



Número: **0800384-80.2019.8.15.0741**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Boqueirão**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO BATISTA DE LIMA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36196380	03/11/2020 17:02	Apelação	Apelação
36196395	03/11/2020 17:02	2700221_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02	Outros Documentos
36197205	03/11/2020 17:02	2700221_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_033	Outros Documentos
36197211	03/11/2020 17:02	2700221_RECURSO_DE_APELACAO_01	Apelação

EM ANEXO



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 074.1.20.00646/01
Nº do Processo: 0800384-80.2019.815.0741			Data de emissão: 27/10/2020
Comarca: Boqueirao	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 074.2020.600646	Tipo da Custas de Recursos	UFR vigente: R\$ 51,87	
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,38		Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6	
Promovente LEANDRO BATISTA DE LIMA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 13.500,00		Parcela: 1/1	
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.		Valor total: R\$ 312,60	
866500000033 126009283188 520201031074 412000646015 		Desconto total: R\$ 0,00	
		Valor final: R\$ 312,60	

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 074.1.20.00646/01
Nº do Processo: 0800384-80.2019.815.0741			Data de emissão: 27/10/2020
Comarca: Boqueirao	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 074.2020.600646	Tipo de Custas de Recursos	UFR vigente: R\$ 51,87	
Promovente LEANDRO BATISTA DE LIMA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Valor da causa: R\$ 13.500,00		Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6	
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,38		Parcela: 1/1	
		Valor total: R\$ 312,60	
		Desconto total: R\$ 0,00	
		Valor final: R\$ 312,60	

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 074.1.20.00646/01
Nº do Processo: 0800384-80.2019.815.0741			Data de emissão: 27/10/2020
Comarca: Boqueirao	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 074.2020.600646	Tipo de Custas de Recursos	UFR vigente: R\$ 51,87	
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,38		Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6	
Promovente LEANDRO BATISTA DE LIMA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 13.500,00		Parcela: 1/1	
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.		Valor total: R\$ 312,60	
866500000033 126009283188 520201031074 412000646015 		Desconto total: R\$ 0,00	
		Valor final: R\$ 312,60	



Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
	29/10/2020	0	0
DATA DA GUIA	Nº DO PROCESSO		TIPO DE JUSTIÇA
29/10/2020	08003848020198150741		ESTADUAL
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)
PB	Vara Cível	RÉU	312,60
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica	092486080000104
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
LEANDRO BATISTA DE LIMA		FÍSICA	04156416402
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA			
A18489C5F0032EA5			
CÓDIGO DE BARRAS			
86650000003 3 12600928318 8 52020103107 4 41200064601 5			



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160278404 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LEANDRO BATISTA DE LIMA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL ARRUDA nº SN - CENTRO - ALCANTIL/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2649478 - SSP**
Data local do exame: **27/05/2016 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura exposta do fêmur distal esquerdo+ fratura exposta do quinto dedo da mão esquerda

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

tratamento cirúrgico das fraturas

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

deformidade física permanente no quinto dedo da mão esquerda com rigidez articular parcial encurtamento de aproximadamente 3cm do membro inferior esquerdo em relação ao direito e rigidez articular do joelho. sem carga, fratura não consolidada, em acompanhamento.
obs- apesar do paciente referir que ainda tem retorno a ser feito com o médico assistente, já se observa seqüelas definitivas e não tem exames no momento para comprovar o retardo de consolidação do fêmur

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

5 dedo da mão esquerda

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

membro inferior esquerdo

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 27/05/2016

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM: 6492


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6492



Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 17:02:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110317020667900000034561572>
Número do documento: 20110317020667900000034561572

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2016

Carta nº: 9059776

A/C: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Sinistro: 3160278404 ASL-0864638/16
Vitima: LEANDRO BATISTA DE LIMA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00689/00690 - carta_01



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta nº: 9077553

A/C: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Sinistro: 3160278404 ASL-0864638/16
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01401/01402 - carta_02

00050701



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta nº: 9176395

A/C: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Sinistro: 3160278404 ASL-0864638/16
Vitima: LEANDRO BATISTA DE LIMA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LEANDRO BATISTA DE LIMA

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 001

Agência: 000004637-X

Conta: 000010012390-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

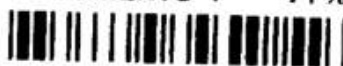
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01333/01334 - carta_15R



00020667





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 0864638/16

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LEANDRO BATISTA DE LIMA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2649478 EXPEDIDO POR SSP/PV EM 1 / 1 / 16
 CPF 040562069-02 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Recurso
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 meses, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1637 N° da CONTA (com dígito, se existir) 11.390-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Leandro Batista de Lima de 16 de 16 Assinatura do Beneficiário
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e o tempo de recuperação, de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS



Extrato de Conta Corrente

Agência : 4637-X Agência
Terminal : 1200000 Id. Tra.: 000000
Nro Aut : 1200000 Caixa : 00000000
Data : 01/03/2016 Hora : 12:00
Horário de Atendimento

BANCO DO BRASIL S.A.

575700001

0359

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFIRMAÇÃO

AGÊNCIA: 4637-X CONTA: 12.000-0
CLIENTE: FÁBIO BATISTA DE LIMA

HISTÓRICO	LOCAL	VALOR
15/02/2016		
Saldo Anterior		0,000
--- HÁ HAVENDO AUMENTOS ---		

VOCE PODE VER A CONTA ESPECIAL DO HISTÓRICO SUA
AGÊNCIA E ASSINE O CONTRATO.

Invest. com Resgate Autom.		
Saldo Disponível		
Juros +		
Data de Débito de Juros	01/03/2016	
IOF +		
Data de Débito de IOF	01/03/2016	
(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no ato anterior ao débito.		

CREDITO BOMPRESTADOS+ **100000**

SALDO EM CONTA SALARIO **10000**

SALDO EM APLICAÇÃO FINANCEIRA:
POUPANCA RESG. AUTOMÁTICO **10000**

(*) Saldo atualizado até 29.02.2016
Linhas de Crédito Crédito BOMPRESTADOS
--- Crédito Novo ---
BB Crédito Automático **10000**

--- Financiamentos de Bens Serviços ---
BB Cred Veículo/Leasing **10000**
BB Creditário Construção **10000**

VALORES DE DIFERENÇA, sujeitos a confirmação
no momento da contratação.

OBSERVAÇÕES:

As tarifas pendentes de cobrança foram em
01/03/2016 R\$ 31,25. Sujeito a cobrança
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agência.

Serviço de Atendimento ao Cliente SAC
0800 729 0722

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-312-9300



OCORRÊNCIA Nº 005553/16

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005553/16 registrada em 11/03/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos onze dias do mês de março do ano de 2016, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:14 horas, compareceu o Sr. LEANDRO BATISTA DE LIMA, com 34 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e MARIA DO SOCORRO BATISTA DE LIMA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de VERTENTES - PE, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.649.478, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 04156416402, residindo à rua MANOEL ARRUDA S/N, bairro CENTRO, na cidade de ALCANTIL - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 21h00min do dia 06.12.2015, estava trafegando pela Rua São José, no centro da cidade de Alcantil/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano/modelo 2012/2013, cor preta, chassi nº 9C2KC1670DR442845, de placa PFZ-0373/PE, licenciada em nome de Alexandre Melo do Carmo, quando foi surpreendido por outra motocicleta de placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário e com o farol desligado, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar o acidente mas mesmo assim colidiu com a referida motocicleta, perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento médico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor da outra moto sofreu apenas escoriações leves e conseguiu se ausentar do local sem ser identificado. Informa ainda que os Policiais Militares do BPTan não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito: Que, no momento do acidente o tempo estava bom, com via seca e pouca luminosidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica: Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o motociclista causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Sexta-feira, 11 de Março de 2016

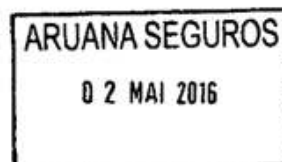
LEANDRO BATISTA DE LIMA

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LEANDRO BATISTA DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2649478 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041.562.164-02 residente e domiciliado na RUA. MARCOS AREVIA, STU. CENTRO Cidade ALCANTELA Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☒) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

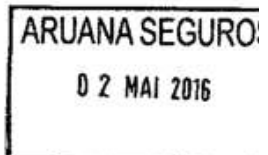
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leandro Batista de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Alcançela - PR - 04/04/16

Local e data





República Federativa do Brasil

LIVRO 4-31

FLS: oltu

TERMO 1.799

ESTADO DE

Parables

Municipio de

Boquete

Distrito de

Alcantalil

João Clímio de Sales

...oficial do Registro Civil

CERTIFICO que do livro número A-3 de registro de nascimento, deste Distrito
foi lavrado hoje as folhas de número oit sob o número 1.799
o assento de Leandro Batista de Lima
nascido no dia primeiro de dezembro de 1901 novecentos e oitenta e um (1/12/1901)

Às 11,30 horas, em Maternidade da cidade das Vertentes, Est do T. Per. abuco.

_____, do sexo _____, regular, de cor _____, branca, 2ª _____, filho _____.

Nome do Maria do Socorro Batista de La

A vós pl ternos: X.X.X.X.X.XX.X.X.X.X.X.X...X.XX.Z.X.X.X.XX.X.X.X.XX.X.X.Y.XX.Y.X.XX.X.X.XX

Avós maternos: Inácio Batista de Lima

e Alzira Maria da Conceição

Testemunhas de declaração: Josefa Maria da Costa

e José Eurólio de Figueira

Declarante: a mãe do registrando

(Observações: Registro feito de acordo com o Artigo 205 da Lei Federal Nº 6.015, de 31-12-78) .. X. X. XX. X. X. X. X. XX. X. X. X. XX. X. X. X. XX. X. X. XXX.

*) referido é verdade dou fé

Alcantil, 24 de marzo de 1984

Oficial do Registro Civil



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCANTIL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.448.753/0001-76 - RUA PROJETADA, S/N
Telefone: 83-3481072 - E-mail: smsalcantil@gmail.com CEP: 58460-000 -

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que, o paciente Leandro Batista de Lima, 34 a, foi atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência –SAMU- 192 Alcantil, no dia 06/12/2015 após acidentat-se de moto na Av. São José, o paciente foi conduzido ao hospital de trauma de campina grande.

Elma Maria de Macedo
ENFERMEIRA
CCREN - PB 337468
Elma Maria de Macedo
Coordenadora do SAMU Alcantil
26/02/2016

ARUANA SEGUROS
02 MAI 2016

DOCUMENTO 3 "T3%"



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LEANDRO BATISTA DE LIMA
RG nº 2649478, data de expedição -1-1-, Órgão SSP/PB
CPF nº 041.562.164-02, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>MANOEL ARAÚJA</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALIANÇA</u>
Estado	<u>PRAIAZAL</u>
CEP	<u>58469-000</u>
Telefone de Contato	<u>83/3374-1289/99988-5048</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alcantara - 04/04/16

Assinatura do Declarante: Leandro Batista de Lima

DOCUMENTO 2 "T2%"



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



ROBERTO SEVERINO DE SOUZA FILHO
RUA MANOEL ARRUDA, S/N - CENTRO
ALCANTIL / PB CEP: 58460000 (AG 188)

energisa

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: B-265-415-280
Nº medidor: 00001185239

Referência: Fev / 2016
Emissão: 15/02/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08 095 183 / 0001-40 Insc Est 16 015 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 574 567
Código para Débito Automático: 00012316360

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1231636-0**

Fev / 2016

Canal de contato

- Redução do valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R\$ 3,00
a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2016

Apresentação

15/02/2016

**Data prevista da
próxima leitura**

15/03/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3857675493

Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 10/02/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Anterior		Atual		Constante	
Data	Leitura	Data	Leitura		
14/01/16	3988	15/02/16	4107	1	119
					32

Demonstrativo			
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	119	0,41817	49,76
Adic B Vermelha			4,51
ICMS			22,30
PIS			1,07
COFINS			4,95
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			1,90
JUROS DE MORA 01/2016			0,08
MULTA 01/2016			1,20

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Jan/16	87
Dez/15	83
Nov/15	106
Out/15	122
Set/15	190
Ago/15	299
Jul/15	60
Jun/15	129
May/15	116
Abr/15	58
Mar/15	6
Fev/15	10

Média dos últimos meses
108 kWh

ARLIANA SEGUROS

02 MAI 2016

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	82,59	27,00	22,30
PIS	82,59	1,3000	1,07
COFINS	82,59	6,0000	4,95

VENCIMENTO
22/02/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 85,77

RESERVADO AO FISCO

INACIO BRUNO SARMENTO
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 800 / B: BODOCONGO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AG: 401)

ENERGISA BODOCONGO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MBR303-AM103 - Alta Sudeste - Três Imãs - Campina Grande / PB - CEP 58100-000
Roteiro: 12 - 401 - 858 - 4320 Referência: Mar / 2018
Nº medidor: 00008008997 Emissor: 21/03/2018
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.130.385
Código para Débito Automático: 08002848948

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Mar / 2016

Canal de contato

Apresentação

21/03/2016

Data prevista da próxima leitura

19/04/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3878181408
Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/03/2016 PAGAS,
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/03/16	3508	21/03/16	3538	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade			13,10
Adic. B. Vermelha			0,27
Adic. B. Amarela			0,31
PIS			0,17
COFINS			0,78

Histórico de Consumo
(kWh)

Fev/16	30
Jan/16	30
Dez/15	30
Nov/15	30
Out/15	30
Set/15	0
Ago/15	0
Jul/15	0
Jun/15	0
Mai/15	0
Abr/15	0
Mar/15	0

Média dos últimos meses
30 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	14,84	1,1800	0,17
COFINS	14,84	5,4200	0,78

VENCIMENTO

29/03/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,64

3ca9.feca.75c1.5894.c083.345e.2ca2.f7b2.

Indicadores de Qualidade 1/2016 - Bodocongo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,40	
DIC TRIMESTRAL	10,80	
DIC ANUAL	21,73	
FIC MENSAL	3,40	
FIC TRIMESTRAL	8,83	
FIC ANUAL	13,70	
DMC	3,11	
DICR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia BD	4,89	33,03
Compra de Energia	8,80	48,45
Serviço de Transmissão	0,28	1,78
Encargos Sociais	1,93	13,19
Impostos Diretos e Encargos	0,96	6,58
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	14,84	100,00

Valor de EUSD (Ref. 1/2016) R\$ 5,78

ATENÇÃO

Requisito Tensão-Voltagem 04/03/2016-Res ANEEL nº 2 019-Alto Tensão 5,87% Médio
Requisito Tensão-Voltagem 04/03/2016-Res ANEEL nº 2 019-Baixa Tensão 7,47% Médio
- Medidor com display apagado
- Faturamento pelo mínimo da fase - Art. 97 de Res. 414 - ANEEL

BODOCONGO

Roteiro: 12 - 401 - 858 - 4320
Matrícula: 204994-2016-03-8

DOCUMENTO 1 *T1%*



VENCIMENTO

29/03/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,64

2 03804010019-4



ARUANA SEGURO

02 MAI 2016

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

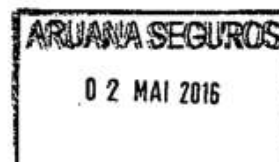
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Armando Bruno Sacramento portador(a) do RG nº 2131933, expedido por SSP/PA, em 21.1.31.933, CPF/CNPJ nº 036.781.814-06, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LEANDRO BATISTA DE LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVÁLIDEZ da vítima LEANDRO BATISTA DE LIMA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ —

Documentos comprobatórios: CNH

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALEXANDRE MELO DO CARMO,
RG nº 6274490, data de expedição 23/04/1999
Órgão _____, portador do CPF nº 049.331.634.56, com
domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,

complemento _____, 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 B. DE LIMA, cujo o condutor era
O MESMO

Veículo: PASI/MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 FAN ESF
Ano: 2012/2013
Placa: PF-20373
Chassi: 9C 2KC 1670 02442845
Data do Acidente: 06/12/2015
Local e Data: Toritama, 01-03-16

Alexandre Melo do Carmo
Assinatura do Declarante



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

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TÍT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Rua de Moura Jesus 343 - Maria do Rosário da Silva Araújo substituta - Huiara Maria Cristina da Silva Araújo e substituta
RUA DO COMÉRCIO, 343 - CENTRO - CEP: 55.125-000 - TORITAMA/PE - FONE/FAX: (81) 3741-3957

Reconheço Por Autenticidade a firma de ALEXANDRE MELO DO CARMO,
TORITAMA/PE 01/03/2016 09:52:45 e dou fé. Em testemunho Y da
verdade. Substituta: MARIA DO ROSÁRIO DA SILVA ARAÚJO Emp. 3, 271 TSNR
0,73, FERC 0,36 Total R\$ 4,36 Selo: 0076752.JSP01201601.09326 Consulte
autenticidade em www.tjpejus.br/selodigital.

Maria do Rosário da Silva Araújo
Cartório Único Toritama-PE

Cartório Único Toritama-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama/PE
Aurea de Moura Jesus
Tabelião
Maria do Rosário da Silva Araújo
1ª Substituta
Huiara Maria Cristina da Silva Araújo
2ª Substituta
COMARCA DE TORITAMA

DOCUMENTO 5 "T50%"



ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016





GOVERNO DO PARÁ SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08.778.268/0001-60 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: 25	
PACIENTE Nome: LEANDRO BATISTA DE LIMA Sexo: MASCULINO Idade: 36 Profissão: Documentação: 180822705770-305 Endereço: Rua Manoel Arruda, Bairro Centro CEP: 55000-000 Município: ALCANTARA Estado: PARAÍBA Código do Município: 2500033	
RAÇA/COR: NASCIMENTO: 01/12/1987 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO () 11 - BRANCA () 12 - PRETA () 13 - PARD () 14 - AMARELA () 15 - INDIGENA () 16 - SEM INFORMAÇÃO	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: Vítima de acidente de trânsito com lesões no tórax e membros superiores. Acolhido no Hospital de Emergência e Trauma. Exame físico: sem alterações. Exames laboratoriais e de imagem em andamento.	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO RESULTADOS Exames realizados em laboratório externo.	
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. Soro fisiológico 2. Analgésico 3. Antibiótico 4. Curativo 5. Curativo	
DIAGNÓSTICO / CID: S02.01	

NATUREZA DA CONSULTA Consulta Básica (PAB) Consulta Especializada	
PROCEDIMENTO Atendimento de urgência	
TIPO DE ATENDIMENTO 01 - URGÊNCIA 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
TOMOGRAFIA	
MEDICAÇÃO 01 - PRESCRITA 02 - APLICADA ENCAMINHAMENTO 01 - OBSERVAÇÃO 02 - OUTRO HOSPITAL 03 - RESIDÊNCIA 04 - OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO IDADE	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) (NOME E CARIMBO(S)) Dr. Suelio Moreira Torres	
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO Ultrasomografia	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) Carimbo em: 10/12/20	

Ficha de Acolhimento

Nome:	Isidoro Batista de Sousa		
End:	Manuel Arruda	Bairro:	Alcantil
Data de Nascimento:	02/12/81	Documento de Identificação:	
Queixa:	Vacinas	Data do Atend.:	06/12/15
		Hora:	02:30
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácels de dor () Gement
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Cosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

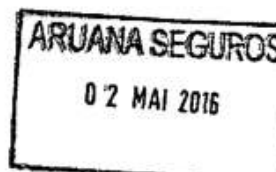
Estratificação

MOD. 1

cinquês
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Leandro Batista de Lima Idade: 34

Como é conhecido(a) _____ Ala UT2 Enf. 9 Leito 1

Data de admissão 1/1/ Procedência Alcantil

Endereço: rua Mansel Grande, s/n, centro

Ponto de Referência _____

Com quem reside? C/ companheira e dois filhos

Resp. _____ Telefone: 86737611

DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim () Qual? _____

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (x) Qual? Citocinas Primárias

Causa da admissão: _____

Se adulto ou idoso:

Estado civil: unido estável Tem filhos: Não () Sim (x) Quantos? dois

Profissão: _____ Fuma? Não () Sim (). Faz uso de bebida alcoólica?

Não () Sim () Eventualmente (). É etilista ().

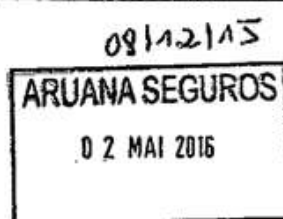
Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim () Não (). Que série está cursando? _____

Profissão dos pais ou responsável: _____

Observações Prestadas orientações ao paciente. Encontra
se acompanhado por fre. pais da Costa. Inje-
ções obtidas c/ paciente.

Mod 018



fairly
CRESS 22
Insc. REC.
JOSIANY CORA



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Leandro Batista			
Data da Operação	23/12/15	Enf.	Leito
Operador	Dr. André Ribeiro	1.º Auxiliar	Dr. João
2.º Auxiliar	Dr. J. H. M.	3.º Auxiliar	Dr. João
Anestesia		Instrumentador	
Diagnóstico Pré-Operatório		Tipo de Anestesia	
Fratura fêmur distal E			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
3			
Acidente Durante a Operação			
N			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- 1) Paciente em DPH, sob efeito anestésico
- 2) Anestesia e Antiespasmódica
- 3) A colocação com os membros
- 4) Incisão em face Antero-lateral com
- 5) Dissecção e deslocamento (+) da fratura por
- 6) Redução e encurtamento fratura - El Encoste
- 7) Aproximação placa (+) fixação com parafusos
- 8) Lavado FQ
- 9) Sutura por planos
- 10) Curativo

ARUANA SEGURO
 02-MAI-2016

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Ortopedia

PACIENTE: Leonardo Batista de Lima DN-01/12/1981				GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Especialidades Treina e Com Luiz Gonzaga Fernandes		
QI 9	LEITE 1	CONVÊNIO SUS	IDADE 34			REGISTRO 1258278
CIRURGIA Trat. Cir. com processo de ferida Esquerda		CIRURGIÃO Dr. Jayles Dr. André Dr. Roberto Dr. Jipsson				
ANESTESIA Roque		ANESTESIA Dr. Humberto				
INSTRUMENTADORA André		DATA 23/12/15	INÍCIO 15:45	FIM 18:00		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS
01	Adrenalina amp.	01	Catgut crinado Serlix
01	Clorpromazina amp. MQZ amp.		Catgut crinado Serlix
01	Clorpromazina amp. Paracetamol		Catgut crinado Serlix
01	Clorpromazina amp. Macuna Passa		Catgut Simples
01	Clorpromazina amp. Montina		Catgut Simples Serlix
01	Clorpromazina amp. 670zalina		Catgut Simples Serlix
01	Clorpromazina amp. Deametiloxano		Cera p/ osso
	Inova ml		Ethibond
	Ketalar ml		Ethibond
	Mercedina % ml		Ethibond
	Nubatin amp.		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Fio de Algodão Serlix
	Protogin amp.	0.5	Fio de Algodão Sutapak
	Protexol ml		Fio de Algodão Sutapak
	Quelmin ml	08	Fila cardíaca
	Repten amp.		H2O, ml
	Thionembul ml		Intracath Adulto
	Trazium amp.		Intracath Infantil
Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	SOROS
04	Água Destilada amp.	01	Lâmina de Bislui nº 23
	Decadron amp.		Lâmina de Bislui nº 11
02	Dipirona amp.	02	Lâmina de Bislui nº 15
	Flexidol amp.	03	Luvas 7.0
	Flebocrid amp.	06	Luvas 7.5
	Geraicina amp.		Luvas 8.0
	Glicose amp.		Luvas 9.5
	Glucos de Cálcio amp.		Oxigênio l/m
	Kenacel ml		Polax
	Megareline ml		PVP Degermante ml
	Kuraklon amp.	04	PVP Tópico ml
	Lacta amp.	04	Sabão Antisséptico
	Medrolinazol.	01	Saco coletor
	Flisil amp.	03	Seringa dose 10 ml
	Protamina	01	Seringa dose 20 ml
01	Protamina Neosadon	01	Seringa dose 05 ml
01	Protamina Lenoxan		Sonda
01	Protamina Opiodum		Sonda Foley
			Sonda Nasogástrica
			Sonda Uretral nº
			Sternozem ml
			Tornelinha
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml
	Água ha dose 25 x 7		Geloon 18
	Água ha dose 28 x 28		Látex
	Água ha dose 3 x 4.5	05	Altitrator
01	Água ha p/ resque nº 2.5		
0.5	Álcool de Etila 70%		
	Álcool Iodado ml		
	Adidas de Círculo		
02	Adidas de Gessada		
	Adul metileno amp.		
	Benzina ml		

ORTOSE E PRÓTESE

01 **Atelural TM Linhas**

02 **Placa OCS 10x10**

03 **Prot. Corado 60 e 65 SR**

04 **Amuleto**

EQUIPAMENTOS

☒ Oxímetro de Pulso
☐ Serra
☐ Desfibrilador
☐ Foco Frontal
☒ Fonte de Luz

☒ Foco Auxiliar
☐ Eletrocautério
☐ Oxímetro
☒ Cardíaco
☒ Perfurador Elétrico

ARUANA SEGUROS

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

02 MAI 2016

Norma



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOZ LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Leandro Batista da Silva</u>		IDADE <u>34</u>	SEXO <u>M</u>	GRUPO <u>-</u>
DATA <u>28/12/15</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
HEMOGLOBINA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÉLIA	URÉIA	OUTROS	
URINA						
AP. RESPIRATÓRIO <u>em + em ART</u>					ASMA	CRONOLITE
AP. CIRCULATÓRIO <u>na 2ª</u>					ELECTROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO <u>Ipnuzeh</u>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESPECÍFICO			ADENÓIDAS	ODONTÓIDES	ALFACIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	MISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						
<u>15:30</u> <u>(16)</u> <u>16:30</u> <u>(12)</u> <u>17:30</u> <u>(18)</u>						
AGENTES ANESTÉSICOS	EVALUAÇÃO					EFETO
AGENTES ANESTÉSICOS	<u>1-2-3-4-5</u>					Sólido: <u> </u> Escal: <u> </u> Tosses: <u> </u> Laringo espanto: <u> </u> Lenta: <u> </u> Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u> Outros: <u> </u>
AGENTES ANESTÉSICOS	<u>1-2-3-4-5</u>					MANUTENÇÃO <u>1) WDE 5mg</u> <u>2) Clonazepam 0,1mg</u> <u>3) Naloxona 0,1mg</u> <u>4) Morfina 0,1mg</u> <u>5) Carbocisteína 2g</u> ANESTESIA 4980 SF. Sra. <u>Não</u> Não, por quê? <u> </u> <u>6) 1 oxibutona 10</u> DESPERTAR Reflexos da SO: <u> </u> Obst: <u> </u> Co.: <u> </u> Esot: <u> </u> Náuseas: <u> </u> Vômitos: <u> </u> Outros: <u> </u> <u>7) Troxocan 100mg</u> Paro o Leito Sim <u> </u> Não <u> </u> CONDIÇÕES: <u>8) 1-2-3</u> <u>9) 1-2-3</u> <u>10) 1-2-3</u> GARGALHAS
AGENTES ANESTÉSICOS	<u>1-2-3-4-5</u>					SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <u>Assesora + anestesia de 2g.5</u> <u>consolidação, punção em 13-16g</u> <u>gelha 26g 20-25g, ligam chm.</u> POSICÃO <u>posição da fratura, da a cirurgia</u> AGENTES <u>1-2-3-4-5</u> TÉCNICA <u>1-2-3-4-5</u> OPERAÇÃO <u>1-2-3-4-5</u> OPERAÇÕES <u>1-2-3-4-5</u> ANESTESISTA <u>Humberto</u> CONSERVAÇÕES
NOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					ARUANA SEGUROS 02-MAI-2016 PERDA SANGÜEA FOLHA DE ANESTESIA - SRP	



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente <u>Lucas Pontes da Costa</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>07/05/15</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Felipe Cerebros</u>	1.º Auxiliar		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <u>Dr. Felix</u>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>Lesão com fratura de fêmur (E) + lesão com fratura de 1.º PDE +</u>			
Tipo de Operação <u>Lesão com fratura de 1.º PDE + lesão com fratura de</u>			
<u>1.º ME + fratura de fêmur + fratura de 1.º PDE com lesão K</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>sem fratura</u>			

Relatório Imediato da Patologia

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) <u>Verificação de duto em abdômen</u>
2) <u>1.º PDE + fratura de fêmur de osso</u>
3) <u>procedimento com fratura em fêmur</u>
4) <u>lesão com fratura de fêmur (E)</u>
5) <u>lesão com fratura de 1.º PDE + fratura de 1.º ME</u>
6) <u>lesão com fratura de 1.º ME (E)</u>
7) <u>lesão com fratura de 1.º PDE</u>
8) <u>lesão com fratura de K + fratura</u>
9) <u>lesão</u>

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2015

Fátima Guedes
CRM 10.741
CRM 21036



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: GEANORO BATISTA DE LIMA DN - 01.12.81						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADÍSTICA Hospital da Emergência e Trauma Dona Luiza Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		SUS	34	1258178		
CIRURGIA: Trat cirúrgico de fratura exposta de úmero da mão E a p d			CIRURGIÃO: J. FELIX			
ANESTESIA: Raqui			ANESTESIA: J. FELIX			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		07.12.15	00:30	01:30		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CODIGO
	Adrenalina amp.	01	Caqui cromado Serlix	
	Atropina amp.		Caqui cromado Serlix	
	Clozapam amp.	15	Caqui cromado Serlix	
01	Dimcra amp. 0.2mg		Caqui Simples	
	Colantina amp.		Caqui Simples Serlix	
	Efrane ml		Caqui Simples Serlix	
	Epigam amp. Deimonid		Caqui Simples Serlix	
	Fortil ml		Cera pl osso	
	Intra ml		Ethicon	
01	Ketalar ml Capidura		Ethicon mono 3.0	
	Marcina 2% ml		Ethicon mono 4.0	
	Nubain amp		Fio de Algodião Serlix	
	Pavulon amp.		Fio de Algodião Serlix	
	Protamine amp.		Fio de Algodião Sulapak	
	Protexido 3m		Fio de Algodião Sulapak	
	Quecin ml	10		
	Rapfen amp			
	Thiorenbutal ml			
	Tracrium amp.			
Qtd.	MEDICAÇÕES	Qtd.	FIXADORES EXTERNOS	
04	Água Destilada amp.	01	FIXADORES EXTERNOS - OSSOS MEDIOS E LONGOS - IMPOL	
	Oxácron amp.		FIXADOR IMPOL FIX 23	
	Diclon amp.	02	TAM: ROFA II	
	Flupicil amp.	04	MATERIAL NORME ENR 150730	
	Fluocortid amp.		REGISTRO ANVISA 10103770410	
	Garamina amp.		Rev. De. 02000000000000000000	
01	Glicose amp. Eufalina		LOTE 0504/0315	
	Glicose de Cálcio amp.		COD. 0930-001-000	
	Harnacet ml			
01	Isoprenalina ml. Vascudon			
	Kanexion amp.			
	Leex amp.			
	Meflozinazol.	02		
	Praxi amp.	02		
	Protamina	03		
01	Rampraro. Xilocaína			
	Shuparon amp. S/D			
	Cefalotina 1g			
01	Ureacina percola			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
	Agulha desc. 25 x 7			
	Agulha desc. 28 x 23			
	Agulha desc. 3 x 4.5			
01	Agulha p/ raqui n° 25			
	Alcool de Enfermagem			
	Alcool Iodado ml			
10	Ataduras de Crepon 15cm			
02	Ataduras de Gossada 10			
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml			

ARUANA SEGUROS
 02 MAI 2016

EQUIPAMENTOS

(X) Oxímetro de Pulso (X) Foco Auditivo

() Serra () Eletrocautério

() Desbridador () Ortopedista

() Foco Frontal (X) Cardiomonitor

() Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Conceição + Sarcia

Obs: Paciente veio com Hemácias

V00002

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMAGEM

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

LUIZ GONZAGA FERNANDES

IDADE

39

SEXO

M

COR

07/32115

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGÜÍNEO

HEMATÓCITO

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GEMÉULAS

URÉIA

OUTROS

AP. RESPIRATÓRIO

ASMA

BRONQUITE

AP. CIRCULATÓRIO

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

DENTES

DESCOLO

AP. URINÁRIO

ESTADO VITAL

ARRITMIAS

CORRIGÍVEIS

ALERGIA

HIPOTENSÕES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

T.M. CRISTALINUM EX + INT 5º QUADRANTE

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESIA

00:00 01:30

APLICADA

AS

EFEITO

V. JÍVEIS

ANEST. SÍNCOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS

V.P. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO

A.X. ANESTESIA: O - OPERAÇÃO

250

240

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

-10

-20

-30

-40

-50

-60

-70

-80

-90

-100

-110

-120

-130

-140

-150

-160

-170

-180

-190

-200

-210

-220

-230

-240

-250

-260

-270

-280

-290

-300

-310

-320

-330

-340

-350

-360

-370

-380

-390

-400

-410

-420

-430

-440

-450

-460

-470

-480

-490

-500

-510

-520

-530

-540

-550

-560

-570

-580

-590

-600

-610

-620

-630

-640

-650

-660

-670

-680

-690

-700

-710

-720

-730

-740

-750

-760

-770

-780

-790

-800

-810

-820

-830

-840

-850

-860

-870

-880

-890

-900

-910

-920

-930

-940

-950

-960

-970

-980

-990

-1000

-1010

-1020

-1030

-1040

-1050

-1060

-1070

-1080

-1090

-1100

-1110

-1120

-1130

-1140

-1150

-1160

-1170

-1180

-1190

-1200

-1210

-1220

-1230

-1240

-1250

-1260

-1270

-1280

-1290

-1300

-1310

-1320

-1330

-1340

-1350

-1360

-1370

-1380

-1390

-1400

-1410

-1420

-1430

-1440

-1450

-1460

-1470

-1480

-1490

-1500

-1510

-1520

-1530

-1540

-1550

-1560

-1570

-1580

-1590

-1600

-1610

-1620

-1630

-1640

-1650

-1660

-1670

-1680

-1690

-1700

-1710

-1720

-1730

-1740

-1750

-1760

-1770

-1780

-1790

-1800

-1810

-1820

-1830

-1840

-1850

-1860

-1870

-1880

-1890

-1900

-1910

-1920

-1930

-1940

-1950

-1960

-1970

-1980

-1990

-2000

-2010

-2020

-2030

-2040

-2050

-2060

-2070

-2080

-2090

-2100

-2110

-2120

-2130

-2140

-2150

-2160

-2170

-2180

-2190

-2200

-2210

-2220

-2230

-2240

-2250

-2260

-2270

-2280

-2290

-2300

-2310

-2320

-2330

-2340

-2350

-2360

-2370

-2380

-2390

-2400

-2410

-2420

-2430

-2440

-2450

-2460

-2470

-2480

-2490

-2500

-2510

-2520

-2530

-2540

-2550

-2560

-2570

-2580

-2590

-2600

-2610

-2620

-2630

-2640

-2650

-2660

-2670

-2680

-2690

-2700

-2710

-2720

-2730

-2740

-2750

-2760

-2770

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 17:02:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110317020667900000034561572>
 Número do documento: 20110317020667900000034561572

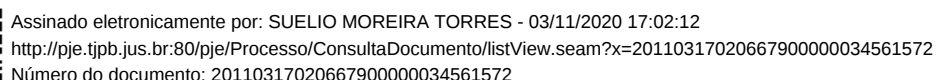
3

ADJACENCY

02 MAI 2016

Mr. John Paul Officia News
CAMPBELL, J. J. QUARTERMASTER
CITY 7-0551

Dr. Josphelina Oliveira Almeida
OBRATEU E TRUWATD.COM
CRM-PO 9551



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

fratura femur ova

ARUANA SEGURO
02 MAI 2016

Paciente: Roberto Almeida

Mostrando:

Leto

Conveniente

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Ultr

Diagnóstico: fratura femur ova

Prescrição: 2000mg NALIN

18

18

18

18

18

18

18

18

18

18

18

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

Prescrição: 2000mg NALIN

cel. 2014 0910

cel. 2014 0910

fratura femur ova



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNOSTICO
Fract. + luxação da articulação do ombro direito

Paciente Leandro Balthazar

Alaqueamento

Q

Leito

1

Convênio

ARQUIVAÇÃO

02 MAI 2016

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/12/15	1) Dete buccale, 10 minutos 2) 800 mg - 1000 mg EV 3) SC 1-1-1000 mg EV 4) Analgésico 100 mg EV 6/6h (50) 5) Chetone 300 mg EV 12/12h 6) Clorazepato 30 mg SC 1x/1dia 7) Tramadol 100 mg + 30 mg de SC 0,9. EV 3/3h com 8) CCC 60 mg (se dor forte)		1) 100 mg Quercetina 2) Analgésico 100 mg EV 6/6h 3) Chetone 300 mg EV 12/12h 4) Clorazepato 30 mg SC 1x/1dia 5) Tramadol 100 mg + 30 mg de SC 0,9. EV 3/3h com 6) CCC 60 mg (se dor forte)

[Signature]
Dr. Suelio Moreira Torres

[Signature]
Dr. Suelio Moreira Torres



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Stanlio Batista Alojamento 9 Leito 7 Convênio ARUANA SEGURO

02 MAI 2018

Data 11/11/17 Prescrição Médica Dr. J. A. Costa Horário 6:00h Evolução Médica

36,5% - 1000 - 1000 - 1000

Diagnóstico - 01/11/17 - 1000 - 1000 - 1000

Quemora - 01/11/17 - 1000 - 1000 - 1000

Quemora - 01/11/17 - 1000 - 1000 - 1000

Quemora - 01/11/17 - 1000 - 1000 - 1000

Quemora - 01/11/17 - 1000 - 1000 - 1000

Quemora - 01/11/17 - 1000 - 1000 - 1000

[Signature]

Resumo: condutiva pré-operatória com presença de lesões antriais. Emenda de 1000. Não conseguiu a afecção, pois não conseguiu 1000 que a afecção, pois não conseguiu 1000.



GOVERNO
DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente

Leandro Babin de Lenc

Alojamento

9

Leito

2

Convênio

2555000

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

01/05/2016 Data em vigor em 16/05/2016

1) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

2) Cateter de 10 cc etc

3) Cateter de 10 cc etc

4) Cateter de 10 cc etc

5) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

6) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

7) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

8) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

9) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

10) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

11) Sifonagem de 200ml (1) em 24h

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

MOD. 015



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CALDAS JARDIM - GRANDE-PR
RUA 207, 336-1 - BRUNÓPOLIS

2 - CNEP

2 3 6 2 8 5 6

1 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

Leandro Batista de Lima

6 - Nº DO PRECATÓRIO

243.345

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 1 1 8 0 6 2 1 4 1 5 1 1 1 1 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/12/1981

9 - SEXO

Masculino

10 - RACIA

3

12 - NOME DA VÍDEO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

63 9 6 6 2 0 1 2 3

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Manuel Arruda Centro

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Alcantil

15 - COD. UBE MUNICÍPIO

16 - UF

PR

17 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS

Pontuário de humo com pleuropatia aguda (E) +
D. PDE + S. QDE + furo em tórax

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Humo agudo

20 - EXERCÍCIOS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radgras

21 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

HT leve + pte 5 + pte 8

22 - CID 10 PRINCIPAL

5223

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de emergência de Fes

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04106105105119

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

30 - DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

31 - DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

32 - DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

33 - DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

34 - DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

35 - DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (RESIDENTE)

37 - DATA DA SOLICITAÇÃO

38 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - 1 - ACIDENTE TRABALHO FÍSICO

35 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº DO SINISTRO

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CÉDULA

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTÔNOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - ADOSCIADO

6 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CITACAO DO EMBOLISMO DO PACIENTE)

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

MOD. 029



VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 049470 DATA DE EXPEDIÇÃO 12 MAIO 1983

NOME SANDRO BATISTA DE LIMA

FILIAÇÃO Maria do Socorro Batista de Lima

N.º URALIDADE Vertentes-PB DATA DE NASCIMENTO 01.12.1981

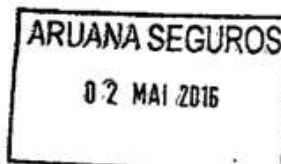
D.º C.º ORIGEM Nascimento, Mts, 08, Liv, A-3 - Dist. Alcantaral - Boqueirão PB

CPF

Jódo Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carta da Polícia de Identificação

PARAUANA SE

02 MAI 2020

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Centro de Pessoas Físicas

COMPROMENTE DE INSCRIÇÃO

Número
041.564.164-02

Nome
LEANDRO BATISTA DE LIMA

Inscricao
011121931

VALIDA SOBRE O COMPROMENTE DE INSCRIÇÃO

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho. Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças. Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitá-la. Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" corrompam para o agravamento de sua lesão. Se você não é electricista, não se metea a fazer serviços de electricidade. Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amaldiçoe a tarde de amanhã. As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes. Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela desatenção. Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes. Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho. Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares. Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço. Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO

Número

034624
Série 00094-48
Carteira nº: 1588-62-08-178

Nome do titular: SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA DO PORTADOR



ARJANA SEGUROS

02 MAI 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **EDACIO BRUNO SARMENTO**

DOCUMENTO / ORGANIZAÇÃO: **2131933** **SSB**

CPF: **036.781.814-06** DATA NASCIMENTO: **24/09/1978**

Raça: **FRANCISCO BRUNO E. SILVA**
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

Problema: **DIOPTRIA** **ACD** **CAUSA** **200**

Nº PROCESSO: **04359592633** VIGÊNCIA: **04/07/2018** 1ª EMISSÃO: **13/05/2008**

VALIDAR EM TODOS O TRANSPORTES NACIONAIS 750616140

DETRAN

Assinatura: *Edacio Bruno Sarmento*

ADMINISTRADOR DE VEÍCULOS

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB** DATA EMISSÃO: **12/07/2013**

Rodrigo Carneiro 64177817063
 SECRETARIA DO DETRAN

DETRAN - PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO

PROIBIDO PLASTIFICAR 750616140

DOCUMENTO 3 *T36*

750616140

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016

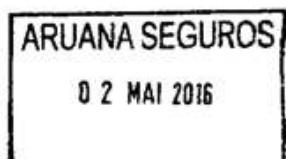
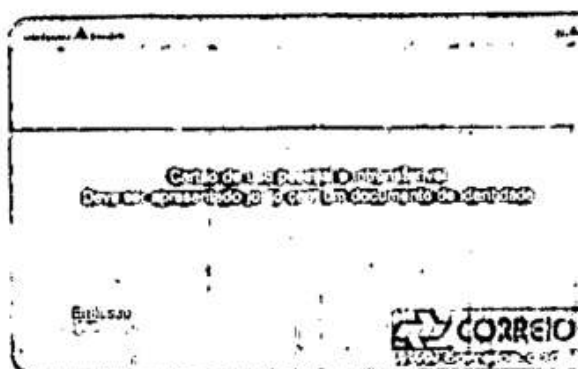
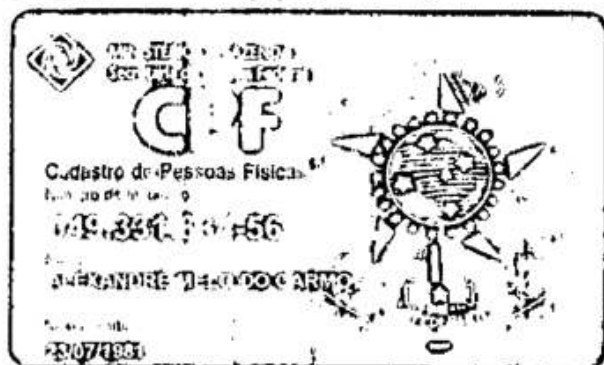
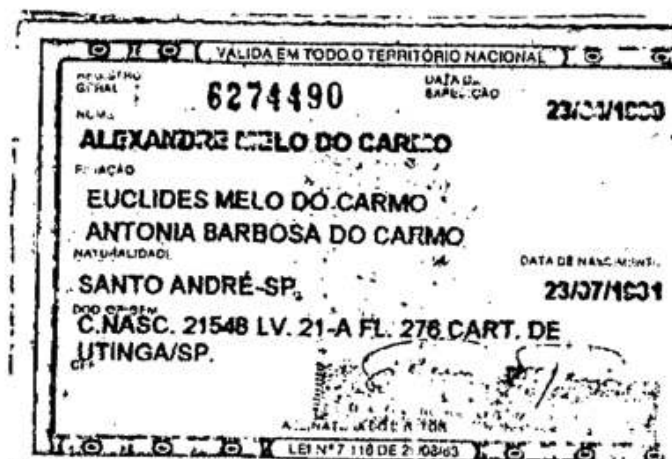
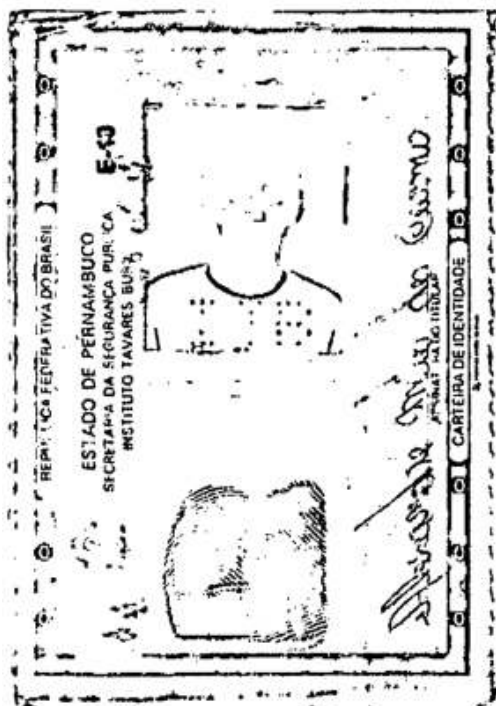


10/10/10

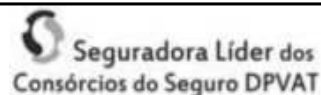
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE PRIVAT.
ELE NAO E DE PORTE OBRIGATORIO.

02 MAI 2016





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160278404 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 06/12/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de fêmur esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

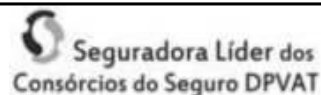
CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160278404 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 06/12/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura exposta do fêmur distal esquerdo fratura exposta do quinto dedo da mão esquerda

Descrição do exame médico pericial: deformidade física permanente no quinto dedo da mão esquerda com rigidez articular parcial encurtamento de aproximadamente 3cm do membro inferior esquerdo em relação ao direito e rigidez articular do joelho. sem carga, fratura não consolidada, em acompanhamento.
obs- apesar do paciente referir que ainda tem retorno a ser feito com o médico assistente, já se observa sequelas definitivas e não tem exames no momento para comprovar o retardo de consolidação do fêmur

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico das fraturas

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 5º QUIRODACTILO ESQUERDO

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 27/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LEANDRO BATISTA DE LIMA brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, inscrito
no CPF de nº 001.231.164-08 e no RG de nº 28.094.78-PB, residente
e Domiciliado a Rua: MANUEL AREUDA, nº 50,
Bairro CENTRO, na Cidade de ALCANIL,
Estado PB, CEP 58460-000.

OUTORGADO: **INACIO BRUNO SARMENTO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF
de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e
domiciliado na Rua Antonio Sergio de Almeida, 800/B, Bodocongo, Campina Grande/PB.

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 BATISTA DE LIMA,
ocorrido em 06.12.15, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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.

Campina Grande/PB, em 01 de Março de 2016

 Leandro Batista de Lima
Outorgante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO
Antonio de Pádua Sales - Oficial e Tabelião
Av. São José, 024 - Alcanil-PB - CEP 58460-000
Comarca de Boqueirão-PB - CNJ: 07000-2

Reconheço a(s) firma(s) por autêntica(s)

de LEANDRO BATISTA DE LIMA

Em testemunho da verdade
Alcanil-PB

elo Digital: 
elo Digital: 
https://sefodigital.tjpb.jus.br

ARUANA SEGUROS

02 MAI 2016





EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOQUEIRAO/PB

Processo n. 08003848020198150741

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LEANDRO BATISTA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOQUEIRAO, 23 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PROCESSO ORIGINÁRIO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOQUEIRAO / PB

PROCESSO N.º 08003848020198150741

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: LEANDRO BATISTA DE LIMA

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

Conforme apresentado na peça de bloqueio, a parte autora, ora Apelada, encontrava-se inadimplente com o prêmio do seguro, quando da ocorrência do sinistro, motivo pelo qual não há cobertura para o mesmo.

Inconformada, a demandada vem apresentar as razões do recurso de apelação, ora interposto, vez que a sentença proferida pelo juízo “a quo” deve ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos.

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Por amor ao debate a Apelante traz à baila, em uma simples consulta em seus arquivos que a parte Apelada, já percebeu a indenização do seguro DPVAT em face de outro sinistro ocorrido em 06/12/2015 já tendo recebido da Seguradora administrativamente exatamente a quantia de **R\$ 5.737,50 SENDO QUE R\$ 4725,00 referente ao MIE.**

Sinistro ocorrido em 06/12/2015 – regulação administrativa nº 3160278404 – pagamento no valor de R\$4725 – referente à MIE

Assim, a presente demanda trata-se indenização securitária em decorrência de lesão preteritamente afetada, ou seja, o Apelado não pode pleitear verba indenizatória de membro com deformidade permanente preexistente!

Assim, é de grande importância este Egrégio Tribunal atentar-se que a parte Apelada já realizou pleito administrativo indenizatório DPVAT em virtude de invalidez permanente decorrente de acidente pretérito.

Não obstante a Apelada traz a colação jurisprudência pátria em caso análogo, como segue:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT. NEXO CAUSAL. NÃO COMPROVAÇÃO. LAUDOS DO IML E DO JUÍZO QUE APONTAM QUE A –LESÃO INCAPACITANTE É ANTERIOR AO ACIDENTE. RECURSO IMPROVIDO. Para que se configure o direito à verba indenizatória do Seguro DPVAT, faz-se necessário que o

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



evento morte ou invalidez haja sido consequência do acidente automobilístico. Ao autor incumbe a comprovação (art. 333, I, CPC) do nexo de causalidade entre a invalidez apresentada e o acidente relatado. Embora não esteja o Juiz adstrito às conclusões do laudo pericial (art. 436 do CPC), deve este ser prestigiado quando inexistente nos autos elementos ou provas capazes de infirmar as assertivas nele lançadas. Concluindo a perícia que a invalidez apresentada é preexistente ao acidente e que restou ausente prova do seu agravamento, a improcedência do pedido se impõe. RECURSO IMPROVIDO.

(TJ-BA - APL: 00801731320118050001 BA 0080173-13.2011.8.05.0001, Relator: Maria do Socorro Barreto Santiago, Data de Julgamento: 18/02/2014, Terceira Câmara Cível, Data de Publicação: 19/02/2014)

Diante dos fatos aduzidos, resta evidenciado nos autos que a r. decisão, não fez a melhor justiça, data vênia, ferindo o princípio da razoabilidade, razão pela qual, a Apelante opõe o presente Recurso, com a finalidade de evitar a condenação injusta e infundada.

Equivoca-se a parte Autoral quando tenta fazer crer que faz *jus* ao recebimento a nova indenização em grau total, sem atentar-se que já recebeu conforme a Lei 11.945/2009 em que nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber 2 (DUAS) VEZES este valor alegando novo sinistro e nova lesão.

Portanto, não há qualquer valor a ser indenizado ao Apelado em relação ao sinistro noticiado nos autos, pois, se assim fizéssemos ESTAREMOS PAGANDO 2(DUAS) VEZES PARA UM SINISTRO DE INVALIDEZ, A PARTE APELADA MAIS DO QUE A LEI PREVÊ PARA PAGAMENTO POR MORTE POR EXEMPLO, para corroborar com o alegado.

Desta forma, requer a Apelante que seja a referida SENTENÇA REFORMADA *IN TOTUM*, a fim de que sejam julgados Improcedentes os pedidos da Apelada.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Recorrente no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada *in totum* a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOQUEIRAO, 23 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LEANDRO BATISTA DE LIMA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BOQUEIRAO**, nos autos do Processo nº 08003848020198150741.

Rio de Janeiro, 23 de outubro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 17:02:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110317021329100000034562328>
Número do documento: 20110317021329100000034562328