

---

**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

---

**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



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, retorne 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](http://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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 083.507.884-10 Nome completo da vítima: LEONARDO JOSE DA SILVA BARROS

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

Nome completo: Leonardo José da Silva Barros CPF: 083.507.884-10  
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Professor Laurival Pereira Cabral Número: 36 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Barro Vermelho Cidade: Mari Estado: MS CEP: 58345-000  
E-mail: consult.pis.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).

### RENDAS CADASTRAIS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 5780 0 CONTA: 1000578 7  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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: João Pessoa/PB, 25/03/2019

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 083.507.884-10

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leonardo José da Silva Barros  
Assinatura da vítima/beneficiário declarante:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: 25 MAR. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 083.507.884-10 Nome completo da vítima: LEONARDO JOSE DA SILVA BARROS

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

Nome completo: LEONARDO JOSE DA SILVA BARROS CPF: 083.507.884-10  
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Professor Laurival Pereira Cabral Número: 36 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: São Venceslau Cidade: Jari Estado: RJ CEP: 58.345-000  
E-mail: consult.pis.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).

**RENTA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3780 0 CONTA: 1000 578 7  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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: Jari, Paraíba, 25/03/2019

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 083.507.884-10

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Leonardo José da Silva Barros*

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Promotor (se houver): *Marcelino Gomes da Silva*

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: *25 MAR. 2019*  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUIRU 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.

  
JOSÉ 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 TRODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE MARI/PB, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUIRU 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.

  
JOSÉ 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

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 MAR 2019

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA



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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

LEANDRO JOSÉ 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

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

01 MAR 2019

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 29 de abril de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

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 ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **Leonardo José da Silva Barros** CPF: **083.507.884-10**  
Profissão: **Agricultor** Endereço: **Rua Professor Laurival Pereira Cabral** Número: **36** Complemento:  
Bairro: **Barro Vermelho** Cidade: **Mari** Estado: **MS** CEP: **58345-000**  
E-mail: **consult.pus.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).

RENTA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **5780** **0** CONTA: **1000578** **7**  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0** **0** CONTA: **0** **0**  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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: **João Pessoa/PB, 25/03/2019**

Nome: **Leonardo José da Silva Barros**  
CPF: **083.507.884-10**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Leonardo José da Silva Barros**  
Assinatura da vítima/beneficiário declarante:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

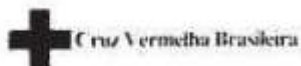
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
Assinatura  
**25 MAR. 2019**  
**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 ROGO, 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.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1131295



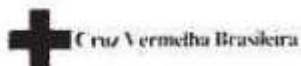
<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1358881	Nome LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 28/12/1990	Idade 27 anos 11 meses 26 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Pai GERALDO JOSE BARROS		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968	DDD Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202	Nº Cns 700304988721736	
Local de procedência MARI	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58345000	Município de residência MARI	UF PB	Logradouro PROFESSOR LORIVAL FREIRE CARVAL
Número 36	Complemento	Bairro CENTRO	
<b>Admissão</b>			
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 SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]			
Dados clínicos Paciente vítima de Trauma, Trauma de extremidade para avaliação de lesões comunitária e traumática. Trauma de Diagnóstico			
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO			

Imprimir

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

ESTRUTURADA  
COREN - PB 252.256-2





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

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 Solteiro
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Pai GERALDO JOSE BARROS	Religião Católica
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS	Profissão Paciente
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202	Nº Cns 700304988721736
Local de procedência MARI	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R

### Endereço

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

### Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
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	Pulso _____	Temperatura _____
--------------------------	----------------	----------------------

### Exames complementares

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

### Dados clínicos

Paciente vítima de Trauma, Trauma de  
extremidade para avaliação de lesões  
comunitária e traumática. Trauma de  
Diagnóstico

Atendido por  
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir

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

ESTRUTURA  
COREN - PB 252.256 - 2



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: 000001000578-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1505201905000000000023705780000001000578168750 PAGO



# CAGEPA

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

PARAÍBA - COMISSÃO DE LICITAÇÃO  
MATRÍCULA

25401807

REFERÊNCIA

MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
062.001.300.0234.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A95N059386	13/05/1996	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
845 | 845 | 1 | 32 | 08/04/2019

NOTA: CONSUMO DE ÁGUA - ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

PARÂMETROS - EXIG. ANALIS. CONFORMES

JAN/2019 7 TURBIDEZ 10 36 36

FEB/2019 30 CLORO 34 57 56

MAR/2019 30 COM TERNOT 0 0 0

ABR/2019 30 COR 10 36 36

MAY/2019 30 COM DETEIS 24 36 36

DADOS REFERENTES A: JAN/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:43:34

CONSUMO TOTAL (R\$)

37,91

PROTOCOLO

25 MAR. 2019

CAMPREX SEGUROS E PARTICIPAÇÕES S/A

PIS e COFINS LET 12.741/12

Pagar:

R\$ 37,91

TIM S.A.  
Rua Porfírio Costa, 3553-Sala 01  
Cruz das Almas - João Pessoa - PB  
CNPJ: 02.421.421/0016-06 - I.E.: 16.126.110-8  
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 4

**R\$ 49,90**

**VENCIMENTO**

**10/02/2019**

EMIÇÃO: 19/01/2019

POSTAGEM: 29/01/2019

FATURA: 3660019251

CLIENTE: 1.65481214

CPF/CNPJ: 02932540440

ACESSO: 83 4141-2316

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000000165481214012

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

### IMPORTANTE PARA CASSIO

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

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

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
<b>TIM FIXO BRASIL TOTAL PLUS (141/PÓS/STFC)</b>	Ilimitado	89m54s	1	31	19/12 a 18/01	49,90
TIM Portal CONTEUDO GOLD	-	-	1	31	19/12 a 18/01	Incluído
<b>Total de Mensalidades</b>						<b>49,90</b>

#### CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

Todas 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 Outras Celulares	-	120m00s	45	-	-	0,00
Chamadas Locais de Fixo para Outras Telef. Fixos	-	10m24s	2	-	-	0,00
Chamadas Longa Distância de Fixo: TIM LD 41	-	01m48s	2	-	-	0,00
<b>Total de Chamadas Dentro da Rede TIM</b>						<b>0,00</b>

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

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

### CONTA DIGITAL TIM

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://meutim.com.br) para mudar para Conta Digital!

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUNST.	RS 0,23
ICMS	30%	R\$ 35,00	RS 10,50	FUNTTTEL	RS 0,12
PSACOFINS - Serviços Telecom	3,65%				
PSACOFINS - Serviços Fidei Telecom	3,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições ao FUNST (1%) e FUNTTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídas neste Plano:

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



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](http://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

8465000000 - 1 49900109011 - 1 00366001925 - 2 10119257526 - 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Cinthia Gulerk de Siqueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 05169044 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Leandro José de Silva Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 083807884 / 10, do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Leandro José de Silva Barros, inscrito (a) no CPF sob o Nº 083807884 / 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 <u>Av. Capatã José Penac</u>		Número <u>602</u>	Complemento <u>Solo 06</u>
Bairro <u>Jaguank</u>	Cidade <u>João Pinac</u>	Estado <u>MS</u>	CEP <u>5805345</u>
Email <u>consult.fis.advogados@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8341412316</u>	Telefone celular (DDD) <u>83986630588</u>

João Pinac 19 de março de 2015  
Local e Data

Maria Cinthia Gulerk de Siqueira  
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  
Pareíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Professor Lenival Pereira Cabral, nº 51,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Leandro José da Silva Barros cujo o condutor era  
Leandro José da Silva Barros.

Veículo: MOTO  
Modelo: BR02  
Ano: 2009  
Placa: NPR 8637/PB  
Chassi: 9C2KD04109R011930  
Data do Acidente: 19/12/2018  
Local e Data: PB 073 19/12/2018

x Elinaldo Vital da Silva  
Assinatura do Declarante

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



Michelle Ferreira de Sousa  
Substituto

COMPREV  
3770 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



08.778.268/0036-90  
PARAIBA SECRETARIA DA SAÚDE  
Completo do Estado de Saúde - Paraíba  
CEP 58200-000 - Guarabira - Paraíba

R. João Pimentel Filho, s/nº, Juá, Guarabira,  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Data: 19/12/2018

CNPJ: 08.778.268/0036-90

Atendente: Silmara Xavier Trajano

Número do Prontuário.: 2330

DATA: 19/12/2018

HORA: 13:41:18

Número do Atendimento.: 1744653

SETOR => RECEPÇÃO / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: LEANDRO JOSE DA  
SILVA BARROS

CEP:58345000

Nascimento:28/12/1990

Número:27

Bairro:CENTRO

Endereço:PROF LOURIVAL  
CABRAL

Idade:027

Telefone: 996094968

cidade: Mari

Sexo:M

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA  
SILVA

CPF:

CNS:700304988721738

CONVÊNIO:SUS

Responsável:

Estado Civil:Solteiro(a)

Local Procedência: URGENCIA

Motivo atendimento: QUEDA

CÓPIA

24/01/19  
Gonçalves L.H.F.  
Suplente de Atendimento  
Farmácia

PA: | x mmHg | PULSO: | | TEMP: | | FC: | |

DADOS CLÍNICOS:

traumatismo na perna esquerda em  
ambiente de moto ciclo.

① Dor intensa 75 m

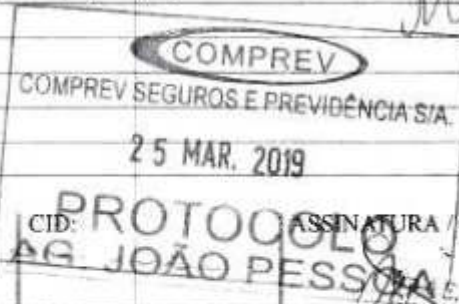
② Rx

Às 13:53h. 19/12  
Medicado

DIAGNÓSTICO:

Trauma na perna

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL:



ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

Dr. E. de Arruda  
Farmácia Geral  
CRM 2592

Geraldo José Barros





## 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 d e 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.

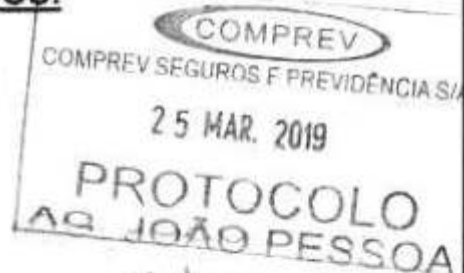
### RESULTADOS DOS EXAMES:

Rx: fratura de platô tibial esquerdo

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.

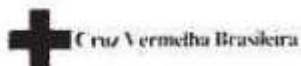
ALTA HOSPITALAR: 05/01/19  
DATA DA EMISSÃO: 28/02/19



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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

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 Solteiro
Mãe MARIA LUCIA DA SILVA	Religião	Pai GERALDO JOSE BARROS
Escolaridade	Responsável (Parentesco) GERALDO JOSE BARROS	RG
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996094968	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3459202	Nº Cns 700304988721736
Local de procedência MARI	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R

### Endereço

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

### Admissão

Data e Hora 24/12/2018 03:55:42	Número da pulseira 1000007158291	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
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	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

### Exames complementares

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

### Dados clínicos

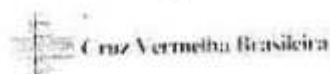
Paciente vítima de Trauma, Trauma de  
extremidade para avaliação de lesões  
comunitária e traumática. Trauma de  
Diagnóstico

Atendido por  
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir

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

ESTRUTURADA  
COREN - PB 252.256-2

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB 580731090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS</b>	BAE <b>1131295</b>	Data/Hora Entrada <b>24/12/2018 03:55:42</b>	Data Exata
Data de nascimento <b>28/12/1990</b>	Idade <b>27a 11m 26d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 996094968</b>
Mãe <b>MARIA LUCIA DA SILVA</b>		CNS <b>700304988721738</b>	Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>MARI</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS</b>	1ª Cons. Regional <b>3618/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>24/12/2018 03:55:42</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/12/2018 05:07:09</b>	

## anamnese

## ORTOPEDIA

ACIENTE 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

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
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

## Conduta

Em observação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS  
(CRM: 38101/PB)

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS</b>	BAE <b>1131295</b>	Data/Hora Entrada <b>24/12/2018 03:55:42</b>	Unidade Básica
Data de nascimento <b>28/12/1990</b>	Idade <b>27a 11m 26d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700304988721738</b>
Mãe <b>MARIA LUCIA DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(31) 956094968</b>
Endereço <b>PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 36</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>MARI</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>24/12/2018 03:55:42</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/12/2018 11:03:35</b>	

**Anamnese**
**TOPEDIA**

DOENTE 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 ESQUERDO

RADIOGRAFIA COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

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

Diluir

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

ÁGUA 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 NECESSÁRIO SE NÁUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 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)

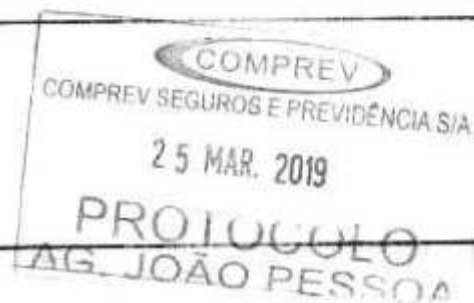
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (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 INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)



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

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.C. 12/12H, 0,0 (MG/TSM)

### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

### EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

J (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

P (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

### Conduta

Internar Paciente

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LUNA RONA  
(CRM 10075/PR)





**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS</b>	BAE <b>1131295</b>	Data/Hora Entrada <b>24/12/2018 03:55:42</b>	Idade <b>27a 11m 26d</b>
Data de nascimento <b>28/12/1990</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700304988721738</b>	Forma de Contato <b>106004968</b>
Mãe <b>MARIA LUCIA DA SILVA</b>			
Endereço <b>PROFESSOR LORIVAL PRERIRA CABRAL, 35</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>MARI</b>	
Acidente <b>OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Unidade Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>24/12/2018 03:55:42</b>		Data/Hora Prescrição <b>24/12/2018 09:39:53</b>	

**Anamnese**

RTOPEDIA

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

CD: SOLICITO RAO 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)

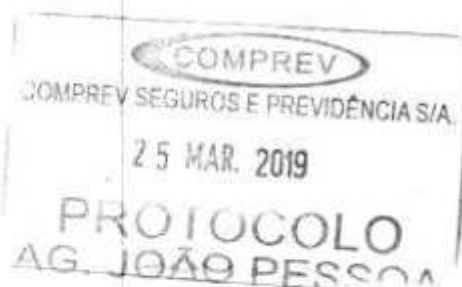
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TNZ ESQUERDO AP/P)

**Conduta**

Em observação

LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)





SUS

Sistema  
União de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE VIGILÂNCIA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

Folha  
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOTEL

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOTEL

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Leandro José da Silva Santos

4 - DATA DE NASCIMENTO

28/12/1992

5 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

Maria Luiza da Silva

6 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 TERCIÁRIO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

25 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIDADE OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTILIDADE

☐ DIÁRIA DE UTILIDADE

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

03 prof. Medicina 2:0 (Jornal)

02 prof. T 2/6 F

02 prof. Especialista nº 70

02 " " " " nº 40

02 " " " " nº 40

02 " " " " nº 40

02 prof. Medicina

02 prof. T 2/6 F

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

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

(CNS) (CPF)

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

42 - ASSINATURA E CARIMBO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORG. DE VIGILÂNCIA

45 - DOCUMENTO

(CNS) (CPF)

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

47 - ASSINATURA E CARIMBO

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/01/19

PRONTUÁRIO

123043

PACIENTE: LEANDRO JOSÉ DA SILVA BARROS SEXO: M COR: P 47 ANOS

130x80 mmHg PULSO 92 bpm RESPIRAÇÃO OK TEMPERA OK A PLEO

ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PESSIMO RISCO CIRURGICO X BAIXO

## EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATORIO OK

AP. CIRCULATORIO OK

AP. DIGESTIVO OK

ESTADO MENTAL

LOTE

PROVADE

7PM

PRE-ANESTESICO

DOSE HORA

DORMONID 2mg IV NA 50

ASA II

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E

CIRURGIA REALIZADA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE

PLATÔ TIBIAL E

CIRURGIÃO DR. JACQUES

AUXILIARES DR. MATHEUS (MR3)

INICIO DA ANESTESIA

12:30h

TERMINO DA ANESTESIA

14:30h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

3 VALORES

DR. ROSSANA L. M. T. VALE CPF 690.882.174-91

CRMPH 4205

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

12:30 13:30 14:30

☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOCAGEM

LA-14, AGULHA 26G, PUNÇÃO LUMBAR, LCR (X), INJEÇÃO 30 ml de OPIÓIDE

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1 DORMONID - 2mg IV 11

2 NEOCAÍNA 0,5% ISOTÁDICA (15mg) + 3IMORE (0,02mg/kg) 12

3 CEFALOTINA - 2g IV 13

4 DEXAMETASONA - 10mg IV 14

5 NAUSETRON - 8mg IV 15

6 CETOPIROFENO - 100mg IV 16

7 DIPIRONA - 2amp. IV 17

8 18

9 19

10 20

11 21

12 22

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 MAR. 2019

PROTOCOLO

AS 10h

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGO

[Assinatura]





CRUZ 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	CID
<b>FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NAO

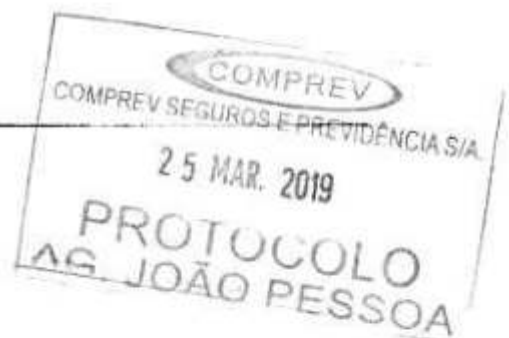
DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NAO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA-INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ 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 ANTIBIÓTICO PROFILAXIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO MEDIAL DE JOELHO ESQUERDO
HEMOSTASIA + DISSECÇÃO POR PLANOS
Achados:
FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
Condução:
REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO ABERTA
APOSIÇÃO DE PLACA EM T 2X6 FUIOS + PARAFUSOS ESPONJOSOS E CORTICAIS SOB ESCÓPIA
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

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

Médico/CRM:

3/1/2019

# Nota de Sala Cirúrgica

PACIENTE <u>André José do S. Barros</u>							
IDADE <u>27</u> BE <u>113053</u>		PRONTUÁRIO		ENFERMAGEM		LEITO	
CIRURGIÃO <u>Dr. Felipe</u> (ALN) <u>Dr. Miller</u> (ALN)							
ANESTESIA <u>Dr. Gonçalves</u>							
ANESTESISTA <u>Rafael</u>							
CIRURGIÃO <u>Dr. Gonçalves</u>							
DATA <u>3.2.19</u> TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO <u>14:00</u> FIM <u>14:30</u> CIRURGIÃO INÍCIO <u>14:00</u> FIM <u>14:30</u>							
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)							
LOCAL DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INSPECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	QTD.	
ALFENTANILA		<u>550ml</u>	L	JELCO Nº18	<u>1</u>		
ROPIVACAÍNA ISOBÁRICA				JELCO Nº10			
ROPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22			
ETANINA				JELCO Nº24			
PROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			
ETONIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº1			
PROBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	<u>CC</u>	LÂMINA BISTURI Nº15			
ENTANILA		PVPi DEGERMANTE	<u>CC</u>	LÂMINA BISTURI Nº23	<u>1</u>		
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	<u>1</u>		
EPIDURAL		PVPi TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO			
ROPIVACAÍNA C. VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO			
ROPIVACAÍNA S. VASO		MATERIAIS	QTD.	LAVA DE PROCEDIMENTO PAR	<u>16</u>		
ROPIVACAÍNA C. VASO		AGULHA 13X4,5		LAVA ESTÉRIL Nº10			
ROPIVACAÍNA S. VASO		AGULHA 25X07	<u>1</u>	LAVA ESTÉRIL Nº13	<u>1</u>		
ROPIVACAÍNA		AGULHA 25X08	<u>1</u>	LAVA ESTÉRIL Nº10	<u>1</u>		
ROPIVACAÍNA		AGULHA 40X12	<u>1</u>	LAVA ESTÉRIL Nº15	<u>1</u>		
ROPIVACAÍNA		AGULHA PERIDURAL Nº18		MÁSCARA CIRÚRGICA			
ROPIVACAÍNA		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIUSAS			
ROPIVACAÍNA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO			
ROPIVACAÍNA		AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19			
ROPIVACAÍNA		AGULHA RAQUI Nº26G	<u>1</u>	SCALP Nº21			
ROPIVACAÍNA		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	<u>1</u>		
ROPIVACAÍNA		ALGODÃO ORTOPÉDICO	<u>1</u>	SERINGA 5ML	<u>1</u>		
ROPIVACAÍNA		ATADURA DE CREPOM	<u>1</u>	SERINGA 10ML	<u>1</u>		
ROPIVACAÍNA		ATADURA GESSADA		SERINGA 30ML	<u>1</u>		
MEDICAÇÕES		QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº		
ADRENALINA			CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE UNIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		
ATROPINA			CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		
BENTRA			CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		
CLORALDRINA			CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		
CLORALDRINA			CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
DIPIRIDA SÓDICA			CERA PARA OSO		SONDA NASOG. CURTA		
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		
EFEDRINA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº		
EFEDRINA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		
EFEDRINA			DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
EFEDRINA			DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
EFEDRINA			ELETRODOS		TUBO ENOXOTRAQUEAL Nº		
EFEDRINA			EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		
EFEDRINA			EQUIPO MICROGOTAS				
EFEDRINA			ESPONJA DE PVPi				
EFEDRINA			ESPARADRAPO				
EFEDRINA			GAZES				
EFEDRINA			GAZES ALGODOADAS				
EFEDRINA			GEL ELETROLÍTICO				
EFEDRINA			JELCO Nº14				
EFEDRINA			JELCO Nº16				

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA  
25 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Dr. 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**

Digito 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.)



TEM SE PUBLICA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 10484508

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE DO PÁDRA TODOS OS FINS LEGAIS  
Lei 11 de Lei n° 8.969/94



IDENTIFICADORA DE PARTES

Maria Cíthia Brilo da Silva

VERIFICAR

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO REGIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
MARIA CÍTHIA BRILLO DA SILVA

PAÍS  
JOÃO EDUARDO DA SILVA  
KATIA DE LOURDES FERREIRA BRILLO

CATEGORIA  
SANTA RITA-PR

DATA DE ASSINATURA  
20/03/2008

NO  
2811924 - SSP/PR

ESTADO DE SANTA CATARINA  
RACIA

EST. 888.644-20

DATA DE EMISSÃO  
20/03/2008

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 014200020919  
VIA COD. RENAVAM 20180860001920-VEICULO  
1 0015329094-3 00/00000000 2018

ELINALDO VITAL DA SILVA

07904297485 PLACA NPR8637/PB

NOVO PB 9C2KD04109R011930

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS ESD ANO/FAB 2009 2009

2 P/149 /CI PARTIC CATEGORIA VERMELHA

1 P 00/00/0000 1º VENC / COTAS  
2 00/00/0000 2º  
3 00/00/0000 3º

PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 10/07/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO OBSERVAÇÕES

MARI-PB LOCAL 0

14346 11/07/2018

13870

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200020919 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

5000 2018 11/07/2018

VIA 1 07904297485 PLACA NPR8637/PB

00153290943 HONDA/NXR150 BROS ESD

2009 9 9C2KD04109R011930

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FAS (R\$) \*\*\*\*\*  
DENAT/TRAN (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

DATA DE QUITAÇÃO 10/07/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.508/0001-04

13870-1509061-20180711



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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

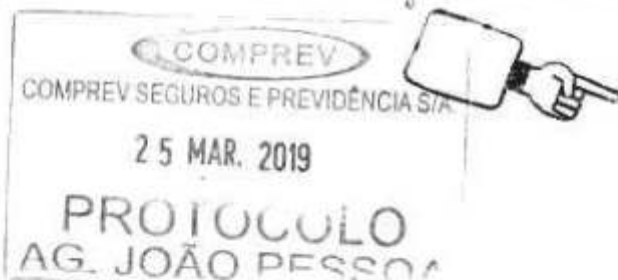
**Outorgante:** Leandro José da Silva Barros, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Manoel Pereira Cabral nº 36, bairro Vermelho, Município de Mari, Estado de(o) PB, Cep: 51345-000, portador(a) do Rg nº 3459202, SSP/ PB e CPF nº 083 507 889-10

**Outorgado:** Maria Cristina Gulo da Silva, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ar. Capotas dos Reis nº 602, bairro Jaquele, Município de João Pessoa, Estado de (o) PA, Cep: 53, portador (a) do RG nº 2911925, SSP/ PB e CPF nº 5516904429

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 inveio

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.



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 Francisco Pereira de França, 56, Centro, Mari - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
LEANDRO JOSÉ DA SILVA BARROS  
Do(a) Mari-PB - 01/03/2019  
Substituta: Michelle Ferreira de Sousa  
Selo Digital: AID85426-11354  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
Emul R\$ 9,91 Farpa R\$ 0,20 MP R\$ 0,16 Fog R\$ 1,98

Michelle Ferreira de Sousa  
Substituta



## PROCURAÇÃO

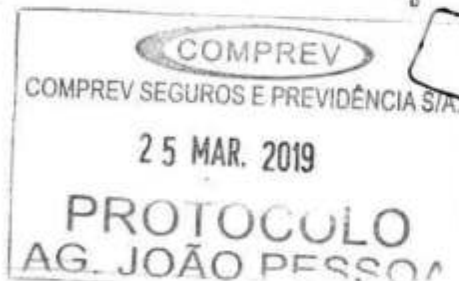
**Outorgante:** Leandro José da Silva Barros, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor, residente e domiciliado à Rua Prof. Laurival Pereira Cabral nº 32, bairro Vermelho, Município de Mari, Estado de(o) PB, Cep: 58345-000, portador(a) do Rg nº 3459202, SSP/ PB e CPF nº 083 507 884-10

**Outorgado:** Maria Cynthia Gulo da Silva, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. Capitão João Penas nº 602, bairro Jaqueirê, Município de João Penas, Estado de (o) PB, Cep: 58, portador (a) do RG nº 2911924, SSP/ PB e CPF nº 0516904429

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 invasiva

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 Penas, 19 de março de 2019



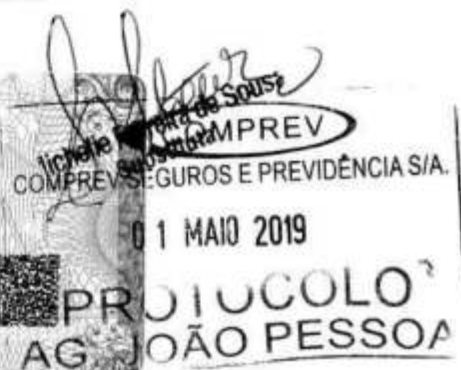
Leandro José da Silva Barros  
Outorgante  
CPF Nº 083 507 884-10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL FRANÇA  
Rua Francisca Pereira de França, 36, Centro, Mari - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
LEANDRO JOSÉ DA SILVA BARROS  
Dou fe: Mari/PB - 01/03/2019  
Substituto: Michello Ferreira de Sousa  
Selo Digital: AID85426-11354  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,91 Tarpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj 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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 19/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

**MARIA CINTHIA GRILO 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](http://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 GRILO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 19/12/2018

**Titular do CPF:** LEANDRO JOSE DA SILVA BARROS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### MARIA CINTHIA GRILO 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](http://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 GRILO DA SILVA  
CPF: 051.690.444-29

MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS