DOS SANTOS

RUA MEIO, 448 - SAO JOSE JOAO PESSOA PB 58034- 515

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.057.045.0326.0001		0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água			Situação Esgoto	
			LIGADO			LIGADO	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
10			04/02/2018				
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.							
DEZ/2017	10	0	PARANETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2017	10	0	TURBIDEZ	294	294	294	
OUT/2017	10	0	CLORO	294	294	294	
SET/2017	10	0	COL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2017	10	0	COR	77	84	84	
JUL/2017	10	0	COL.TOTAIS	294	294	294	
MEDIA(M)			DADOS REFERENTES A: NOV/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 05/01/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:35:52

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

36,84

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ESGOTO

10 M3

29,47

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,13 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

17/01/2018

Total a Pagar:

R\$ 66,31



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NAO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.

LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARI
DE: NO DIA 18/01/2018 AS 14:00H.





07833220

Assinatura do Titular da Carteira



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



CONSELHO NACIONAL DE ADVOCACIA
- OAB -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais (Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

CONSELHO NACIONAL DE ADVOCACIA

da Paraíba

Inscrição Nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO/RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/08/1982

Data de Comparação C.A.B.

12/12/2008

Data de Comparação de Grau

30/07/2007

Data de Exatidão

12/01/2008

Jose Mario Ponto Junior

JOSE MARIO PONTO JUNIOR
PRESIDENTE

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 9005B
MARIA ROSA
58.116-160 JOAO PESSOA - PB

907/013314867

CPF/CNPJ
046.502.754-74

Vencimento
25/09/2017

194,64

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

VIA DE FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSA NET.COM.BR

importante:

Minha NET:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leonardo de Medeiros Apolinário inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.986.104-29, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Leonardo de Medeiros Apolinário, inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.986.104-29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Mamaione</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracesar.duarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>

João Pessoa, 09 de Dezembro de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COB-PRÉV. SEGUR. DPVAT
27 FEV. 2019
PROTOCOLO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 63942 Atd: Nao Regula
Data: 25/09/2017
Hora: 23:34:09
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SER
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO
CNS: 898003051805817 Sexo: M IDENTIDADE: 4351749 Fone: 988260543
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/11/1997 Id: 19 ano(s)
End.: RUA FABIO SILVA LIMA, 448
Bairro: SAO JOSE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS Pai: MANOEL APOLINARIO SOBRINHO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resr: MAE

Tel: Soc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTOC AS 20:00/MANAIRA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AZUL

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal
TRAMA EM MSE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico Ex do ambiente Conduta Fx do membro

Prescrição

Horario da medicacao

Eduardo Nobrega Campos
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 87681/CRM-PE 23908

paciente - 20/09/17
Realizado, encaminhamento +
avaliação

10/09/17
10/09/17
10/09/17

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Leonardo de Melo N. da Silva Data da Admissão: 27/09/14
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M (x) Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____
QPD: Do + deformidade articular
HDA: Paciente com fratura de fêmur do lado direito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente ~~deitado~~ em Decúbito Dorsal Horizontal Sob Anestesia.

- Asepsia + Antisept.
- Aplicação de sang. ester.

Incisão:

Achados: Incisão longitudinal em Região Dorsal Plano Dorsal (1/2 de Tumbão).

Conduta:

- Dissecção por planos até a Fascia do abdômen.
- Hemostasia Absoluta.
- Fixação interna com placa DCP de 7 Fibras + 6 parafusos corticais.
- Observada Boa Medula por escopia.
- Sutura por planos.
- Curativo.
- Mobilização.
- Rx de controle.

Fechamento:

OBS:

Data: 23/10/17.


 Dr. Eneas P. Bessa Neto
 MÉDICO
 CRM - RN 8498

MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ▼ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

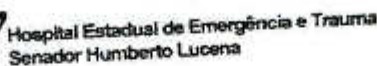
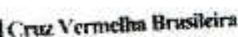
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: A

Hipóteses Diagnósticas: Sx do artelho T

Conduta: Fo Ortop



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1030002



Identificação do paciente				Sexo
ID	Nome			Masculino
1213891	LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO			Prontuário
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	
30/11/1997	19 anos 9 meses 23 dias			
Mãe	Pai			
MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS	MANOEL APOLINARIO SOBRINHO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
	O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
83	988260673			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
RG (IDENTIDADE)	4351749	898003051805817		
Local de procedência		Tipo	UF	
MANAIRA		BAIRRO	PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
	JOAO PESSOA			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58034510	JOAO PESSOA	PB	FABIO SILVA LIMA	
Número	Complemento	Bairro		
448		SÃO JOSÉ		
Admissão				
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio		
25/09/2017 19:34:35	1000006046865	SUS		
Especialidade	Clínica		Origem do paciente	
Clínica			RUA	
Classificação de risco			Detalhe do acidente	
			VEICULO X MOTO	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento			
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
Não	Não	Não	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
CARRO PARTICULAR				
Sinais Vitais				
PA	Pulso	Temperatura		
x mmHg				
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Alta cir-geral				
Diagnóstico	CID			
Atendido por	Tempo			
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	48seg			

[Imprimir](#)



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 MEDEIROS APOLINÁRIO
DATA DE NASCIMENTO	30/11/97
NOME DA MÃE	MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1030002
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	25/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	19:34
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO (VEÍCULO X MOTO)
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S 52.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO- FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO
RX DE COTOVELO ESQUERDO

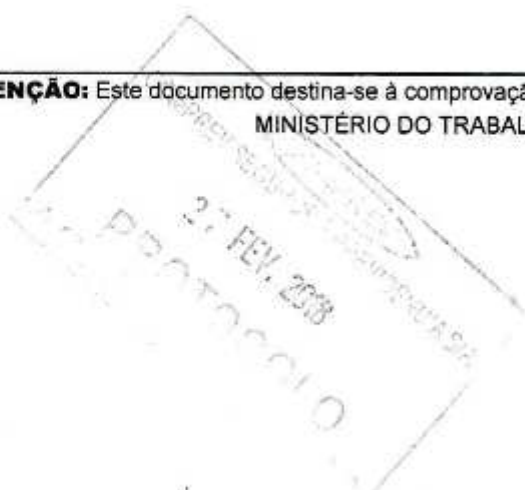
TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR COT E ENCAMINHADO AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO AXILOPALMAR ESQUERDO.

ALTA HOSPITALAR: TRANSFERÊNCIA- 25/09/2017
DATA DA EMISSÃO: 23/12/2017

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

1030002

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO						CNS 898003051805817	Prontuário
Data de Nascimento 30/11/1997	Idade 19A 9M 26D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS			Nome da Pai MANOEL APOLINARIO SOBRINHO				
Endereço FÁBIO SILVA LIMA			Bairro SÃO JOSÉ				Cep 58034510
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 988260573		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262		Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares PACIENTE ENCAMINHADO PARA O ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA; CONFORME PACTUAÇÃO;		
CID S52.3	Data de encaminhamento 25/09/2017 20:45:19	


Assinatura e carimbo do profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO	SAE 1030002	Data/Hora Entrada 25/09/2017 19:34:35	Data Baixa 2017-09-25 20:45:19.0
Data de nascimento 30/11/1997	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898003051805817
Mãe MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS			Telefone de Contato (83) 988260573
Endereço FABIO SILVA LIMA, 445	Bairro SÃO JOSÉ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	Nº Cons. Regional 5762/PB
Data/Hora Classificação 25/09/2017 19:36:53		Data/Hora Prescrição 25/09/2017 20:45:20	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQ.;
NEGA TRAUMA EM CABEÇA;
EX.FÍSICO: - GLASGOW 15; SEM DEFICIT NEUROVASCULAR; - EDEMA E DOR EM ANTEBRAÇO ESQ.;
RXS DE ANTEBRAÇO ESQ.: - FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO ESQUERDO;
CD: IMOBILIZAÇÃO;
CONFORME PACTUAÇÃO ENTRE OTOTRAUMA E HOSPITAL DE TRAUMA;ENCAMINHO O MESMO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA;

CID10

Código	Descrição
S52.3	Fratura da diáfise do rádio

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	Data e Hora 25/09/2017 20:45:19
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações PACIENTE ENCAMINHADO PARA O OTOTRAUMA DE MANGABEIRA; CONFORME PACTUAÇÃO;

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(5762/PB)

LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO		Prontuário
Data de 30/11/1997	Nº Boletim Emergência 1030002	
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO - Esquerdo
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

Tala avulso palmar esquerda

Shefferson Pinheiro Dantas
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

RAIOS-X	
TIPO ...	<u>25 / 02 / 12</u>
DATA ...	<u>20 : 20</u>
HORA ...	<u>Thiago Inelk</u>
INDIC. TÉC. RAD.	
ASS.	

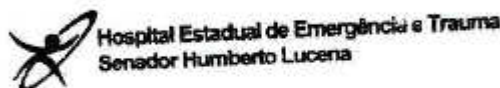
COMPENSAÇÃO DE VALORES
21. FEV. 2018

25 de Setembro de 2017

Zalmir
Médico
Ortopedia

Assinatura e Rubrica do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e fisioterapia anexo formulário



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel. 32165700
CNES:

Paciente LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO		BAE 1030002	Data/Hora Entrada 25/09/2017 19:34:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/11/1997	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898003051805817	Telefone de Contato (83) 988260573
Mãe MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS		Prontuário		
Endereço FÁBIO SILVA LIMA, 448		Bairro SÃO JOSÉ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ZALMIR REICHERT FILHO		Nº Cons. Regional 3518/PB
Data/Hora Classificação 25/09/2017 19:36:53		Data/Hora Prescrição 25/09/2017 19:58:48		
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

acidente de moto, com trauma no cotovelo esq. solic rx e ortopedia

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

CID10

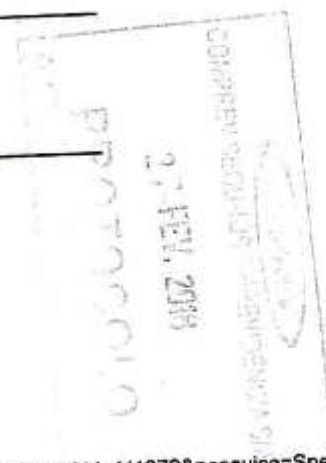
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Zalmir R. Filho
Médico - CRM 3618
Cirurgião
ZALMIR REICHERT FILHO
(3518/PB)

LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Roberto de Medeiros A.</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
	<u>M</u>				
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
<u>25/09/17</u>		<u>04/10/17</u>			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
<u>Fx Rodas</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
<u>O mesmo</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
<u>Rx</u>					

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Iso curativo estéril

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

Cefalexina

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÃO DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES:

Paciente poli-traumático
admitido no PS - Roberto de Medeiros
com fraturas expostas de
osso da perna esquerda.
Em tratamento

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: livre

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão. 7

04/10/17

DATA

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

ASS. MÉDICO CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Leandro de Medeiros A.</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO <u>M.</u>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO

DATA DE ADMISSÃO <u>25/09/17</u>	DATA DE ALTA <u>04/10/17</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fx Rodas</u>		CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Osteoma</u>		
OUTROS DIAGNÓSTICOS		

PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx</u>

PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Iso cirurgico osteoradial</u>

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA <u>Osteoflex</u>

ANATOMIA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	

CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO
--

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <u>Paciente polioperado, com múltiplas cirurgias por fratura de fêmur, com sequelas ortopédicas, evoluindo bem no hospital.</u>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: <u>livre</u>
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA <u>04/10/17</u>	ASS. MÉDICO / CRM <u>[Assinatura]</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DE FÍSICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
REPARTIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

L-004



Manoel de Medeiros Apolinário

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPIRAÇÃO 27/10/2014

REGISTRO
GERAL 4.351.749

NOME

LEONARDO DE MEDEIROS APOLINÁRIO

FILIAÇÃO

MANOEL APOLINÁRIO SOBRINHO
MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOIS ORIGEM

CERT. NASC. Nº23365 - LIVA-21 - FLS.66 V - CARTÓRIO 5º JOÃO
PESSOA-PB

CPF
708.986.104-29

DATA DE NASCIMENTO
30/11/1997

Manoel de Medeiros Apolinário
Secretaria de Segurança Pública
Estado da Bahia

LEI Nº 7.116 DE 29/08/95

COPIA
1352
FEL
2014
COMPRADO
2014



07833220

Assinatura do Titular da Carteira



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



CONSELHO NACIONAL DE ADVOCACIA
- OAB -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais (art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

CONSELHO NACIONAL DE ADVOCACIA

da Paraíba

Inscrição Nº
14438
Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE
Filiação
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE
Nacionalidade
RIO DE JANEIRO/RJ
Nacionalidade
BRASILEIRA
Data de Nascimento
21/08/1982
Data de Compulsão no C.A.B.
12/12/2008
Data de Compulsão de Grau
30/07/2007
Data de Exatidão
12/01/2008

JOSE MARCO PONTA JUNIOR
PRESIDENTE



ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 9005B
MARIA ROSA
58.116-160 JOÃO PESSOA - PB

907/013314867
CPF/CNPJ
046.502.754-74

Vencimento
25/09/2017
Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO
194,64

VIA DE FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSA NET.COM.BR

importante:

Minha NET:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012974295330
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM ERT 20170000093429-6 EXERCÍCIO
1 0111345069-7 00/00000000 2017

LEONARDO DE MEDEIROS AFOLINARIO

70998610429

QPD6533/PB

NOVO PB

9C2MC4400HR006256

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CR 250F TWISTER

2017

2017

2 P/249 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM

00/00/0000

1º

0

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

TOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

27/03/2017

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA-PB

42072

28/03/2017

7003781

DETRAN

CONTRON

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
27-FEB-2017
PONTA GROSSA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180101347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS INCAPACITANTES.

Resultados terapêuticos: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO TRATADA CIRURICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 07 CM NO TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. NÃO DETECTAMOS DEFICITS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES INCAPACITANTES.

Sequelae permanentes:

Sequelae: Sem sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180101347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180101347 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS INCAPACITANTES.

Resultados terapêuticos: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO ESQUERDO TRATADA CIRURICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE 07 CM NO TERÇO MÉDIO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO. NÃO DETECTAMOS DEFICITS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES INCAPACITANTES.

Sequelae permanentes:

Sequelae: Sem sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Leonardo de Medeiros Apolinário,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
autônomo, CI RG nº 4.351.749,
CPF/MF nº 709.986.104-29, residente e domiciliado(a) à Rua
do Meio, 448 - São José,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58034-515, telefone
83-98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2018.

Leonardo de Medeiros Apolinário

OUTORGANTE

Decarinto
100 Ofício



Decarinto
Com o seu
Assinatura

Rua Francisco José de Sá, 100 - Centro, João Pessoa - PB - CEP: 58034-515
Fone: (83) 3211-1000 - Fax: (83) 3211-1001
www.decarinto.com.br