
Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589490

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589490

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000000372

Conta: 0000033380-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

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: 0362392/39	CPF da vítima: 086.993.854-05	Nome completo da vítima: Leandro Felipe de Oliveira Pires
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Leandro Felipe de Oliveira Pires		CPF: 086.993.854-05
Profissão: Recuso	Endereço: Rua Ronaldo Alves Toledo	Número: 140
Bairro: Manoelina	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58055-033	Tel. (DDD): (83) 98708-8728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: **ITAU**

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0372** CONTA: **33380** **7**
 (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/reembolso 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 de 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 de 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 (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: _____ 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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa, 17/10/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2º Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)



Corrente





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11382.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11382.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:57 horas do dia 01 de outubro 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 Phelipe de Oliveira Pires**, CPF nº 086.991.854-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Fiscal, filho(a) de Rosaria de Oliveira Pires e Crivandir Militão Pires, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/02/1991 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ronaldo Alves Toledo, Nº 140, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Alvorecer Iii, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Presidente Tancredo Neves, Martelinho de Ouro, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Ipês; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/05/19 13:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 06/05/2019, POR VOLTA DAS 13:50, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA YAMAHA LANDER DE COR PRETA, ANO 2019/20, PLACA QSB-4783/PB, CHASSI 9C6DG3320L0001140, REGISTRADA EM NOME DE ROSARIA DE OLIVEIRA MORAIS, NA AVENIDA PRESIDENTE TANCREDO NEVES, IPÊS, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA NA MESMA AVENIDA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO, VIROU A SUA FRENTE DE FORMA REPENTINA E COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 16/05/2019, CONFORME CERTIDÃO 1207/2019 EXPEDIDA PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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, 01 de outubro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES
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: 0362392/39	CPF da vítima: 086.993.854-05	Nome completo da vítima: Leandro Felipe de Oliveira Pires
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Leandro Felipe de Oliveira Pires	CPF: 086.993.854-05	
Profissão: Recuso	Endereço: Rua Ronaldo Alves Toledo	Número: 140
Bairro: Manoelina	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58055-033	Complemento: Co-200
	Tel. (DDD): (83) 98708-8728	

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

RENDA 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: ITAU	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 0372	CONTA: 33380
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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/reembolso 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 de 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 de 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 (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: ☐ Sim ☐ Não
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 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 17/10/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____	CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura	Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2ª Nome: _____	Assinatura
	CPF: _____	Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

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

Ficha Nr: 227150 Atd: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847 Num. Prontuario: 2019.05.000675
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: FISCAL DE LOJA Escolaridade:
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: A MAE
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: CARONA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H
Vitima de violência por: *B.IPES-PROX.LOMBADA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
DEB E TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 01 hora, queixando-se
dor em antebraço (E) e mão (E). Relata também dor em panturrilha (E) direita, perna
sem alterações medicamentosas.
Trauma contuso em antebraço (E).

Conduta - Solicito RX de antebraço (E) e mão,
- Prescrevo analgesia

Prescrição

Horario da medicacao - Alívio da dor geral. Aoz e
doz da ortopedia

- 1 Dipirona 500mg/ml - 2x/dia O (FA+AD), EV.
- 2 Sialtil 20mg/ml - 2x/dia O (FA+AD), EV.

Dr. Pedro Eduardo de O. Cantão
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10782

Artur

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/13,

Paciente portador de fratura do
vulgo humero

col: Internar p/ cirurgia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Alexandre L. Nobrega
Clínica Traumatologia
101,03 101,03 101,03 101,03

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☒ Residência ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta ☐ Pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00372

CONTA: 000000033380-7

Autenticação:

4A31271B1269221A3F0232B1025429F701D591FFF159EC3217AEB72517DEF18B

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segurado-via de conta.

Boleto para simples pagamento da conta fiscalizante da energia elétrica Nº 032.512.873



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.215.823-0

DADOS DO CLIENTE

CONDOMINIO RESIDENCIAL ALVORECER III
RUA RONALDO ALVES TOLEDO 140
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1043795-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	14/10/2019	143	21/10/2019	R\$ 125,24

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 06987.836175 1 80490000012524

Pagador: CONDOMINIO RESIDENCIAL ALVORECER III CNPJ/CPF: 14.511.890/0001-00

RUA RONALDO ALVES TOLEDO 140 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006987836	000000000201910	21/10/2019	R\$ 125,24	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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

Ficha Nr: 227150 Atd: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847 Num. Prontuario: 2019.05.000675
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: FISCAL DE LOJA Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: A MAE
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: CARONA

Causa de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H
Mecanismo de violência por: *B.IPES-PROX.LOMBADA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	☒ (X) Aparentemente Bem	☐ [] Grave
FC:	TP:	☐ [] Politraumatizado	☐ [] Convulsao
Peso:	Altura:	☐ [] Hemorragia	☐ [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	☐ [] Diarreia	☐ [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	☐ [] Regular	☐ [] Chocado
		☐ [] Vômito	

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
SEM TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 01 hora, queixando-se
de dor em antebraço (E) e mão (E). Relata também dor em panturrilha (E) direito, porém
sem alergias medicamentosas.
Diagnóstico: Trauma contuso em antebraço (E).
Conduta: Solicitar RX de antebraço (E) e mão;
Prescrever analgesia.

Prescrição

Horario da medicacao

- 1) Dipirona 500mg/ml - 1x/dia 0 (FA+AD), EV.
- 2) Xilatil 20mg/ml - 1x/dia 0 (FA+AD), EV.

