

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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 19/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005780-0

Conta: 000001000578-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

083 507 884-10

Nome completo da vítima:

Leandro José da Silva Barros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Leandro José da Silva Barros

CPF:

083 507 884-10

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Lauroval Pereira Cabral

Número:

36

Bairro:

Barre Vermelho

Cidade:

Itari

Estado:

MS

CEP:

58345 000

E-mail:

leomatt.pes.advogados@gmail.com

Tel (DDD):

(63) 4111 2316

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

5780

0

CONTA: 1000 578

+

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

+

(informar o dígito se existe)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.514/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconcorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou puer/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: 05/03/19, 25/03/2019

Name:

CPF: 083 507 884-10

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante:

Leandro José da Silva Barros

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º : Name: _____	COMPREV
CPF: _____	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura: _____	25 MAR. 2019
2º : Name: _____	PROTÓCOLO
CPF: _____	AG. JOÃO PESSOA
Assinatura: _____	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

083 507 884-10

Nome completo da vítima:

Leandro José da Silva Barros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Leandro José da Silva Barros

CPF:

083 507 884-10

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Lauroval Pereira Cabral

Número:

36

Bairro:

Barro Vermelho

Cidade:

Itari

Estado:

MS

CEP:

58345 000

E-mail:

leomatt.pes.advogados@gmail.com

Tel (DDD):

(63) 4111 2316

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

5780

0

CONTA: 1000 578

+

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

+

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.514/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconcorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou puer/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: 05/03/19, 25/03/2019

Nome:

CPF: 083 507 884-10

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante:

Leandro José da Silva Barros

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º: Name: _____ CPF: _____ COMPREV

2º: Name: _____ CPF: _____ COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura: 25 MAR. 2019

2º: Name: _____ CPF: _____ PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOWIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB. QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FURIU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAÍSSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE.

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

João Pessoa/PB, 13 de março de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS
Noticiante
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOWIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB. QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FURIU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAISSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE.

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

João Pessoa/PB, 13 de março de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS
Noticiante
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUROU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAÍSSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

ADENDO(S):

Que na data 29/04/2019, à(s) 09:08 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE a data do fato ,onde se ler 19/12/2019 é na verdade para se ler : 19/12/2018.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01.04.2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.

[Signature]

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

[Signature]

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02826.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02826.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Jose da Silva Barros**, CPF nº 083.507.884-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lucia da Silva e Geraldo Jose Barros, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prfo Lourival Pereira Cabral, Nº 36, bairro Centro, tendo como ponto de referência Barro Vermelho, na cidade de Mari/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-4968.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia 073, Rodovia 073, Mari/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/12/2019, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLCA NPR-8637/PB, CHASSI 9C2KD04109R011930, REGISTRADA EM NOME DE ELINALDO VITAL DA SILVA, NA TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUROU FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE E CAÍSSE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DA CIDADE DE MARI ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.1 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE.

ADENDO(S):

Que na data 29/04/2019, à(s) 09:08 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE a data do fato ,onde se ler 19/12/2019 é na verdade para se ler : 19/12/2018.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
01.04.2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.

[Signature]

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

[Signature]

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

083 507 884-10

Nome completo da vítima:

Leandro José da Silva Barros

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Leandro José da Silva Barros

CPF:

083 507 884-10

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Rua Professor Lauroval Pereira Cabral

Número:

36

Bairro:

Barro Vermelho

Cidade:

Itari

Estado:

MS

CEP:

58345-000

E-mail:

leomatt.pes.advogados@gmail.com

Tel (DDD):

(33) 4111-2316

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

5780

0

CONTA: 1000 578

+

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

+

(informar o dígito se existe)

(informar o dígito se existe)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.514/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconcorde da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou puer/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e preverem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 209 do Código Penal.

Local e Data: 05/03/19, 25/03/2019

Name:

CPF: 083 507 884-10

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário declarante:

Leandro José da Silva Barros

Maria Antônia Góis Vieira

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º : Name: _____	COMPREV
CPF: _____	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura: _____	25 MAR. 2019
2º : Name: _____	PROTÓCOLO
CPF: _____	AG. JOÃO PESSOA
Assinatura: _____	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1131295

**Identificação do paciente**

ID 1358881	Nome LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias	Estado civil Casado
Mae MARIA LUCIA DA SILVA		Pai GERALDO JOSE BARROS
Escolaridade		Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 34659202	Nº Cns 700304888721738
Local de procedência MARI		Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R

Endereço

CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORIVAL FREIRE SÁ CAPITAL
Número 36	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos:						

Recente vítima à trauma, t...
entro trauma ósseo, avaliação...
consciente e orientado, trauma su...
Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA

ESTRUTURA
COREN-PB 252.268-21

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1131295

**Identificação do paciente**

ID 1358881	Nome LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias	Estado civil Casado
Mae MARIA LUCIA DA SILVA		Pai GERALDO JOSE BARROS
Escolaridade		Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 34659202	Nº Cns 700304888721738
Local de procedência MARI		Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R

Endereço

CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORIVAL FREIRE SÁ CAPITAL
Número 36	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos:						

Recente vítima à trauma, t...
entro trauma ósseo, avaliação...
consciente e orientado, trauma su...
Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOSÉ PESSOA

ESTRUTURAIS
COREN-PB 252.268-21

Imprimir

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 00001000578-7

Nr. Autenticação

BRADESCO15052019050000000002370578000001000578168750 PAGO

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Círilo, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

MAR/2019

25401807

REFERÊNCIA

MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOAO EPIFANIO DE MELO
RUA PRO LOURIVAL PEREIRA CABRAL, 36 - BARRO
VERMELHO MARI PB 58345-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residual	Consumo	Residual	Consumo	
062.001.300 0234.000 000		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A95N059386	13/05/1996	EXT LACRILIGADO	POTENCIAL			

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

845 | 845 | 1 | 32 | 08/04/2019

TESTES QUÍMICOS: TURBIDEZ, CLORO, COUNTERHOT, PARÂMETROS EXIG., ANALIS. CONFORMES

TURBIDEZ 10 36 36

CLORO 34 57 56

COUNTERHOT 9 6 6

CONFORMES

CO 10 36 36

CONFORMES

DATA DIFERENTES A 11/04/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:48:34

CONSUMO TOTAL (R\$)

R\$ 37,91

ELSA CONFINS LET 12 741/12

R\$ 37,91

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

25 MAR 2019

PROTOCOLO
ACOGLER

TIM S.A.
Rua Porfírio Costa, 1553 - Sala 01
Cruz das Almas - João Pessoa - PB
CNPJ: 02.421.421/0016-06 - IE: 16.126.110-8
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 4

R\$ 49,90

VENCIMENTO

10/02/2019

EMISSÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CASSIO ASSIS ESPINOLA
CAPITAO JOSE PESSOA, 602, CASA
JAGUARIBE
58015-345 - JOAO PESSOA - PB

CLIENTE: 165481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACesso: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

IMPORTANTE PARA CASSIO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/01/2019 A 18/01

A Intelig Telecomunicações LTDA, comunica a alteração de sua Razão Social para "TIM S.A.", não acorretando qualquer alteração no provimento dos serviços atualmente contratados.

Serviços TIM S.A.

VALOR

TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS R\$ 49,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 83 4141-2316

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)	Ilimitado	89m54s	1	31	19/12 a 18/01	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
Total de Mensalidades						49,90

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todos as suas ligações de voz realizadas na área coberta pela Rede TIM	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Chamadas Locais de Fixo para Celulares TIM	-	13m18s	8	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Celulares	-	120m00s	45	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outros Telef. Fixos	-	10m24s	2	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	01m48s	2	-	-	0,00
Total de Chamadas Dentro da Rede TIM						0,00

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no Site Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.meutim.com.br. Central de Atendimento: 10341

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo Site Meu TIM. Visite [meutim.com.br](http://www.meutim.com.br) para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A. ALÍQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST FUNTEL R\$ 0,23
ICMS 30% R\$ 35,00 R\$ 10,50 R\$ 0,12
PSV/COFINS - Serviços Telecom 3,65%
PSV/COFINS - Serviços Fido Telecom 1,25%

Em atendimento à Lei 12.741/2012.
As contribuições no FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas ao usuário.

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Voz Adicionais (SVA)
Inclusas nesse Plano(s)

Franchise(s) R\$ 35,00
SVA R\$ 14,90
Desconto(s) Franchise(s) R\$ 0,00
Desconto(s) SVA R\$ 0,00

25 MAR. 2019
PRO TULUZO
AG. JOÃO PESSOA
IMPRESOS E PREVIDÊNCIA S/A



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
CASSIO ASSIS ESPINOLA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO 00000000165481214012	MÊS DE REFERÊNCIA JAN/2019	DATA DE EMISSÃO 19/01/2019	DATA DE VENCIMENTO 10/02/2019	VALOR R\$ 49,90
--	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------

VIA BANCO

84650000000 - 1 49900109011 - 1 00366001925 - 2 10119257526 - 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cecília Góis de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 091690144-125, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro José da Silveira Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 083507884-10, do sinistro de DPVAT cobertura Município da Vítima Leandro José da Silveira Barros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083507884-10, 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	Complemento	
<u>Az Capto José Pino</u>	<u>602</u>	<u>5006</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jacumirim</u>	<u>João Pinto</u>	<u>RJ</u>	<u>26053-315</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>comukt.jur.advogado@gmail.com</u>	<u>32 41412316</u>	<u>83986630588</u>	

João Pinto, 19 de março de 2015
Local e Data

Maria Cecília Góis de Souza
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elinaldo Vital da Silva,
RG nº 3218258, data de expedição 24/07/2017
Órgão SSP, portador do CPF nº 079.042.972-85 com
domicílio na cidade de Mari, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Professor Lacerda Pereira Cabral, nº 51,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lacerda Jardim da Silva Barros cujo o condutor era
Lacerda Jardim da Silva Barros.

Veículo: MOTO

Modelo: BROZ

Ano: 2009

Placa: NPR 8637/PB

Chassi: 9C2KD04109R011930

Data do Acidente: 19/12/2018

Local e Data: PB 073 19/12/2018

× Elinaldo Vital da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL FRANÇA
Rua Francisco Pinto de França, 56, Centro, Mari - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) da(s):

ELINALDO VITAL DA SILVA

Dou B. - Mari/PB - 01/03/2019

Substituta: Michelle Ferreira de Souza

Selo Digital: AID85428-MNPY

Consulta à autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

E-mail: RS 9.91 Farpen RS 0,29 MP RS 0,16 Fepj RS 1,98

Michelle Ferreira de Souza
Substituta

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



08.778.268/0036-90

PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE
Centro de Saúde - Centro de Saúde
CEP 58300-000 - João Pessoa - PB

R. João Pimentel Filho, s/nº, Juá, Guarabira,
Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 03
Número do Prontuário.: 2330

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA
Data: 19/12/2018

CNPJ: 08.778.268/0036-90

Atendente: Silmara Xavier Trajano

DATA: 19/12/2018

HORA: 13:41:18

Número do Atendimento.: 1744653

SETOR => RECEPÇÃO / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTEPaciente: LEANDRO JOSE DA
SILVA BARROS

CEP: 58345000

Nascimento: 28/12/1990

Endereço: PROF LOURIVAL
CABRAL

Número: 27

Bairro: CENTRO

cidade: Mari

Idade: 027

Telefone: 996094968

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA
SILVA

Sexo: M

Profissão:

CPF:

CNS: 700304988721738

CONVÊNIO: SUS

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Local Procedência: URGENCIA

Motivo atendimento: QUEDA

CÓPIA*20/12/2018
Leandro + M.G.*

PA: [] mmHg | PULSO: [] | TEMP: [] | F.C: []

DADOS CLÍNICOS:

Gramatismo no braço esquerdo em
acidente de moto a destr.

AS 13:53h. 20/12/2018
Medicado

① Diclofenaco 75 mg

② Rx

COMPREV	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
25 MAR. 2019	

DIAGNÓSTICO:

CID: PROTOCOLO ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

AG. JOÃO PESSOA

*E. de Arma
Assinatura Geral
CHM 2592*

Fratura no punho

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:

Geraldo José Barros



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 Leandro Jose da Silva

DATA DE NASCIMENTO 28/12/90

NOME DA MÃE Maria Lucia da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 113043

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1131295

DATA DO ATENDIMENTO 24/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 03:55

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo

CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, encaminhado do Ortotrauma, com história de dor e edema em joelho esquerdo, com diagnóstico de fratura de platô tibial. Avaliado, pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Rx: fratura de platô tibial esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 05/01/19

DATA DA EMISSÃO: 28/02/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1131295

**Identificação do paciente**

ID 1358881	Nome LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias	Estado civil Casado
Mae MARIA LUCIA DA SILVA		Pai GERALDO JOSE BARROS
Escolaridade		Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 34659202	Nº Cns 700304888721738
Local de procedência MARI		Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R

Endereço

CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORIVAL FREIRE SÁ CAPITAL
Número 36	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos:						

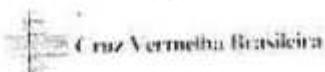
Recente vítima à trauma, t...
entro trauma ósseo, avaliação...
consciente e orientado, trauma su...
Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA

ESTRUTURAIS
COREN-PB 252.268-21

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	Unidade Balaia
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27a 11m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996094968
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			Prontuário
Endereço PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36	Bairro CENTRO	Município MARI	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	Unidade Regional 1618/PB
Data/Hora Classificação 24/12/2018 03:55:42		Data/Hora Prescrição 24/12/2018 05:07:09	

namnese

ORTOPEDIA

ACIENTE ENCAMINHADO DO ORTOGRAFIA DE MANGUABEIRA COM HISTÓRIA DE DOR E EDEMA EM JOELHO D DEVIDO TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO , SEGUNDO DESCRIÇÃO DO ENCAMINHAMENTO O MESMO APRESENTA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E VEIO A ESTE SERVIÇO SEM EXAMES DE IMAGEM . CONSCIENTE E ORIENTADO

HD: FRATURA DO PLATO TIBIAL E ?

CD: SOLICITO EXAMES DE IMAGEM

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
S80.0	Contusão do joelho
82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Em observação

31.12.2018
CRM-PE 3618

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS
(CRM: 3618/PB)




AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	Bairro
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27a 11m 26d	Sexo Masculino	Telefone de Contato 031 996094968
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			UF PB
Endereço PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36	Bairro CENTRO	Município MARI	UF Crins. Regional 10075/PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Data/Hora Prescrição 24/12/2018 11:03:35

Anamnese
R1
TOPIEDIA

IO: PACIENTE ENCAMINHADO DO ORTOTRAUMA DE MANGUABEIRA COM HISTÓRIA DE DOR E EDEMA EM JOELHO D DEVIDO TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO , SEGUNDO DESCRIÇÃO DO ENCAMINHAMENTO O MESMO APRESENTA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL E , VEIO A ESTE SERVIÇO SEM EXAMES DE IMAGEM CONSCIENTE E ORIENTADO

EF: EDEMA NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS; EQUIMOSE EM REGIÃO MEDIAL NA COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
ORIENTADO POR DR. ROBERTO SANTOS

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

IRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO SE NAUSEAS (DOSE MAXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 110 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSARIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 25 MAR. 2019
PROJOGULO
 AG. JOÃO PESSOA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H. 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H.

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.I. 12/12H, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

UFGMGRAMA COMPLETO

J (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

P (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

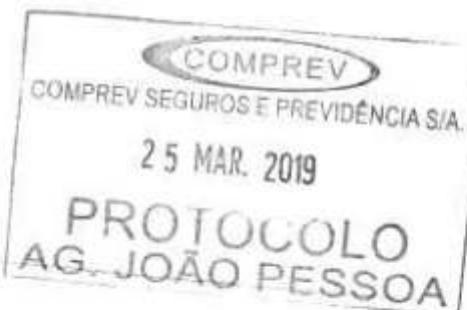
UREIA

Conduta

Internar Paciente

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LIMA FONZA
(CRM: 10075-PB)





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	BAE 1131295	Data/Hora Entrada 24/12/2018 03:55:42	Salva
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27a 11m 26d	Sexo Masculino	CNS 700304988721738 Número de Contato 096094968
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA			
Endereço PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36	Bairro CENTRO	Município MARI	
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LIMA ROMA	CRM Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 24/12/2018 03:55:42		Data/Hora Prescrição 24/12/2018 09:39:53	

Anamnese

RTOPIEDIA

paciente encaminhado do ortotrauma de mangueira com história de dor e edema no joelho devido trauma por acidente de moto, segundo descrição do encaminhamento o mesmo apresenta fratura do platô tibial e veio a este serviço sem exames de imagem. Consciente e orientado

EF: EDEMA NO JOELHO E TORNозELO ESQUERDOS. EQUIMOSE EM REGIÃO MEDIA. NAO FEVEREIRO

CD: SOLICITO RAIO X Perna, tornozelo e coxa esquerdas
orientado por DR. ROBERTO SANTOS

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TNZ ESQUERDO AP/P)

Conduta

Em observação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LIMA ROMA
(CRM: 10075/PB)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	Folha 12
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>Hospital São Vicente</i>				
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Hospital São Vicente</i>				
Identificação do Paciente				
3 - NOME DO PACIENTE <i>Leandro José da Silva Souza</i>				
4 - CAPTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ / DATA DE NASCIMENTO _____ <i>28/12/1997</i>				
5 - NOME DA MÃE OU RESPONSIVEL <i>Maria Souza da Silva</i>				
6 - ENDERECO (RUA N° BAIRRO) _____				
7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____				
8 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____				
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____				
18 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____ C8 - CID 10 PRINCIPAL _____ C9 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ C10 - CID 10 TERCERÁRIO _____				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____				
21 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI/UTP <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI/UTP <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI/UTP				
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____				
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____				
25 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>O3 problema 2:0 (junc) O2 pleura em T 2/6 F O2 parafunc expiratória n° 75 O1 11 11 no 45 O2 11 intub n° 40</i>				
26 - PROFISSIONAL SOLICITANTE				
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____				
34 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____				
35 - ASSINATURA E CARTEIRA DE CONSELHEIRO _____				
AUTORIZAÇÃO				
36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____				
37 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____				
38 - ASSINATURA E CARTEIRA DE CONSELHEIRO _____				

*COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03 / 01 / 19

PRONTUÁRIO 123043

PACIENTE: LEANTRO JOSÉ DA SILVA BARROS SEXO: M IDADE: 7 ANOS

130x80 mmHg PULSO Selpon RESPIRAÇÃO OK TEMPERATURA PELO

ESTADO GERAL (X) BOM FREQUENCIA REGULAR / MUITO IRREGULAR RISCO CIRURGICO X

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP: RESPIRATORIO OK

AP: CIRCULATORIO OK

AP: DIGESTIVO OK

ESTADIMENTAL

LOTE

PROBLEMA

PM

PRE-ANESTESICO

Dose hora DORMONID 2mg IV NA SO

ASA I

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE

CIRURGIÃO Dr. JACQUES

AUXILIARES Dr. MATHEUS (MRs)

INICIO DA ANESTESIA 12:10h

TERMINO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT DE CH

DRA. ROSSANA L. M. T. VÁLE CPF 690.882.174-91 CRMPI 4205

ATIVIDADES 12:10 13:30 14:30

DESEMPENHO *** * * * * * * * * * * * * * *

CLASSIFICAÇÃO RÉTRO

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500 50 50 500 500

180 160 140 120 100 80 60 40 20

100 95 500 50 55 500

CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS BE/PRONTUÁRIO 1131295
 IDADE: 27 SEXO: MASC FEM COR: _____ DATA: 3/1/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR JACQUES 1º ASS: DR SOAMY
 2º ASS: DR MATHEUS MR2 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NAO

Descrição:

Biópsia de congelação: SIM NAO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AS. JOÃO PESSOA

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

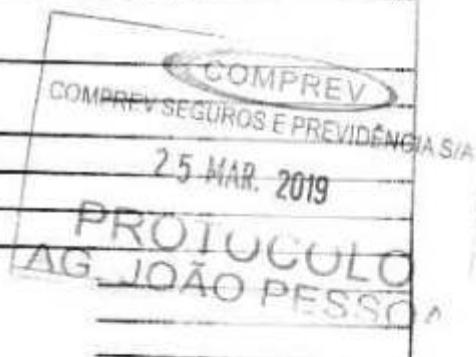
ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 3/1/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
PASSAGEM DE GARROTE EM RAIZ DE COXA ESQUERDA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA E ANTIBIÓTICOPROFILAXIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO	
HEMOSTASIA + DISSECÇÃO POR PLANOS	
Achados:	
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO	
Conduta:	
REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO ABERTA	
APOSIÇÃO DE PLACA EM T 2X6 FUROS + PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICAIS SOE ESCORPIA	
REVISÃO DA HEMOSTASIA	
LAVAGEM COM SF0,9% ABUNDANTE	
SUTURAS POR PLANOS	
RETIRADA DE GARROTE COM 2 HORAS DE PROCEDIMENTO CIRURGICO	
CURATIVOS ESTÉREIS.	
Fechamento:	
Observação:	
RAIO-X CONTROLE	



Médico/CRM:

3/1/2019

Nota de Sala Cirúrgica

二三二

DATA 3/1/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO 00:00 FIM 14:30 CIRURGIA INICIO 00:00 FIM 14:30

SÍNTESE DE RISCO DE CIRUGÍA - USA - AMÉRICA LATINA - SOCIEDAD DE ALGODÓN Y TELA

www.elscudo.net - ELS SCUDO DE ETILOGIA - ASA FAMER

ANALISE DE CONCENTRAÇÃO LÍMPA CO

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTĐ. **MATERIAIS**

DESCRIPCÃO DE MATERIAIS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALIMENTANILA	355000	JELCO N°18	1
ALIVIACAINA ISOBÁRICA	1	JELCO N°30	100
ALIVIACAINA PESADA		JELCO N°32	100
CETAMINA		JELCO N°24	100
DOPERIDOL		KIT SIST DREN. TOXICOS N°	1000
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°1
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	CC	LÂMINA BISTURI N°8
ENTANILA	PVP DEGERMANTE	CC	LÂMINA BISTURI N°3
FLUZAZENIL	PVP TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24
ZANO	PVP TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO
PIVACAINA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO
EVOCUPIN ACACINA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR
DOCACINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°5
DOCACINA S/ VASO	AGULHA 25X07	L	LUVA ESTÉRIL N°3
DIAZOLAN	AGULHA 25X08	L	LUVA ESTÉRIL N°6
ERFINA	AGULHA 40X12	L	LUVA ESTÉRIL N°5
INDIUM	AGULHA PERIDURAL N°18		MASCARA CIRÚRGICA
ANCRONIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS
ETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO
TOPOREOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19
MITENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	I	SCALP N°21
ET CRONIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML
COLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	C	SERINGA 5ML
NAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	C	SERINGA 10ML
HIPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA P. CÓLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8
DRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10
GLA DESTILADA		CATETER DE UNIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12
THIOPNA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14
ATRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16
ATRA FLESA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12
ESTASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14
ATM SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA
EDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA
ROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	25 SONDA URETRAL N°
ALPOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	10 TORNEIRINHA
CONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
IROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
ALIVIACINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
DISCENTRÔNIA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)
		EQUIPO TRANSF. SANGUE	
		EQUIPO MICROGOTAS	
DEAMINA		ESPONJA DE PVP	3 FIOS
EXEAN		ESPARADRAGO	13 FIO ALGODÃO S/A N°
GAZES		GAZES	10 FIO ALGODÃO S/A N°
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°
		JELCO N°14	
		JELCO N°16	
			COMPREV
			COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA
			25 MAR 2019
			PROTOCOLO
			AG. JOAO PESSOA

25 MAR 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



A circular stamp with the word "COMPREV" at the top, followed by "SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A". The date "25 MAR. 2019" is in the center. Below the date, it says "PROTOCOLO" and "AG. JOÃO PESSOA".



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **083.507.884-10**

Nome: **LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS**

Data de Nascimento: **28/12/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/07/2006**

Dígito Verificador: **00**

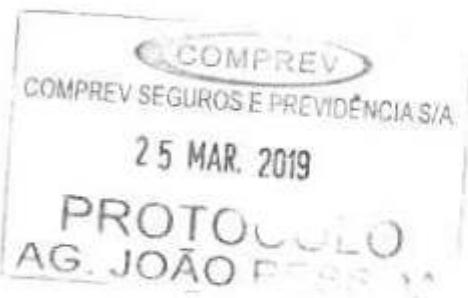
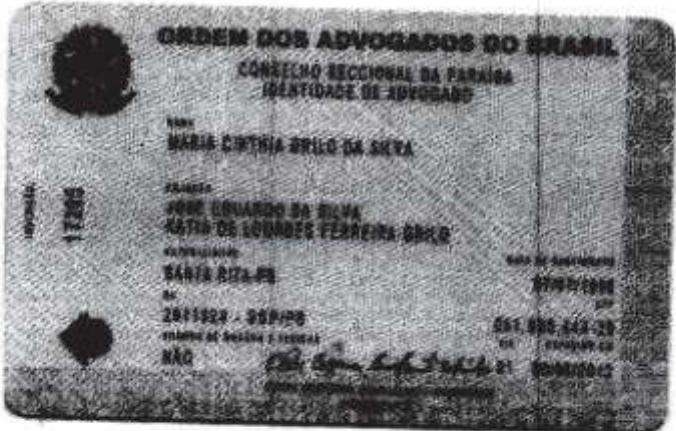
Comprovante emitido às: **17:00:51** do dia **19/03/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0CB3.C563.1B02.AEE4**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETINHENTES	ACR 00372600499	Nº 0142000020919 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEHÍCULO D.O.C. N.R.N. 0015329094-3	DATA DE EMISSÃO 00/00000000 2018
ELINALDO VITAL DA SILVA		PLACA 07904297485	CHASSI 9C2KD04109R011930
		PLACA NPR8637/PB	
		USO NOVO	USO NOVO
		ESPECIFICO PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLIC	ESPECIFICO HONDA / NXR150 BROS ESD
		ANO DO VEHICULO 2009	ANO DO VEHICULO 2009
		CATEGORIA PARTIC	CATEGORIA VERMELHA
		VALOR DA COTA ÚNICA 00/00/0000	VALOR DA COTA ÚNICA 00/00/0000
		PARCELAMENTO / COTAS 0	PARCELAMENTO / COTAS 2 ^a 3 ^a
		PREÇO TOTAL (R\$) ***** * * * * *	DATA DE PAGAMENTO SEGURO PAGO 10/07/2018
		OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
		LOCAL MARI - PB	
		DATA DE CRIAÇÃO 11/07/2018	
		PARCELA 14346	
		DATA DE PAGAMENTO 13870	

SEGURADO DISPOSITIVO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CUI POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS CUI NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 0142000020919 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2000	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 11/07/2018
VIA 1	VIA 1	PLACA NPR8637/PB
RENAVAM 00153290943	RENAVAM 2009	MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ESD
ANO FAB. 2009	ANO FAB. 2009	DATA DE PAGAMENTO 10/07/2018
PRÉMIO TARIÁRIO		DATA DE PAGAMENTO 10/07/2018
***** * * * * *		***** * * * * *
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** * * * * *		DESPACHANTE (R\$) ***** * * * * *
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** * * * * *		VALOR A SER PAGO PELO DESPACHANTE (R\$) ***** * * * * *
SEGURADO PAGO		PAGO
PAGAMENTO ***** * * * * *		DATA DE CRIAÇÃO 10/07/2018
COTA ÚNICA ***** * * * * *		PARCELA ***** * * * * *

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CRMW 09.346.000001-04

13870-1509061-20180711



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190227251 **Cidade:** Mari
Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 19/12/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER, PLACA E PARAFUSO) P9 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Leandro José da Silva Barros, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Joaquim Pereira Carvalho nº 36, bairro Venezeus, Município de Mari, Estado de(o) PB, Cep.: 53345-000, portador(a) do RG nº 3459202, SSP/ PB e CPF nº 083 907 889-10

Outorgado: Maria Corinthia Góis da Silva, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Antônio Góis Pires nº 603, bairro Sagrada Família, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 58000-000, portador (a) do RG nº 021124, SSP/ PB e CPF nº 031 690 44429.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Leandro José da Silva Barros, ocorrido em 19/12/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza inicial.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 19, de março de 2015.


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Leandro José da Silva Barros
Outorgante
CPF N° 083 907 889-10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



SERVÍCIO REGISTRAL E NOTARIAL FRANÇA
Rua Francisca Pereira de França, 56, Centro, Mari - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LEANDRO JOSÉ DA SILVA BARROS
Deu fe. Mari-PB - 01/03/2019
Subscritor: Michelle Ferreira de Souza
Selo Digital: AID85426-II354
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.ppb.jus.br>
Valor R\$ 9,91 Farpas R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fop R\$ 1,98



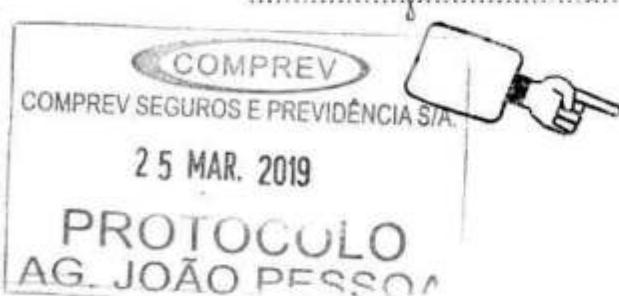
PROCURAÇÃO

Outorgante: Leandro José da Silva Barros, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Iamal Pereira Cabral nº 36, bairro Vermelha, Município de Mari, Estado de(o) PB, Cep.:53345-000, portador(a) do RG nº 3459202, SSP/PB e CPF nº 083 507 889-10.

Outorgado: Maria Emilia Gubo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. Capitão José Pernas, nº 602, bairro Jacumé, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 58000-000, portador (a) do RG nº 2911924, SSP/ PB e CPF nº 051 690 444-29.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Leandro José da Silva Barros, ocorrido em .../.../..., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Leandro José da Silva Barros
Outorgante
CPF Nº 083 507 889-10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL FRANÇA
Rua Francisca Pereira de França, 56, Centro, Mari - PB

Reconhecido, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
LEANDRO JOSÉ DA SILVA BARROS

Doc.º: Mari-PB - 01/03/2019

Substituto: Michelly Ferreira de Sousa

Selo Digital: AID85426-IB54

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,91 Tarifa R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fcpj R\$ 1,98



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100670/19

Número do Sinistro: 3190227251

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

CPF: 083.507.884-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100670/19

Vítima: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

CPF: 083.507.884-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2018

Titular do CPF: LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA : 051.690.444-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS : 083.507.884-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA
CPF: 051.690.444-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS