
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



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.seguradoraslider.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. Nexo 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 de 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%

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 ASL

CPF da Vítima

709.986.104-29

Nome completo da vítima

Leonardo de Medeiros Abolivario

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Leonardo de Medeiros Abolivario	709.986.104-29	autônomo
Espousego	Número	Complemento
Duvalmeio	448	-
Bairro	Cidade	Estado
Jardim José	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
alexandracesar.duarte@hotmaill.com	58034-515	98663-4900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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
Nº: 0729 D/V: 000 CONTA
Nº: 37166 DV: 7
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA
Nº: _____ D/V: _____ CONTA
Nº: _____ DV: _____
(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 Lider 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 Abolivario

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 Manaíra; 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:

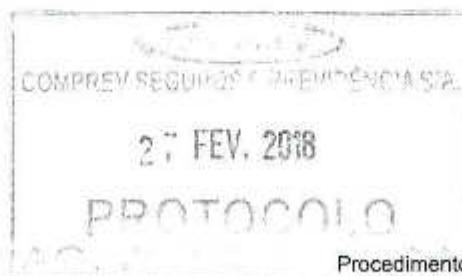
Condizia a motocicleta Honda CB 250F, preta, placa QFD6533 PB, registrada em seu nome, mesmo sem possuir CNH para tal, quando foi "fechado" por um veículo que não recorda as características, mas com anotação de placas NPY 1042, que saiu do lado esquerdo da via em direção ao lado direito, a fim de acessar 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 HEEPSHL, 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, expoço 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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Oliveira Alolina

CPF da Vítima

109.986.104-29

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 Lider 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.

Joas Pessoa de Jamine de 2018

Local e Data

Mirianinha de Medeiros Alolina

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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

Rosangela 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: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

171050

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2018

GERALDO A DOS SANTOS
RUA MEIO, 448 - SAO JOSE JOAO PESSOA PB 58034- 515

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Basilar	Comercial	Industrial	Público	
001.057.045.0326.000	0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA 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
OUT/2017	10	0	CLORO	294	294
SET/2017	10	0	COL. TERMOT.	0	0
AGO/2017	10	0	COR	77	84
JUL/2017	10	0	COL. TOTAIS	294	294
MEDIA(m)			DADOS REFERENTES A: NOV/2017		

DATA DA IMPRESSÃO: 05/01/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 09:35:52
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
AGUA	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE AGUA	10 m³ 36,84
ESGOTO	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO	10 m³ 29,47

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 6,13 PTS E CONFIAS. IFT 1/2017

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
17/01/2018	R\$ 66,31



CONDICÃO 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 PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO. LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELCIANO CIRNE, N 50 - JAGUARI PE NO DIA 18/01/2018 AS 14:00H.





CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição:
046.502.754-74
Nome:
ALEXANDRA CESAR DUARTE
Nascimento:

07833220

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular da Carteira

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO

CONSELHO DOS ADVOGADOS DO BRASIL
- O A B -
O documento de identificação
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é de uso
obrigatório no exercício da atividade
de advogado ou em estágio e
constitui prova de identidade civil
para todos os fins legais.
(art. 53 da Lei nº 6.904, de 04/07/1994)

CONSELHO DOS ADVOGADOS DO BRASIL

Av. Presidente Vargas, 150 - Centro

da Paraíba

Número: 14426
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Mae: ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Endereço: RIO DE JANEIRO/RJ
Município: BRASILEIRA
Data de Nascimento: 21/01/1982
Data de Comprovação C.A.B.: 17/01/2008
Data de Expiração: 12/01/2009

He. Mario V.

JOSE MARIO PORTO ALVOR

PRESIDENTE

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 1058
MANAÚA
CEP 58110-160 JOÃO PESSOA PB

907/013314867

046.502.754-74

Vencimento:

25/09/2017

194,64

Forma de Pagamento:
BOLETO BANCÁRIO

→ Importante:

Este documento é válido para fins de identificação e não para fins de pagamento.

Minha NET:

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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**.

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

²Conselho 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 Mello de Oliveira Apolinario inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.986.104-29, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Leonardo de Mello de Oliveira Apolinario, 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	Número	
<u>Av. Maria Rosa</u>	<u>58</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro	Cidade	
<u>Mamoinha</u>	<u>Joas Pessoa</u>	
Email	Estado	
<u>alexandraduarte@hotmail.com</u>	<u>PB</u>	CEP <u>58030-400</u>
Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>98663-4900</u>	<u>99105-5363</u>	

Joas Pessoa, 09 de devereiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

27 FEV. 2018

Alexandra Cesar Duarte

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: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO Num. de vezes atendido: 1
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:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resr : MAE

Tel>-oc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 20:00/MANAIRAS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AZUL

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

Qua da Principal

TP: 70 MMHg MSE.

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Exato artrite conduta

Pet. vit. d. queim. de m. f. /
enf. pulm. d. pulm. h. com.
c. pulm. d. artrite h. -

Prescricao

| Horario da medicacao

|

|

|

|

|

|

|

|

Eduardo Netreaga Campus
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8799/CRM-PE 2598

para logra - 26/09/17
enfriado, en frigorífico +
congelado.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Leonardo da Mota Nogueira 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: Var + deform. artelhos e
HDA: Pct vaso-ganglionar C
fibras foliculares da clípe
do lado

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

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

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



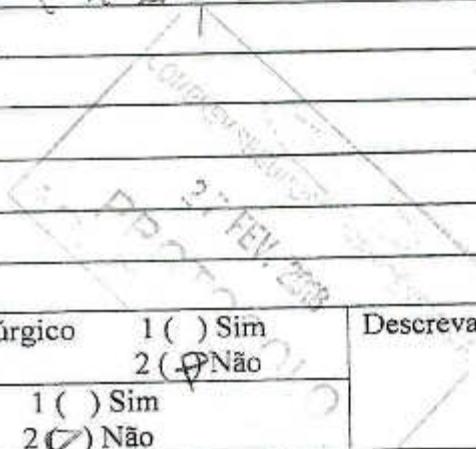
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Lemara de Medeiros</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>m.</u>	Cor:	Clinica: <u>DR TAPEROAICA</u>	EMP:	LR:
Data: <u>03.07.17</u>	Cirurgião: <u>Dr. P. Pelle</u>		1º Assistente: <u>Dr. Robert Santos</u>		
2º Assistente: <u>Dr. Gomes (R.)</u>	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I: _____ T: _____		

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<u>- Fratura Diáfise de Rádio (E)</u>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<u>A mesma.</u>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<u>- osteosíntese - Placa -</u>		
<u>B. bento - F. 10 -</u>		

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descriva: 
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente _____ Debilitado
Dorso Horizontal Sota Anestesia
- Anest + Antianest
- Ajanic de sangre goteando

Incisão:

Achados: incisão longitidinal
Região Dorso Pélvico Diagnóstico
(Início da transversa).

Conduta:
- Dissecção para planar até a
face da pleura.
- Relevo Albert.
- Fixação interna com placas
DCP de Fibras + 6 parafusos contínuos.
- Alargando Bora redonda para escapular.
- Sutura para planar.
- curátil.
- imobilização.
- Rx de condil.

Fechamento:

OBS:

Data: 03/10/17

Dr. Enes P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM - RN 8498
MEDICO/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: _____

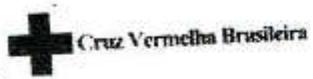
AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Ex de artigo*Conduta: *1º Dny*



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1030002



Identificação do paciente

ID 1213891	Nome LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO			Sexo Masculino
Data de nascimento 30/11/1997	Idade 19 anos 9 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS				Pai MANOEL APOLINARIO SOBRINHO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988260573	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4351749	Nº Cns 898003051805817		
Local de procedência MANAIRA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58034510	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FÁBIO SILVA LIMA
Número 448	Complemento		Bairro SÃO JOSÉ

Admissão

Data e Hora 25/09/2017 19:34:35	Número da pulseira 1000006046865	Convênio SUS
------------------------------------	--	-----------------

Especialidade

Laringo Gano

Clinica

Classificação de risco

Caráter de atendimento
Motivo do atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Origem do paciente
RUA

Detalhe do acidente
VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

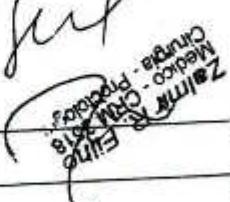
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Alta cir-sul

Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO



CID

Tempo
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	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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 MOTOCICLÍSTICO, 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 ORTOGRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO AXIOPALMAR ESQUERDO.

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

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 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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Telefone de Contato (83) 988260573
Mãe MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS	Bairro SÃO JOSÉ	Município JOÃO PESSOA	Prontuário
Endereço FÁBIO SILVA LIMA, 448	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 DEFÍCIT NEUROVASCULAR; - EDEMA E DOR EM ANTEBRAÇO ESQ.;

RXS DE ANTEBRAÇO ESQ.: - FRATURA DIAFISARIA DE RÁDIO ESQUERDO;

CD: IMOBILIZAÇÃO;
CONFORME PACTUAÇÃO ENTRE OTOTRAUMA E HOSPITAL DE TRAUMA; ENCAMINHO O MESMO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA;

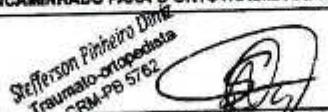
CID10

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 ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA; CONFORME PACTUAÇÃO;
 STEFFERSON PINHEIRO DINIZ (5762/PB)	

LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Nunciário Lucena

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

Material a examinar

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO — Esquerdo
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

Tale anulo palmar aquecendo

BW
Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedia
CRM-PB 5762

RAIOS-X	
TIPO ...	<u>25 / 02 / 17</u>
DATA ...	<u>20 : 20</u>
HORA ...	<u>Thessa Iracil</u>
RODAMÉTIC RAD.	<u>—</u>
SS:	<u>—</u>

Conjunto
25/11/17
Assinatura
Assinatura do Profissional

25 de Setembro de 2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Anamnese

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Zalmir R. Filho
 Médico - CRM 3518
 Clínica: Dr. ...
ZALMIR REICHERT FILHO
 (3518/PB)

LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome Joacindo de Medeiros A.				PRONTUÁRIO N°	
SEXO M	COR	CLÍNICA	ENF.	LENTO	
DATA DE ADMISSÃO 25/09/13	DATA DE ALTA 04/10/13		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL Fx Rodas				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx					
PROCEDIMENTO REALIZADO: ATO cirúrgico osteorrafase					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA cefalexina					
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 Paciente veio para tratamento cirúrgico no dia 25/09/13, com quadro clínico de dor abdominal, febre hospital.					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: leite

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: Lava-la 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.

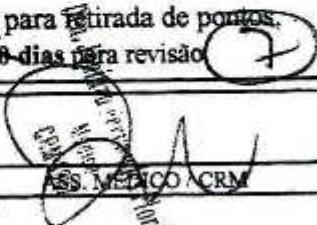
MEDICAÇÕES PARA CASA:

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

04/10/13

DATA

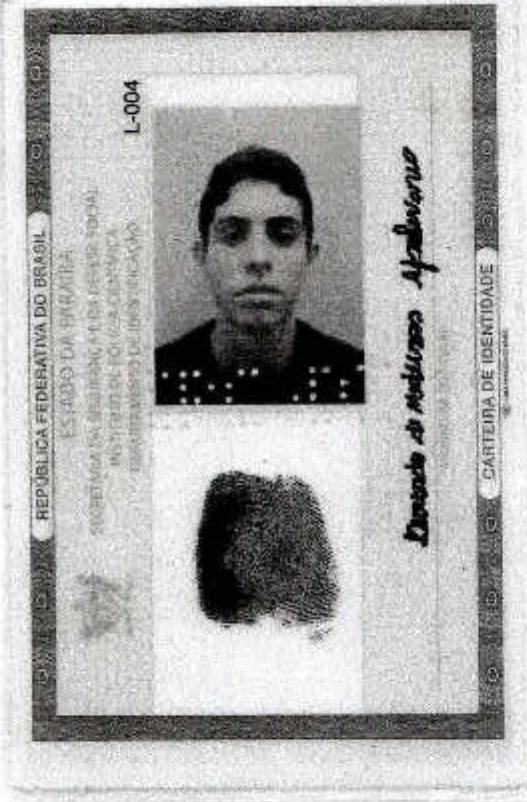
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome <i>Viceconde de Medeiros A.</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
25/09/17	<i>M.</i>				
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
<i>Fx Rodas</i>		<i>04/10/17</i>			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
<i>O mesmo</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
<i>Rx</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
<i>TSO curvico osteoraditose</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA <i>cefaleia</i>					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
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 <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TRATAMENTO, COMPLICAÇÕES</small> <i>Paciente veio gpe. tratamento curvico por Rx. fez no setor cervicobaudives curado. saiu hospitalo.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:	<i>livre</i>				
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: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	<i>Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30-dias para revisão</i> <i>(2)</i>				
<i>04/10/17</i> DATA					
ASS. MÉDICO CRM					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 4.351.749

DATA DE EMISSÃO: 27/10/2014

NOME: LEONARDO DE MEDEIROS APOLINÁRIO

FILHO DE: MARIO APOLINÁRIO SOBRINHO
MARIA GORETH FERREIRA DE MEDEIROS

NASCIMENTO: 30/11/1997

JOÃO PESSOA-PB

DOC. DIRETO:

CERT. NASC. Nº22365 - LIVA-21 - FLS.65 V - CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA-PB
708 886.104-29

LEI Nº 7.118 DE 29/06/85



07833220

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Titular da Carteira

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO

CONSELHO DOS ADVOGADOS DO BRASIL
- O A B -
O documento de identificação
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é de uso
obrigatório no exercício da atividade
de advogado ou em estágio e
constitui prova de identidade civil
para todos os fins legais.
(art. 53 da Lei nº 6.904, de 04/07/1994)

CONSELHO DOS ADVOGADOS DO BRASIL

Av. Rio Branco, 100 - Centro

da Paraíba

Número: 14426
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Mae: ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Residência:
RIO DE JANEIRO/RJ
Endereço: BRASILEIRA
Data de Nascimento: 21/01/1982
Data de Comprovação C.A.B.: 17/01/2008

Data de Criação de Ofício:
05/07/2007
Data de Expiração:
12/01/2009

He. Mario V.

JOSE MARIO PORTO ARIOD
PRESIDENTE

ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 1058
MANAÚA
CEP 58110-160 JOÃO PESSOA PB

907/013314867

046.502.754-74

Vencimento:

25/09/2017

194,64

Forma de Pagamento:
BOLETO BANCÁRIO

Importante:

Este documento é válido para fins de identificação e não para fins de pagamento.

Minha NET:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB

DETAN - PB N° 012974295330
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PLACA PFT 20170000093429-5 EXERCÍCIO
VIA COD. RENAVAM 1 0111345069-7 00/00000000 2017

LEONARDO DE MEDEIROS APOLINARIO

PLACA 70998610429 PLACA OFD6533/PB

PLACA ANTOUE 3 NOVO PB 9C2M440DHP006256

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

MARCA/ODEL HONDA/CB 250F TWISTER 2017 2017

CAPACIT/CATEGORIA 2 P/249 /CI PARTIC PRETA

GOTA UNICA	VENC. GOTA UNICA	VENC. GOTAS
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 ^a
DATA IPVA	PARCELAMENTO/GOTAS	2 ^a
*****	0	3 ^a

PREÇO TARIIFADO (R\$) 10 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) 27/03/2017 DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 27/03/2017

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONCEIÇÃO HONDA LTDA

DATA DE PAGAMENTO	0
JOAO PESSOA-PB	DATA
42072	28/03/2017
	7003781

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 DEFÍCITS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES INCAPACITANTES.

Sequelas permanentes:

Sequelas: 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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 25/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
APOLINARIO

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 DEFÍCITS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES INCAPACITANTES.

Sequelas permanentes:

Sequelas: 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:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Leonardo de Medeiros Alpinário,
brasileiro(a), estado civil Masculino, profissão
autônomo, CI RG nº 4.351.749,
CPF/MF nº 709.986.104-29, residente e domiciliado(a) à Rua
do Rio, 448 - São José,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 52034 - 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 Alpinário

OUTORGANTE

Decarlito
1º Ofício



Decarlito
Impressões Digitais
Com certeza digital
www.decarlito.com.br

Rua Francisco Góes, 1000 - Centro - João Pessoa - PB - 58010-000
Tel: (83) 3222-2000 | Cel: (83) 98888-2000 | E-mail: info@decarlito.com.br