Ata de cirurgia geral - Ator e
de ortopedia

Dr. Pedro Eduardo de O. Cantano
Residência Cirurgia Geral
CRM-PB 10782

Artor

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/18.

Paciente portador de fratura de
umt braço)

Col: Intermex p/ cirurgia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Alexandre Nobrega
Cirurgia Traumatologia
CRM: 00000000000000000000

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☒ Residência

☐ Outra - Sedado

☒ Transferido

☐ Enfermaria

☐ Desistencia

☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

CERTIDÃO

Nº. 1207/2019

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº227150 e Prontuário Nº 2019.05.0675 pertencentes ao paciente **LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES** que foi atendido dia 06/0/2019 às 14h46min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária de radio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/05/2019, com alta médica dia 17/05/2019.

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

João Pessoa, 26 de julho de 2019
Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO DE ATENDIMENTO MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 227150 Atd: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847 Num. Prontuario: 2019.05.000675
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES
Raca: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: FISCAL DE LOJA Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: A MAE
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: CARONA

Tempo de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H
Mecanismo de violência por: *B.IPES-PROX.LOMBADA
Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
SEM TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 01 hora, queixando-se
de dor em antebraço (E) e mão (E). Relata também dor em panturrilha (E) direita, porém
sem alterações medicamentosas.
Trauma contuso em antebraço (E).

Conduta - Solicito RX de antebraço (E) e mão (E)
- Prescrevo analgesia

Prescrição

Horario da medicacao

- 1) Dipirona 500mg/ml - Tozer 0 (FA+AD), EV.
- 2) Xilatil 20mg/ml - Tozer 0 (FA+AD), EV.

Atende cirurgia geral - 14:02
de 02 da ortopedia
Dr. Pedro Eduardo de O. Cantata
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10782

Arturo

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/18

Paciente portador de fratura de
unha da mão

col: Internar p/ cirurgia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Roberto L. Nogueira
Ortopedia/Traumatologia
DALON ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☒ Residência ☒ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH sob anestesia
- 2) Aspiração + lavagem + sangramento
- 3) Preparação de campos estéreis

Incisão:

1) Incisão em região dorsal de antebraço

Achados:

1) físt. diafr. para de rad. 05

Conduta:

- 1) Realizado redução aberta + fixação interna de fal. diafragma
- rad. 05 com placa dup 3,5mm 11 parafusos + 6 parafusos
- 2) Lavagem com SF0,9% exaustiva
- 3) Sutura de ferida operatória com fio de sutura

Fechamento:

- 1) Lavagem extensiva com gaze esteril
- 2) Sutura de ferida

OBS:

Data:

16.05.19

Dr. Tarcísio F. Ramos
Médico
CRM-PB 10920

MÉDICO/CRM

LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

NOME **LEANDRO PHELIPPE DE OLIVEIRA PIRES**

PRONTUÁRIO N°

IDADE 28a . SEXO MAS COR CLÍNICA Ortopedia ENF 16 LEITO: 158

DATA DE ADMISSÃO 06-05-2019 DATA DE ALTA 17/05/2019 TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura diafisária de Rádio E

CID

S52.3

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio E

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de Fratura diafisária de Rádio E foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de fratura fechada com placa e parafusos. Recebeu alta em boas condições clínicas e





London School of Economics 1953-1954



REGISTRO GERAL 3.527.615 -2 VIA EXPEDIÇÃO 12/06/2018
NOME LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES
FILIAÇÃO CRIVANDIR MILITÃO PIRES
ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES
NATURALIDADE
DOC ORIGEM JOÃO PESSOA-PB
NASC.N. 64040 FLS.122 LIV.A-62
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB
CPF 086.991.854-05
Assinatura: [Assinatura] A +
LEI Nº 118 DE 29/08/03
LIVRO Nº 2176033

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
V-02
P-917
[Fotografia]
[Impressão digital]
Assinatura: [Assinatura]
CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014630616701
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RRT - 20190000110298-5
VIA - COD RENAVAM 00/00000000
I 0118493079-9 00/00000000 2019

ROSARIA DE OLIVEIRA MORAIS

61685470450
08E4783/PB

NOVO PB 9C6D63320L0001140

725/MOTOCICLETA/400 400CC
YAMAHA/XT2250 IANDER
ANO/FAB 2019 2020

CAP/REG/CM 2 E/249 /CI
CATEGORIA PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000
FACD/PIVA 0
Parcelamento/DOTAS 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO 26/03/2019

A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA
DOCUMENTO DE FORT OBRIG

JORO PESSOA - PB
26/03/2019 7003781

DETRAN

CONFIRAR

VALID

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOIS CAUSADOS POR VEICULO

TRANSPORTAÇÃO QUANDO LEGADO DPVAT

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

www.seguradoraliber.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 28/03/2019

VIA I 61685470450
PLACA 08E4783/PB

RENAVAM 01184930799 YAMAHA/XT2250 IANDER
ANO/FAB 2019 2020

PNS (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000
CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

SEGURO
P A G O
26/03/2019

SEGUROADORA LIBER - DPVAT
CNPJ 09.248.005/0001-04
7003781-1653326-20190328

CEN. SAIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589490 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 6/7_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589490 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 6/7_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362192/19

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

CPF: 086.991.854-05

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/05/2019

Titular do CPF: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES : 086.991.854-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES
CPF: 086.991.854-05

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA