



Número: **0804605-05.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **07/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA (AUTOR)		DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO) RODRIGO NOGUEIRA PAIVA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
KARINA KELLY DE OLIVEIRA MELO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47083799	13/08/2021 14:42	<a href="#">Petição</a>	Petição
47083803	13/08/2021 14:42	<a href="#">2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_04</a>	Outros Documentos
47083804	13/08/2021 14:42	<a href="#">2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03</a>	Outros Documentos
47083805	13/08/2021 14:42	<a href="#">2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
47083806	13/08/2021 14:42	<a href="#">2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_04</a>	Outros Documentos

ANEXO





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

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200172129

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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,

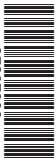
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15766977

Pag. 00657/00658 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020329





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

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200172129

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01741/01742 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040871



Carta nº 15768115





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

**Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200172129**

**Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

**Data do Acidente: 23/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

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\$ 4.725,00

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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 MEDEIROS DE SOUZA**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000004986**

**Conta: 0000004503-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 084 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

5 - Nome completo: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA 6 - CPF: 084 281 224-10  
7 - Profissão: MUDICIM 8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: CS 04  
11 - Bairro: BERTALDO DO ROIO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081  
15 - E-mail: LEANDROBANAN@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

## 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08 de maio de 2020, São Pessoa/PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 0007/2019





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
3200172129

3 - CPF da vítima:  
094.291.224-10

4 - Nome completo da vítima:  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

5 - Nome completo:  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

6 - CPF:  
094.291.224-10

7 - Profissão:  
MARÍTIMO

8 - Endereço:  
Rua Senador Ruy Carneiro

9 - Número:  
S/N

10 - Complemento:  
CS 04

11 - Bairro:  
Recanto do Poço

12 - Cidade:  
Cabedelo

13 - Estado:  
PB

14 - CEP:  
58105-081

15 - E-mail:  
leandrobanan@hotmail.com

16 - Tel (DDD):  
83 9 8757-5432

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Banco ITAU

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4986

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 04503

(Informar o dígito se existir)

9

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/PB, 19 de maio de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 019664.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 019664.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:40 min do dia 06/05/2020, na Delegacia Online, **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Marítimo, natural de Frutuoso Gomes, nascido(a) em 18/12/1990, idade 29, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA e VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA, CPF 094.291.224-10, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Senador Rui Carneiro, nº 4, complemento CS 04, bairro Recanto do Poço, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58105081, telefone(s) 98757-5432, registrou o seguinte:

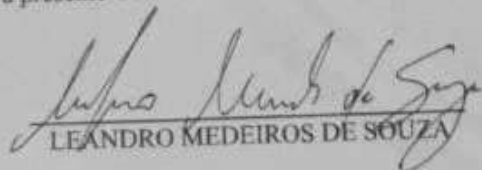
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/10/2019 18:03h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia, hora e lugar mencionados, estava de motocicleta, quando parou no semáforo quase em frente ao Habibs do rua mencionada, o sinal ficou verde, outro motoqueiro, do seu lado esquerdo, fez uma manobra súbita para a direita, entrando na sua frente, sem dar seta, sem quaisquer aviso, o notificante ainda tentou freiar, mas não teve tempo, desviando e se chocando com as placas na calçada. Após a colisão, não lembra de mais nada. Foi socorrido pelo Bombeiros e encaminhado para o Hospital de trauma de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo diagnosticado com Fratura de ulna D e fêmur D, CID 10 S52.2 e S72.3, sendo feito tratamento cirúrgico de fratura exposta ulna direita + tração transesquelética tibial na perna Direita.

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

  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

5DB176D89221C587374AEFDBC75201FE

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 019664.01.2020.0.00.704

1/1







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 023538.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 023538.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:46 min do dia 19/05/2020, na Delegacia Online, **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Marítimo, natural de Frutuoso Gomes, nascido(a) em 18/12/1990, idade 29, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA e VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA, CPF 094.291.224-10, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Senador Rui Carneiro, nº 4, complemento CS 04, bairro Recanto do Poço, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58105081, telefone(s) 83987575432, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/10/2019 18:03h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 23/10/2019, de 18:03, na Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa-PB, a vítima Leandro Medeiros de Souza, CPF 09429122410, estava dirigindo motocicleta Honda/XRE 300 ABS, Ano 2019/2019, Cord Verde, Placa QSG6039, de propriedade de NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, CPF 06586718473, quando parou no semáforo quase em frente ao Habbi's, o sinal ficou verde, outro motoqueiro, do seu lado esquerdo, fez uma manobra súbita para a direita, entrando na sua frente, sem dar seta, sem quaisquer aviso, o notificante ainda tentou freiar, mas não teve tempo, desviando e se chocando com as placas na calçada. Após a colisão, não lembra de mais nada. Foi socorrido pelo serviço de emergência e encaminhado para o Hospital de trauma de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo diagnosticado com Fratura de ulna D e fêmur D, CID 10 S52.2 e S72.3, sendo feito tratamento cirúrgico de fratura exposta ulna direita + tração transesquelética tibial na perna Direita.

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 023538.01.2020.0.00.704 1/2

Digitalizado com CamScanner



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

  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

E834E248CC6E0B90C52A0AB463702583

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 023538.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

5 - Nome completo: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA 6 - CPF: 084 281 224-10  
7 - Profissão: MUDICIM 8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: CS 04  
11 - Bairro: BERTALDO DO ROIO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081  
15 - E-mail: LEANDROBANAN@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08 de maio de 2020, São Pessoa/PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 0007/2019



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Leandro Medeiros de Souza  
DATA DE NASCIMENTO 18/12/90  
NOME DA MÃE Francisca Medeiros da Silva Souza

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 118850  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1198908  
DATA DO ATENDIMENTO 23/10/19  
HORA DO ATENDIMENTO 18:03  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ulna D e fêmur D.  
CID 10 S52.2 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, trazido pelos bombeiros, com dor e limitação de movimento da coxa e antebraço direitos, glasgow 12, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical, tórax, abdome  
RX bacia, coxa D, antebraço D.

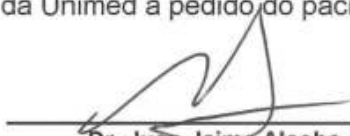
### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades  
RX: fratura de fêmur D e ulna D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta da ulna direita + tração transesquelética tibial na perna D.

ALTA HOSPITALAR: Transferência para hospital da Unimed a pedido do paciente  
(24/10/19)  
DATA DA EMISSÃO: 10/02/2020

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

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

Boletim de Atendimento: 1198908



Identificação do paciente						
ID 262571	Nome LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28 anos 10 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA			Pai VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 987290406	DDD		Telefone		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3632596	Nº Cns				
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro SENADOR RUY CARNEIRO			
Número 155	Complemento		Bairro RECANTO DO POÇO			
Admissão						
Data e Hora 23/10/2019 18:03:52	Número da pulseira 1000007623829		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco			Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não		
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou CONDUTOR DO RESGATE BOMBEIROS				
Sinais Vitais						
X mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico					CID	
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA					Tempo 01min 12seg	

Imprimir





# 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: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04986

CONTA: 000000004503-9

---

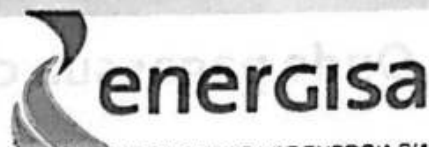
---

Autenticação:

3F3934ED4EADF24E95DF0E17D93E7275B6C0E9860615CB6FEF6F0EFDA709369D



VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA  
TRAV SEN RUY CARNEIRO, S/N/ CS 01 - RECANTO DO POÇO  
CABEDELO / PB CEP 58105-081 (AP)



Ligação MONOFÁSICO

Clis/Sbs: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro 11 - 13 - 299 - 1738

Medidor: D5041942014

Referência Set / 2019

Emissão: 18/09/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-630  
CNPJ 09.095.183/0001-11 - Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 031.347.083  
Cód. para Déb. Automático: 00019347277

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Set / 2019

Apresentação

18/09/2019

Data prevista da  
próxima leitura

18/10/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

328.803.594-49

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1934727-7

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/08/19	0	18/09/19	197	1	197	34

**Demonstrativo**

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Cálculo		Aliq. ICMS(R\$)	Base Cálculo ICMS(R\$)	ICMS	Fator/Colins(R\$)	Colins(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)					
0601	Consumo em kWh	197,000	0,822460	162,02	162,02	27	43,74	162,02	1,61	7,40
0601	Acic. B. Vermelha			11,68	11,68	27	3,15	11,68	0,11	0,53
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			17,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424657500000044717499>

Número do documento: 21081314424657500000044717499

Num. 47083803 - Pág. 13



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	BAE 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data Baixa
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28a 10m 5d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987290406
Mãe <b>FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>SENADOR RUY CARNEIRO, 155</b>	Bairro <b>RECANTO DO POÇO</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EDUARDO MOTTA BRAGA</b>	Nº Cons. Regional <b>7253/PB</b>
Data/Hora Classificação 23/10/2019 18:03:52		Data/Hora Prescrição 23/10/2019 18:10:40	

## ANAMNESE

QUEDA MOTOCICLETA, TRAZIDO POR BOMBEIROS EM PROTOCOLO IMOBILIZAÇÃO DESORIENTADO. A: VAP COM COLAR CERVICAL - MANTENHO B: MV+ AHT S/RA SEM SINAIS DE TRAUMA TORACICO C: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO D: O4V4M4, PIFR E: PROVAVEL FRATURA DE FEMUR CD: TOMOGRAFIA + PARECER NEUROCIRURGIA + PARECER ORTOPEDIA (ACOMPANHAMENTO UTI MOVEL)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

**Eduardo Motta Braga**  
Biologia / Cir. Geral  
CRM PB 7253 / CRM PE 18460

**EDUARDO MOTTA BRAGA**  
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
SENADOR HUMBERTO LUCENA

TRANFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO:	DATA DA	
CONTATO PREVO:	DATA:	HORA:
DADOS DO PACIENTE:		
NOME	Leandro Medeiros de Souza	
ENDEREÇO:	TELEFONE	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA:	FR:	FC:	TEMPERATURA:
Paciente vítima de acidente auto mobilístico e trauma múltiplo. (D) + ferimento no tórax.			

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

Ausultação.
-------------

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

TC crânio + coluna + tórax Rx.
-----------------------------------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

fr. múltiplo (D) + ferimento (D)
----------------------------------

ANEXOS DE ENFERMAGEM

Assinatura / Carimbo do médico	Pessoa, 24 de 10 de 2019	Enfermagem/Serviço Conclusão da trans
1ª VIA - PACIENTE		
2ª VIA - PRONTUÁRIO		





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	1198908	23/10/2019 18:03:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/12/1990	28a 10m 5d	Masculino	(83) 987290406
Mãe		CNS	Prontuário
FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SENADOR RUY CARNEIRO, 155	RECANTO DO POÇO	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA	4288/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
23/10/2019 18:03:52		23/10/2019 19:28:34	

## ANAMNESE

QUEDA MOTOCICLETA, TRAZIDO POR BOMBEIROS EM PROTOCOLO IMOBILIZAÇÃO DESORIENTADO, FOI SEDADO PARA FAZER TOMOGRAFIA PORQUE ESTAVA AGITADO E COM MUITA DOR NA PERNA AO EXAME ACORDADO, AGITADO, REFERINDO DOR NA PERNA, SEM DEFICIT EVIDENTE E COM PUPILAS ISOCORICAS CONCLUSÃO > TCE (SEDADO) PUPILAS ISOCORICAS CONDUTA: TC DE CRANIO - SEM EVIDENCIA DE PATOLOGIA NEUROCIRURGICA E TC DE COLUNA SEM FRATURA, PODENDO RETIRAR O COLAR S/N E MANTER OBSERVAÇÃO DA NEURO, POTEM LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DE URGENCIA DA ORTOPEDIA.

## CID10

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Maurus M. de A. Holanda  
Neurocirurgia  
CRM-PB 4288

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA  
(4288/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04







# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	BAE <b>1198908</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>18/12/1990</b>	Idade <b>28a 10m 5d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987290406</b>
Mãe <b>FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>SENADOR RUY CARNEIRO, 155</b>	Bairro <b>RECANTO DO POÇO</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/10/2019 18:03:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>23/10/2019 20:23:59</b>	

## ANAMNESE

# ORTOPEDIA PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DOR NA COXA DIREITA E ANTEBRAÇO DIREITO. RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO COM FRATURA EXPOSTA DA ULNA RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA COM FRATURA DE DIAFISE DE FÊMUR CD: BLOCO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA E TRAÇÃO ESQUELÉTICA TIBIAL INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ARÃO

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRON 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

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

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424657500000044717499>

Número do documento: 21081314424657500000044717499

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

**EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

**Conduta**

Internar Paciente

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10075

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424657500000044717499>

Número do documento: 21081314424657500000044717499



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CARMESIA CAMPOS BORBA CHAVES  
Em: 25/11/2019 09:58:27

Nome <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	Boletim de Atendimento <b>1198908</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data/Hora Saída <b>26/10/2019 07:53:57</b>
Data de nascimento <b>18/12/1990</b>	Idade <b>28</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>701207045645814</b>
Tempo de Internação <b>2d 9h 24min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data Internação <b>23/10/2019 22:29:09</b>	Permanência na Unidade <b>2d 13h 50min</b>	Permanência no Leito <b>1d 6h 19min</b>

### **EVOLUÇÃO MEDICA (THALES WENDEL DE SOUSA MAIA - 24/10/2019 07:50:26)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

- FRATURA DIAFISE DE FEMUR

- FRATURA DIAFISE DE ULN

PACIENTE SOLICITA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DA UNIMED, ENTRAR EM CONTATO PELA ASSISTENCIA SOCIAL

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

Número Conselho: 6590

### **ALTA HOSPITALAR**

## **ALTA HOSPITALAR**

USUÁRIO: **MARCOS ANTONIO CORREIA NOBREGA**

DATA E HORA: **26/10/2019 07:53:57**

MOTIVO DE ALTA: **ALTA MEDICA**

OBSERVAÇÕES:





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

Em: 24/10/2019 08:03:53

Nome <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	Boletim de Atendimento <b>1198908</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>18/12/1990</b>	Idade <b>28</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>701207045645814</b>
Tempo de Internação <b>9h 34min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>118850</b>
Data de Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data Internação <b>23/10/2019 22:29:09</b>	Permanência na Unidade: <b>14h</b>	Permanência no Leito: <b>6h 2min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (THALES WENDEL DE SOUSA MAIA - 24/10/2019 07:50:26)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**ORTOPEDIA**

- FRATURA DIAFISE DE FEMUR

- FRATURA DIAFISE DE ULN

PACIENTE SOLICITA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DA UNIMED, ENTRAR EM CONTATO PELA  
ASSISTENCIA SOCIAL

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

*Dr. Thales Wendell S. Maia*

Número Conselho: 6590

**Dr Thales Wendell S. Maia**  
Ortopedia - Médico Perito  
CRM 6590 TEOT 10843





Never in

Francisco Medeiros de Souza

Redimento:  $110 \text{ detinguna de rosta, } 135 \text{ (ante braço) +}$

Integre a expressão M3D.

Macro: Dr. Ando

Prontuário: J198908

DATE: 23 10 19

Reposição:

Data:

Caixa Postal:

## DISPENSACÃO CME

[illegible]

## DISPENSACÃO - FARMÁCIA

[illegible]

Dr. Bruno Randi  
Ortopedia e Traumatologia  
02.5001.1001

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Anderson de Carvalho  
COREN/PA 05269 ENF

ASSINATURA E ENFERMAGEM - COREN

Adilia Bernardes + Fernanda  
COHEUSP NATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HKTSH2

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

Ipeamelo Medeiros de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - N° DO PRONTUÁRIO

1198908

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

Masc ☒Fem ☐

12 - ENDEREÇO (RUA, N° SALA)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CID - IBSG, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPAANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01. agulha p/ Bloq. Plexus - A 50 (Wagon)  
02. Fio de Steinman n° 4.5 (Antares)

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

CNS

CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 30075

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - COD ORGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CNS

CPF

48 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HESTIUL

Nome: Leonardo Medeiros de Souza DE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1/1/1  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Problemas cirúrgicos fratura exposta ulna  
 Cirurgião: Dr. Carlos 1º Assistente: Dr. Bruno Rosa R2  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta ulna direita</u>	
<u>Fratura bífurca fêmur direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Problemas cirúrgicos fratura exposta</u>	
<u>ulna direita</u>	
<u>Procedimento ortopédico fixação na</u>	
<u>direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensiva ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bruno Rosa  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 10075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

TÓPO ASSIN (M.D.)



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia  
consciente + oxigenação  
aproximação de campos cirúrgicos

Incisão:

Achados:

- 1- Fratura exposta ulna direita
- 2- Fratura distal fêmur direito

Conduta:

- 1- Desbridamento dos tecidos devitalizados  
limpeza abundante com SF 0,9%.
- 2- Fixação fratura esquelética distal na  
perna esquerda, depois, varizão com fio K na 4,5  
e 7 Kg.

Fechamento:

Sutura perineal

Observação:

Pacote e controle

Dr. Bruno Romo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 18075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



22. Polígono Medeiros de Souza  
 110 de natureza expositiva de interesse D + Trecho Trans equatorial  
 D + Anag + D + Invernículo (R) + Esmudo (R)  
 D + Pteris + Pedraza  
 D + Fome

INSTRUMENT-200

DATE: 23/10/19 TIME: 20:30 TC: 90:40 Te: 91:10 TA: 91:15

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

Medicamentos, ves. psic. e l. o. m.

[illegible]

o1. aquina y pteleg. Pene-ASO (uqyon)

Adilmar Fernandes  
Circulante  
\* *Adilmar*  
COREN-SP 560487-78



DATE 23.10.19

FRONTUÁRIO

[illegible]

Coopanest PB  
Dra. Iana Medeiros  
Médica Anestesiologista  
CRM-PB 10245

[illegible]

**Cropanest - PB**  
**Dra. Iana Medeiros**  
**Médica Anestesiologista**  
**CRM-PB 10245**





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB N: 014666975922  
91559139425  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 0120527795-9 00200000000

NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA  
RUA SENADOR RUI CARNEIRO 155  
RECANTO DO POÇO  
58105081 CABEDELO - PB

CPF/CNPJ 06506710473 PLACA Q8G6039/PB

NOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA

PLACA ANT./UF NOVO PB 9C2ND1120KR501282

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

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ABS ANO FAB. 2019 ANO MOD. 2019

CAP/POT./CL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : ND11E2K501309

CABEDELO - PB LOCAL 20796 DATA 08/10/2019 37141

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

NOME DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

*Nathalia Cavalcante de Oliveira*  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 014666975922  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 01900003154018  
1 01205277959 06/00000000 2019

NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

06586718473

QSG6039/PB

PLACA RNT/UF

CHASSI

NOVO PB

9C2ND1120KR501282

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

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ABS ANO FAB 2019 ANO MOD 2019

CAP/PQT/CL 2 2/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º VENC. COTA UNICA 2º VENC. COTAS 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 12/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTA-CHAVE

INVALÍDADO PARA TRANSFERÊNCIA

CABEDELO - PB LOCAL

DATA 00/10/2019

20196 37141

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014666975922 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2019

08/10/2019

VIA RENAVAM 01900003154018 CPF / CNPJ 06586718473 PLACA QSG6039/PB

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ABS ANO FAB 2019 ANO MOD 2019

CAP/PQT/CL 2 2/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º VENC. COTA UNICA 2º VENC. COTAS 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 OF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 12/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTA-CHAVE

INVALÍDADO PARA TRANSFERÊNCIA

CABEDELO - PB LOCAL

DATA 00/10/2019

20196 37141

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

37141-1355597-20191008

Scanned by CamScanner

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200172129 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA **Data do acidente:** 23/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA EXPOSTA DA ULNA DIREITA. p1,3,10,11  
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (ULNA E TIBIA ) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITOS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITOS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00



# MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS

LTDA.

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245

TAMBAUZINHO, 58030-000 JOÃO

PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/

83-32251505

WEBSITE: E-MAIL:

motomar@uol.com.br



## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 000.062.413

SÉRIE: 1

FOLHA 1 / 2



TRANSE DE AGRADO

2519 0909 3619 1600 0141 5500 1000 0624 1311  
2465 3983

Consulta de autenticidade no portal nacional  
da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no  
site da Sefaz Autorizada

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA DE VEICULO 0 KM

INSCRIÇÃO ESTADUAL

16.060.704-3

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325190019376488 10/09/2019 17:03:17

CMFJ

09.361.916/0001-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

NATALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

CMFJ / CPF

065.867.184-73

DATA DE EMISSÃO

10/09/2019

ENDEREÇO

RUA SENADOR RUI CARNEIRO, 155

BAIRRO / DISTRITO

RECANTO DO POÇO

CEP

58105-081

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

MUNICÍPIO

CABEDELO

FONE / FAX

83-987290406

UF

PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL

NOME DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

(FATURA Nº: 249591 - Valor Fat.: 23.179,86) Dup.: 249591/01 Venc.:10/10/2019 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/02 Venc.:10/10/2019 Valor:500,00 Dup.: 249591/03 Venc.:10/10/2019 Valor:416,63  
Dup.: 249591/04 Venc.:10/11/2019 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/05 Venc.:10/11/2019 Valor:500,00  
Dup.: 249591/06 Venc.:10/11/2019 Valor:416,67 Dup.: 249591/07 Venc.:10/12/2019 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/08 Venc.:10/12/2019 Valor:500,00 Dup.: 249591/09 Venc.:10/12/2019 Valor:416,67  
Dup.: 249591/10 Venc.:10/01/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/11 Venc.:10/01/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/12 Venc.:10/01/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/13 Venc.:10/02/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/14 Venc.:10/02/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/15 Venc.:10/02/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/16 Venc.:10/03/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/17 Venc.:10/03/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/18 Venc.:10/03/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/19 Venc.:10/04/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/20 Venc.:10/04/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/21 Venc.:10/04/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/22 Venc.:10/05/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/23 Venc.:10/05/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/24 Venc.:10/05/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/25 Venc.:10/06/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/26 Venc.:10/06/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/27 Venc.:10/06/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/28 Venc.:10/07/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/29 Venc.:10/07/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/30 Venc.:10/07/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/31 Venc.:10/08/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/32 Venc.:10/08/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/33 Venc.:10/08/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/34 Venc.:10/09/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/35 Venc.:10/09/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/36 Venc.:10/09/2020 Valor:416,67

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	23.179,88
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	23.179,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	SEM FRETE	FRETE POR CONTA	9	CODIGO ANTT		PLACA DO VEICULO	UF	CMFJ / CPF	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	PB	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	FRETE BRUTO	0,000	FRETE LÍQUIDO	0,000		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / EN	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS
ND1120F3012*2	Honda - Motores/KRÉ 300 ABS	87112020	060	5405	UN	1,000	23.179,88	0,00	23.179,88	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO IPI

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	28.137-9	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO IPI	0,00	VALOR DO IPI	0,00
---------------------	----------	--------------------------	------	------------------------	------	--------------	------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO AO FISCAL
ICMS RETIDO E RECOLHIDO NOS TERMOS DO CONVENIO ICMS 52/95 DO 06/07/95 E DOU DE 11/07/95. Declararamos ter vendido o veículo sem Reserva de Domínio e sem Alienação Fiduciária. Trib. Aprox. R\$ 3.516,39 Federal e 5.794,97 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.co 5A16F9. RG: 3199330. Proposta: 000031063. Vendedor: 0415 - SHIRLEY DA SILVA NOTENDO. CPF: 012.464.694-80. NF Origem: 012478624/27 - 14/09/2019.	

Scanned by CamScanner

**MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS****LTDA.**

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245

TAMBAUZINHO, 58030-000 JOÃO

PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/

83-32251505

WEBSITE: E-MAIL:

motomar@uol.com.br

**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 000.062.413

SÉRIE: 1

FOLHA 2 / 2

CHAVE DE ACESSO

2519 0909 3619 1600 0141 5500 1000 0624 1311

2465 3983

Consulta de autenticidade no portal nacional  
da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no  
site da Sefaz Autorizada

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA DE VEÍCULO 0 KM

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325190019376488 10/09/2019 17:03:17

INSCRIÇÃO ESTADUAL

16.060.704-3

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

09.361.916/0001-41

## DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

DETALHE PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SE	EXT	CFOS	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DEAC.	VALOR TOTAL	BC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	ALÍQUOTAS	
													ICMS	IPT
Chassi.....	9C2ND1120KR501282													
Nº Motor.....	ND11E2K501309													
Cor.....	VERO FOSC													
Renavam.....	000000													
Cilindradas...	300													
HP.....	0													
CMVG (Torque):	155.000													
Placa.....														
Combustível...	Alcool/Gasolina													
Serial (Série):	OKR501282													
Distância entre eixos (mm):	1417													
Ano Fab/Mod....	2019/2019													
Tipo Veículo:	MOTOCICLETA													
Tipo Pintura:	Sólida													

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424657500000044717499>

Número do documento: 21081314424657500000044717499

Num. 47083803 - Pág. 31

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**QSG6039**

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: **2019**  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: **QSG6039**  
 Combustível: **ALCO/GASOL**  
 Marca/Modelo: **HONDA/XRE 300 ABS**  
 Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**  
 Ano de Fabricação: **2019**  
 Ano Modelo: **2019**  
 Categoria: **PARTICULAR**  
 Cor Predominante: **VERDE**  
 Vencimento Licenciamento: **30/11/2020**  
 Observação:  
 Restrição:  
 Financeira:  
 Município: **CABEDELO**  
 Situação: **EM CIRCULACAO**  
 Data da Consulta: **07/05/2020**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB  
Nº  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA COO. RENAVAM. R.T.S. EXERCÍCIO  
**2019**

NOME / ENDEREÇO  
\*\*\*\*\*

CPF/CGC PLACA  
**QSG6039**

PLACA ANT./UF CHASSI

ESPÉCIE / TIPO COMBUSTÍVEL  
**PASSA / MOTOCICLET ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD  
**HONDA/XRE 300 ABS 2019 2019**

CAP/POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
**PARTICULAR VERDE**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC./COTAS  
**30/11/2020**

PARA TIPO A PARCELAMENTO/COTAS 2ª 3ª

PREMIO LIQUIDAR PREMIO TOTAL/BSI DATA DE PAGAMENTO  
**SEGURO CIBRIGATORIO**

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA  
**CABEDELO 07/05/2020**





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME

NATHALIA CAVALCANTI DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

Laercio Augusto de Oliveira

Adriana Cavalcanti Viegas

NATURALIDADE

Recife-PE

27.11.1985

DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

Cert. Nasc. 18910, fls. 11, liv. 17  
A, Cart. Camaragibe-Pe.

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MONEDA DO BRASIL

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424657500000044717499>

Número do documento: 21081314424657500000044717499

Num. 47083803 - Pág. 33

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

**Vítima:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

**CPF:** 094.291.224-10

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 23/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA : 094.291.224-10**

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](http://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: 11/05/2020  
Nome: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA  
CPF: 094.291.224-10

LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

Número do Sinistro: 3200172129

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

CPF: 094.291.224-10

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 23/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

**LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA : 094.291.224-10**

Autorização de pagamento

### 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](http://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.





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

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200172129

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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,

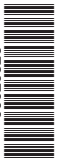
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15766977

Pag. 00657/00658 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020329





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

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200172129

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Data do Acidente: 23/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01741/01742 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040871



Carta nº 15768115





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

**Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200172129**

**Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

**Data do Acidente: 23/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**

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\$ 4.725,00

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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 MEDEIROS DE SOUZA**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000004986**

**Conta: 0000004503-9**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 084 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

5 - Nome completo: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA 6 - CPF: 084 281 224-10  
7 - Profissão: MUDICIM 8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: CS 04  
11 - Bairro: BERTALDO DO ROIO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081  
15 - E-mail: LEANDROBANANA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

## 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08 de maio de 2020, São Pessoa/PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 0007/2019



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
3200172129

3 - CPF da vítima:  
094.291.224-10

4 - Nome completo da vítima:  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

5 - Nome completo:  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

6 - CPF:  
094.291.224-10

7 - Profissão:  
MARÍTIMO

8 - Endereço:  
Rua Senador Ruy Carneiro

9 - Número:  
S/N

10 - Complemento:  
CS 04

11 - Bairro:  
Recanto do Poço

12 - Cidade:  
Cabedelo

13 - Estado:  
PB

14 - CEP:  
58105-081

15 - E-mail:  
leandrobanan@hotmail.com

16 - Tel (DDD):  
83 9 8757-5432

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Banco ITAU

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 4986

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 04503

(Informar o dígito se existir)

9

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa/PB, 19 de maio de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**  
**Nº 019664.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 019664.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:40 min do dia 06/05/2020, na Delegacia Online, **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Marítimo, natural de Frutuoso Gomes, nascido(a) em 18/12/1990, idade 29, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA e VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA, CPF 094.291.224-10, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Senador Rui Carneiro, nº 4, complemento CS 04, bairro Recanto do Poço, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58105081, telefone(s) 98757-5432, registrou o seguinte:

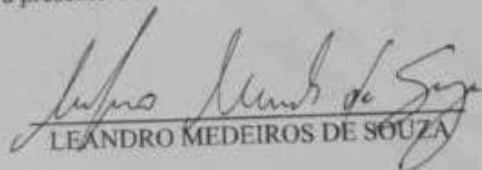
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/10/2019 18:03h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia, hora e lugar mencionados, estava de motocicleta, quando parou no semáforo quase em frente ao Habibs do rua mencionada, o sinal ficou verde, outro motoqueiro, do seu lado esquerdo, fez uma manobra súbita para a direita, entrando na sua frente, sem dar seta, sem quaisquer aviso, o notificante ainda tentou freiar, mas não teve tempo, desviando e se chocando com as placas na calçada. Após a colisão, não lembra de mais nada. Foi socorrido pelo Bombeiros e encaminhado para o Hospital de trauma de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo diagnosticado com Fratura de ulna D e fêmur D, CID 10 S52.2 e S72.3, sendo feito tratamento cirúrgico de fratura exposta ulna direita + tração transesquelética tibial na perna Direita.

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

  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

5DB176D89221C587374AEFDBC75201FE

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 019664.01.2020.0.00.704

1/1







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 023538.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 023538.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:46 min do dia 19/05/2020, na Delegacia Online, **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Marítimo, natural de Frutuoso Gomes, nascido(a) em 18/12/1990, idade 29, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA e VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA, CPF 094.291.224-10, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Senador Rui Carneiro, nº 4, complemento CS 04, bairro Recanto do Poço, na cidade de Cabedelo/PB. CEP: 58105081, telefone(s) 83987575432, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 23/10/2019 18:03h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 23/10/2019, de 18:03, na Rua Bancário Sérgio Guerra, Bancários, João Pessoa-PB, a vítima Leandro Medeiros de Souza, CPF 09429122410, estava dirigindo motocicleta Honda/XRE 300 ABS, Ano 2019/2019, Cord Verde, Placa QSG6039, de propriedade de NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, CPF 06586718473, quando parou no semáforo quase em frente ao Habbi's, o sinal ficou verde, outro motoqueiro, do seu lado esquerdo, fez uma manobra súbita para a direita, entrando na sua frente, sem dar seta, sem quaisquer aviso, o notificante ainda tentou freiar, mas não teve tempo, desviando e se chocando com as placas na calçada. Após a colisão, não lembra de mais nada. Foi socorrido pelo serviço de emergência e encaminhado para o Hospital de trauma de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo diagnosticado com Fratura de ulna D e fêmur D, CID 10 S52.2 e S72.3, sendo feito tratamento cirúrgico de fratura exposta ulna direita + tração transesquelética tibial na perna Direita.

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 023538.01.2020.0.00.704 1/2

Digitalizado com CamScanner



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

  
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

E834E248CC6E0B90C52A0AB463702583

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 023538.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 084 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

5 - Nome completo: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA 6 - CPF: 084 281 224-10  
7 - Profissão: MUDICIM 8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: 504  
11 - Bairro: BERTALDO DO ROIO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081  
15 - E-mail: LEANDROBANANA@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 98757-5432

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 08 de maio de 2020, São Pessoa/PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 0007/2019





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Leandro Medeiros de Souza  
DATA DE NASCIMENTO 18/12/90  
NOME DA MÃE Francisca Medeiros da Silva Souza

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 118850  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1198908  
DATA DO ATENDIMENTO 23/10/19  
HORA DO ATENDIMENTO 18:03  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ulna D e fêmur D.  
CID 10 S52.2 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, trazido pelos bombeiros, com dor e limitação de movimento da coxa e antebraço direitos, glasgow 12, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical, tórax, abdome  
RX bacia, coxa D, antebraço D.

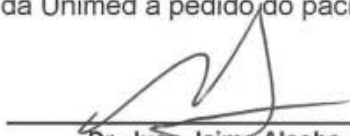
### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem anormalidades  
RX: fratura de fêmur D e ulna D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta da ulna direita + tração transesquelética tibial na perna D.

ALTA HOSPITALAR: Transferência para hospital da Unimed a pedido do paciente  
(24/10/19)  
DATA DA EMISSÃO: 10/02/2020

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1198908



Identificação do paciente						
ID 262571	Nome LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28 anos 10 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA	Pai VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)					
DDD Celular 83	Celular 987290406	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3632596	Nº Cns				
Local de procedência BANCARIOS	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro SENADOR RUY CARNEIRO			
Número 155	Complemento Bairro RECANTO DO POÇO					
Admissão						
Data e Hora 23/10/2019 18:03:52	Número da pulseira 1000007623829		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou CONDUTOR DO RESGATE BOMBEIROS					
Sinais Vitais						
X mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA						Tempo 01min 12seg

Imprimir



# 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: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 04986

CONTA: 000000004503-9

---

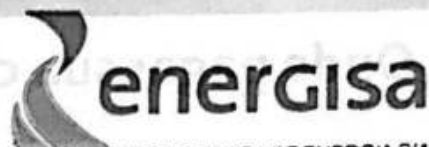
---

Autenticação:

3F3934ED4EADF24E95DF0E17D93E7275B6C0E9860615CB6FEF6F0EFDA709369D



VANDUIZ FIRMINO DE SOUZA  
TRAV SEN RUY CARNEIRO, S/Nº/CS 01 - RECANTO DO POÇO  
CABEDELO / PB CEP: 58105-081 (AP)



Ligação: MONOFÁSICO

Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro: 11 - 13 - 299 - 1738

Medidor: D5041942014

Referência: Set / 2019

Emissão: 18/09/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-630  
CNPJ 09.095.183/0001-11 - Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 031.347.083  
Cód. para Déb. Automático: 00019347277

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Set / 2019

Apresentação

18/09/2019

Data prevista da  
próxima leitura

18/10/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

328.803.594-49

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1934727-7

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/08/19	0	18/09/19	197	1	197	34

**Demonstrativo**

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Cálculo		Aliq. ICMS(R\$)	Base Cálculo ICMS(R\$)		ICMS(R\$)	Base Cálculo PIS(R\$)		PIS(R\$)	Base Cálculo COFINS(R\$)		COFINS(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)		PIS/COFINS(R\$)	(0,9912%)	(4,5657%)						
0601	Consumo em kWh	197,000	0,822460	162,02	162,02	27	43,74	162,02	1,61	7,40					
0601	Acic. B. Vermelha			11,68	11,68	27	3,15	11,68	0,11	0,53					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS															
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			17,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00					

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424744600000044717500>

Número do documento: 21081314424744600000044717500

Num. 47083804 - Pág. 13



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	BAE 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data Baixa
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28a 10m 5d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987290406
Mãe <b>FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>SENADOR RUY CARNEIRO, 155</b>	Bairro <b>RECANTO DO POÇO</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X OBJETO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EDUARDO MOTTA BRAGA</b>	Nº Cons. Regional <b>7253/PB</b>
Data/Hora Classificação 23/10/2019 18:03:52		Data/Hora Prescrição 23/10/2019 18:10:40	

## ANAMNESE

QUEDA MOTOCICLETA, TRAZIDO POR BOMBEIROS EM PROTOCOLO IMOBILIZAÇÃO DESORIENTADO. A: VAP COM COLAR CERVICAL - MANTENHO B: MV+ AHT S/RA SEM SINAIS DE TRAUMA TORACICO C: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO D: O4V4M4, PIFR E: PROVAVEL FRATURA DE FEMUR CD: TOMOGRAFIA + PARECER NEUROCIRURGIA + PARECER ORTOPEDIA (ACOMPANHAMENTO UTI MOVEL)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

**Eduardo Motta Braga**  
Biologia / Cir. Geral  
CRM PB 7253 / CRM PE 18460

**EDUARDO MOTTA BRAGA**  
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
SENADOR HUMBERTO LUCENA

TRANFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO:	DATA DA	
CONTATO PREVO:	DATA:	HORA:
DADOS DO PACIENTE:		
NOME	Leandro Medeiros de Souza	
ENDEREÇO:	TELEFONE	
RESPONSÁVEL	TELEFONE	

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA:	FR:	FC:	TEMPERATURA:
Paciente vítima de acidente auto mobilístico e trauma múltiplo. (D) + ferimento no tórax.			

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

Ausultação.
-------------

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

TC crânio + coluna + tórax Rx.
-----------------------------------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

fr. múltiplo (D) + ferimento (D)
----------------------------------

ANEXOS DE ENFERMAGEM

Assinatura / Carimbo do médico	Pessoa, 24 de 10 de 2019	Enfermagem/Serviço Conclusão da trans
--------------------------------	--------------------------	--

1ª VIA - PACIENTE  
2ª VIA - PRONTUÁRIO







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUIE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	1198908	23/10/2019 18:03:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/12/1990	28a 10m 5d	Masculino	(83) 987290406
Mãe		CNS	Prontuário
FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SENADOR RUY CARNEIRO, 155	RECANTO DO POÇO	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA	4288/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
23/10/2019 18:03:52		23/10/2019 19:28:34	

## ANAMNESE

QUEDA MOTOCICLETA, TRAZIDO POR BOMBEIROS EM PROTOCOLO IMOBILIZAÇÃO DESORIENTADO, FOI SEDADO PARA FAZER TOMOGRAFIA PORQUE ESTAVA AGITADO E COM MUITA DOR NA PERNA AO EXAME ACORDADO, AGITADO, REFERINDO DOR NA PERNA, SEM DEFICIT EVIDENTE E COM PUPILAS ISOCORICAS CONCLUSÃO > TCE (SEDADO) PUPILAS ISOCORICAS CONDUTA: TC DE CRANIO - SEM EVIDENCIA DE PATOLOGIA NEUROCIRURGICA E TC DE COLUNA SEM FRATURA, PODENDO RETIRAR O COLAR S/N E MANTER OBSERVAÇÃO DA NEURO, POTEM LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DE URGENCIA DA ORTOPEDIA.

## CID10

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Maurus M. de A. Holanda  
Neurocirurgia  
CRM-PB 4288

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA  
(4288/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04





## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	1198908	23/10/2019 18:03:52	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
18/12/1990	28a 10m 5d		(83) 987290406
Mãe	Sexo		Prontuário
FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA	Masculino		
Endereço	Bairro	Município	UF
SENADOR RUY CARNEIRO, 155	RECANTO DO POÇO	CABEDELO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X OBJETO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRUNO DE LUNA ROMA	10075/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
23/10/2019 18:03:52		23/10/2019 20:23:59	

### ANAMNESE

# ORTOPEDIA PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DOR NA COXA DIREITA E ANTEBRAÇO DIREITO. RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO COM FRATURA EXPOSTA DA ULNA RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA COM FRATURA DE DIAFISE DE FÊMUR CD: BLOCO CIRÚRGICO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA E TRAÇÃO ESQUELÉTICA TIBIAL INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ARÃO

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRON 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TS) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT 50)

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

Diluir

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

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

Diluir

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

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 0,4 ML VIA S.C., 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/PI)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/PI)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424744600000044717500>

Número do documento: 21081314424744600000044717500

Num. 47083804 - Pág. 17

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

**EXAME LABORATORIAL**

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

**Conduta**

Internar Paciente

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10075

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 23/10/2019 18:05:04





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CARMESIA CAMPOS BORBA CHAVES  
Em: 25/11/2019 09:58:27

Nome <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	Boletim de Atendimento <b>1198908</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data/Hora Saída <b>26/10/2019 07:53:57</b>
Data de nascimento <b>18/12/1990</b>	Idade <b>28</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>701207045645814</b>
Tempo de Internação <b>2d 9h 24min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data Internação <b>23/10/2019 22:29:09</b>	Permanência na Unidade <b>2d 13h 50min</b>	Permanência no Leito <b>1d 6h 19min</b>

### **EVOLUÇÃO MEDICA (THALES WENDEL DE SOUSA MAIA - 24/10/2019 07:50:26)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

- FRATURA DIAFISE DE FEMUR

- FRATURA DIAFISE DE ULN

PACIENTE SOLICITA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DA UNIMED, ENTRAR EM CONTATO PELA ASSISTENCIA SOCIAL

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

Número Conselho: 6590

### **ALTA HOSPITALAR**

## **ALTA HOSPITALAR**

USUÁRIO:

**MARCOS ANTONIO CORREIA NOBREGA**

DATA E HORA:

**26/10/2019 07:53:57**

MOTIVO DE ALTA:

**ALTA MEDICA**

OBSERVAÇÕES:





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

Em: 24/10/2019 08:03:53

Nome <b>LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA</b>	Boletim de Atendimento <b>1198908</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>18/12/1990</b>	Idade <b>28</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>701207045645814</b>
Tempo de Internação <b>9h 34min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>118850</b>
Data de Entrada <b>23/10/2019 18:03:52</b>	Data Internação <b>23/10/2019 22:29:09</b>	Permanência na Unidade: <b>14h</b>	Permanência no Leito: <b>6h 2min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (THALES WENDEL DE SOUSA MAIA - 24/10/2019 07:50:26)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**ORTOPEDIA**

- FRATURA DIAFISE DE FEMUR

- FRATURA DIAFISE DE ULN

PACIENTE SOLICITA TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DA UNIMED, ENTRAR EM CONTATO PELA  
ASSISTENCIA SOCIAL

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

*Dr. Thales Wendell S. Maia*

Número Conselho: 6590

**Dr Thales Wendell S. Maia**  
Ortopedia - Médico Perito  
CRM 6590 TEOT 10843





Paciente: Francisco Medeiros de Souza  
 Endereço: Pro distância, at posto, MS (ant. Bracoe) +  
 Sítio: (e) Não SUS ( ) Ingresso em quarentena M.S.D.  
 Médico: Dr. Dnao

Prontuário: J198908

DATE: 23/10/19

Reposição:

Data:

Caixa Postal:

[illegible]

Dr. Bruno Randi  
Ortopedia e Traumatologia  
02.5001.1001

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Anderson de Carvalho  
COREN/PA 05269 EM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Adilia Fernandes + Fernanda  
COHESSIVA TURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG)-APC-013-2





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HKTSH2

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ipeamelo Medeiros de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - N° DO PRONTUÁRIO

1198908

3 - DATA DE NASCIMENTO

Masculino

Feminino

3

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CID - IBSG, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01. agulha p/ Bloq. Plexus - A 50 (Wiggen)  
02. Fio de Steinman nº 4.5 (Artrantese)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

47 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 30075

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

HESTIUL

Nome: Leonardo Medeiros de Souza DE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 1 / 1  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Protese cirúrgica prótese exposta ulna  
 Cirurgião: Dr. Carlos 1º Assistente: Dr. Bruno Rosa R2  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Protese exposta ulna direita</u>	
<u>Protese ulna fratura direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Protese cirúrgica prótese exposta</u>	
<u>ulna direita</u>	
<u>Protese esquelética Tiliel na ulna</u>	
<u>direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelamento: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bruno Rosa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

TÓPO ASSIN (M.D.)



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia  
Consciente + oxigenação  
Aplicação de campos cirúrgicos

Incisão:

Achados:

- 1- Fratura exposta ulna direita
- 2- Fratura distal fêmur direito

Conduta:

- 1- Desbridamento do tecido desvitalizado  
limpeza abundante com SF 0,9%.
- 2- Fecho fratura esquemática tibial na  
perna esquerda, depois, fêmur com fio K na 4,5  
e 7 Kg.

Fechamento:

Sutura perineal

Observação:

Pacote e controle

Dr. Bruno Romo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 18075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



Nome do paciente: João Roberto Medeiros de Souza  
 Data: 22/09/2008  
 Local: 110 de natureza exposta  
 Diagnóstico: Di. Anag + Di. Infeccioso (R) + Doença transmissível  
 Tratamento: Di. Pleno + placebo  
 Observações: MIB

2. 生理的・心理的・社会的な要因

EST: 23/10/97      NO FALSAICO - ANESTESIA W/O TA: 20:30    TC: 90:40    Te: 21:10    TA: 21:15  
NO DEBILITACION DE MUJER - 44 AÑOS - SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS.  
EST: 23/10/97

2011 JAN 21 14:56:11 +04:00

Medicamentos, ves. psic. e l. o. m.

[illegible]

o1. aquina y pteleg. Pene-ASO (uqyon)

Adilmar de F. Fernandes  
CPF 550487-78



SECRETARIA

## FICHA DE ANESTESIA

DATA 23.10.19

PRONTUÁRIO

PACIENTE: **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA** SEXO: **M** COR: **P** IDADE: **23**

PRESSÃO ARTERIAL: **120/80** PULSO: **70** RESPIRAÇÃO: **18** TEMPERATURA: **36,5** COEFICIENTE DE PULSO: **0,8**

ESTADO GERAL: **BOM** FREQUÊNCIA: **18** SÍTIO: **DEBILIDADE** RISCO CARDIOVASCULAR: **BAIXO** RISCO RESPIRATÓRIO: **BAIXO** RISCO DE SANGUINIZAÇÃO: **BAIXO**

EXAMES COMPLEMENTARES: **NENHUM**

AP. RESPIRATÓRIO: **SEM** AP. DIGESTIVO: **SEM** ESTADO MENTAL: **LOCO** PROGRESSO EM UNO: **SEM**

PRE-ANESTÉSICO: **SEM** DISTÚRBIO: **SEM** EXATIDÃO: **SEM**

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: **Exposição femur + antebraço** I-E: **I-E**

CIURGIA: **LARC + tração**

CIURGIÃO: **LEANDRO** AUXILIARES: **SEM**

INÍCIO DA ANESTESIA: **20:30** FIM DA ANESTESIA: **21:15** DURAÇÃO DA ANESTESIA: **45'**

CODIGO DO PROCEDIMENTO: **20:30** QUANT. DE CI: **21:15** MATERIAIS: **45'**

ANESTESIA: **SEM** CPT: **SEM** CRIMP: **SEM**

Coopaneest PB  
Dra. Iana Medeiros  
Médica Anestesiologista  
CRM-PB 10245



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

**Bloco plexo braquial + Serrador**

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO	RESIDUO
100	Fentanyl	11
200	Propofol	12
20	Levobupivacaina	13
5	Midazolam	14
25	Lidocaina	15
25	Propofol	16
10	Desflurano	17
1	Nevasol	18
1	Lidocaina	19
		20

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOCO PLEXO: ☒ BLOCO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOCO PLEXO: ☒ BLOCO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

ANESTESIA GERAL: ☐ RAQUIDIANA: ☐ EPIDURAL: ☐ BLOCO PLEXO: ☒ BLOCO NERVOS: ☐ OUTROS: ☐

Coopaneest PB  
Dra. Iana Medeiros  
Médica Anestesiologista  
CRM-PB 10245



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB N: 014666975922  
91559139425  
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 0120527795-9 00200000000

NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA  
RUA SENADOR RUI CARNEIRO 155  
RECANTO DO POÇO  
58105081 CABEDELO - PB

CPF/CNPJ 06506710473 PLACA Q8G6039/PB

NOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA

PLACA ANT./UF NOVO PB 9C2ND1120KR501282

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

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ABS ANO FAB. 2019 ANO MOD. 2019

CAP/POT./CL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

N. Motor : ND11E2K501309

CABEDELO - PB LOCAL 20796 DATA 08/10/2019 37141

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

NOME DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_

*Nathalia Cavalcante de Oliveira*  
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 230 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA**

DETRAN - PB

Nº014666975922

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

L  
A  
C  
R  
E  
  
0  
0  
4  
8  
2  
7  
9  
9  
C  
0

VA - COD RENAVAM - DT - 2019000031540100

1 0120527735-9 06/00000000 2019

NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

06586718473

05G6039/PB

PLACA ANT/LU

CHASSI

NOVO

PB

9C2ND1120KR501282

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

ANO FAB

ANO MOD

HONDA/XRE 300 ABS

2019

2019

CAP/POT/CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 E/291 /CI

PARTIC

VERDE

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

IPVA PAGO EM 00/00/0000

1º

FAXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

\*\*\*\*\*

0

3º

PRÊMIO TAFARIÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO PAGO

12/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES

CABEDELO - PR

LOCAL

DATA

00/10/2019

20796

37141

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200172129 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA **Data do acidente:** 23/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA EXPOSTA DA ULNA DIREITA. p1,3,10,11  
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (ULNA E TIBIA ) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITOS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR DIREITOS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



# MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS

LTD.

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245

TAMBAUZINHO, 58030-000 JOÃO

PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/

83-32251505

WEBSITE: E-MAIL:

motomar@uol.com.br



## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 000.062.413

SÉRIE: 1

FOLHA 1 / 2



TRANS DE AGRADO

2519 0909 3619 1600 0141 5500 1000 0624 1311

2465 3983

Consulta de autenticidade no portal nacional  
da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no  
site da Sefaz Autorizada

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDE DE VEICULO 0 KM

INSCRIÇÃO ESTADUAL

16.060.704-3

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

325190019376488 10/09/2019 17:03:17

CPF

09.361.916/0001-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

NATALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

CPF / CFP

065.867.184-73

DATA DE EMISSÃO

10/09/2019

ENDEREÇO

RUA SENADOR RUI CARNEIRO, 155

BAIRRO / DISTRITO

RECANTO DO POÇO

CEP

58105-081

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

MUNICÍPIO

CABEDELO

FONE / FAX

83-987290406

UF

PB

INSCRIÇÃO ESTADUAL

NOME DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

(FATURA Nº: 249591 - Valor Fat.: 23.179,86) Dup.: 249591/01 Venc.:10/10/2019 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/02 Venc.:10/10/2019 Valor:500,00 Dup.: 249591/03 Venc.:10/10/2019 Valor:416,63  
Dup.: 249591/04 Venc.:10/11/2019 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/05 Venc.:10/11/2019 Valor:500,00  
Dup.: 249591/06 Venc.:10/11/2019 Valor:416,67 Dup.: 249591/07 Venc.:10/12/2019 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/08 Venc.:10/12/2019 Valor:500,00 Dup.: 249591/09 Venc.:10/12/2019 Valor:416,67  
Dup.: 249591/10 Venc.:10/01/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/11 Venc.:10/01/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/12 Venc.:10/01/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/13 Venc.:10/02/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/14 Venc.:10/02/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/15 Venc.:10/02/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/16 Venc.:10/03/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/17 Venc.:10/03/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/18 Venc.:10/03/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/19 Venc.:10/04/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/20 Venc.:10/04/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/21 Venc.:10/04/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/22 Venc.:10/05/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/23 Venc.:10/05/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/24 Venc.:10/05/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/25 Venc.:10/06/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/26 Venc.:10/06/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/27 Venc.:10/06/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/28 Venc.:10/07/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/29 Venc.:10/07/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/30 Venc.:10/07/2020 Valor:416,67 Dup.: 249591/31 Venc.:10/08/2020 Valor:1.014,99  
Dup.: 249591/32 Venc.:10/08/2020 Valor:500,00 Dup.: 249591/33 Venc.:10/08/2020 Valor:416,67  
Dup.: 249591/34 Venc.:10/09/2020 Valor:1.014,99 Dup.: 249591/35 Venc.:10/09/2020 Valor:500,00  
Dup.: 249591/36 Venc.:10/09/2020 Valor:416,67

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	23.179,88
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	23.179,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	SEM FRETE	FRETE POR CONTA	9	CODIGO ANTT		PLACA DO VEICULO	UF	CPF / CFP	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	PB	INSCRIÇÃO ESTADUAL			
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	FRETE BRUTO	0,000	FRETE LÍQUIDO	0,000		

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / EN	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS
ND1120FR3012*2	Honda - Motores/KRÉ 300 ABS	87112020	060	5405 UN	1,000	23.179,88	0,00	23.179,88	0,00			

CÁLCULO DO IPI

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	28.137-9	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO IPI	0,00	VALOR DO IPI	0,00
---------------------	----------	--------------------------	------	------------------------	------	--------------	------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO AO FISCAL
ICMS RETIDO E RECOLHIDO NOS TERMOS DO CONVENIO ICMS 52/95 DO 06/07/95 E DOU DE 11/07/95. Declararamos ter vendido o veículo sem Reserva de Domínio e sem Alienação Fiduciária. Trib. Aprox. R\$ 3.516,39 Federal e 5.794,97 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.co 5A16F9. RG: 3199330. Proposta: 000031063. Vendedor: 0415 - SHIRLEY DA SILVA NOTENDO. CPF: 012.464.694-80. NF Origem: 012478624/27 - 14/09/2019.	

Scanned by CamScanner

**MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS**  
**LTDA.**  
 AV. EPITÁCIO PESSOA 3245  
 TAMBAUZINHO, 58030-000 JOÃO  
 PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/  
 83-32251505  
 WEBSITE: E-MAIL:  
 motomar@uol.com.br

**motomar**  
 Sua melhor opção de economia

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR  
 DA NOTA FISCAL  
 ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA 1

Nº 000.062.413  
 SÉRIE: 1  
 FOLHA 2 / 2



CHAVE DE ACESSO  
 2519 0909 3619 1600 0141 5500 1000 0624 1311  
 2465 3983

Consulta de autenticidade no portal nacional  
 da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no  
 site da Sefaz Autorizada

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
 VENDA DE VEICULO 0 KM

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 16.060.704-3

CMST - ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 325190019376488 10/09/2019 17:03:17

CMFJ  
 09.361.916/0001-41

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													ALÍQUOTAS	
CODIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SE	EXT	CFOS	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DEAC.	VALOR TOTAL	BC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	ICMS	IFT
Chassi.....	9C2ND1120KR501282													
Nº Motor.....	ND11E2K501309													
Cor.....	VERO FOSC													
Renavam.....	000000													
Cilindradas...	300													
HP.....	0													
CMRG (Torque):	155.000													
Placa.....														
Tipo Veículo:	MOTOCICLETA													
Tipo Pintura:	Sólida													
Marca / Modelo:	Honda - Motor/*VEI 300 ABS													
Espécie.....	PASSEGEIRO													
Combustível....	Alcool/Gasolina													
Serial (Série):	OKR501282													
Distância entre eixos (mm):	1417													
Ano Fab/Mod....	2019/2019													

Scanned by CamScanner



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**QSG6039**

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: **2019**  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: **QSG6039**  
 Combustível: **ALCO/GASOL**  
 Marca/Modelo: **HONDA/XRE 300 ABS**  
 Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**  
 Ano de Fabricação: **2019**  
 Ano Modelo: **2019**  
 Categoria: **PARTICULAR**  
 Cor Predominante: **VERDE**  
 Vencimento Licenciamento: **30/11/2020**  
 Observação:  
 Restrição:  
 Financeira:  
 Município: **CABEDELO**  
 Situação: **EM CIRCULACAO**  
 Data da Consulta: **07/05/2020**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB  
Nº  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA COO. RENAVAM. R.T.S. EXERCÍCIO  
**2019**

NOME / ENDEREÇO  
\*\*\*\*\*

SPF/COC. PLACA  
**QSG6039**

PLACA ANT./UF. CHASSI

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL  
**PASSA / MOTOCICLET ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD  
**HONDA/XRE 300 ABS 2019 2019**

CAP/POT./CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
**PARTICULAR VERDE**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC./COTAS  
**30/11/2020**

PARA TIPO A PARCELAMENTO/COTAS 2ª 3ª

PREMIO LIQUIDAR PREMIO TOTAL/BSL DATA DE PAGAMENTO  
**SEGURO CIBRIGATORIO**

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA  
**CABEDELO 07/05/2020**



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME

NATHALIA CAVALCANTI DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

Laercio Augusto de Oliveira

Adriana Cavalcanti Viegas

NATURALIDADE

Recife-PE

27.11.1985

DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

Cert. Nasc. 18910, fls. 11, liv. 17  
A, Cart. Camaragibe-Pe.

CPF

João Pessoa - PB

SEÇÃO DO SEGRETO

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MÓDIA DO BRASIL

Scanned by CamScanner



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

**Vítima:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

**CPF:** 094.291.224-10

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 23/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA : 094.291.224-10**

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](http://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: 11/05/2020  
Nome: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA  
CPF: 094.291.224-10

LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

Número do Sinistro: 3200172129

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

CPF: 094.291.224-10

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 23/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

**LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA : 094.291.224-10**

Autorização de pagamento

### 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](http://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.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO = VARA MISTA DA COMARCA DE CABEDELO/PB

Processo n.º 08046050520208150731

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos

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



médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CABEDELO, 3 de maio de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CABEDELO/PB**

Processo n.º 08046050520208150731

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

**COM ISSO, FORAM APURADAS AS SEGUINTE LESÕES, DIANTE DOS ESCLARECIMENTOS DO PERITO:**

**Incapacidade do seguimento corporal quadril (fêmur) direito: 50% (média).**

**Incapacidade do seguimento corporal clavícula direita: 75% (intensa).**

**Incapacidade do seguimento corporal antebraço direito: 10% (residual).**



**EXA., EM QUE PESE AS INDICAÇÕES DE LESÕES PERMANENTES INDICADAS NO LAUDO PERICIAL, EM RELAÇÃO À 2ª LESÃO – CLAVÍCULA E A 3ª ANTEBRAÇO, CABE OBSERVAR QUE NÃO FOI ATENDIDA NA ÍNTEGRA A TABELA DE GRADUAÇÃO PREVISTA NA LEI.**

**EXA., VEJA QUE O I. EXPERT GRADUA 2 (DUAS) VEZES O MESMO MEMBRO, POIS AMBAS AS LESÕES (2ª LESÃO E 3ª LESÃO) COMPÕEM O MESMO SEGUIMENTO DO CORPO PREVISTO EM LEI LESÕES, MEMBRO SUPERIOR DIREITO, OCASIONANDO ASSIM *BIS IN IDEM*, QUE CONSISTE NA REPETIÇÃO (BIS) DA GRADUAÇÃO DE 2 (DUAS) OU MAIS LESÕES SOBRE O MESMO MEMBRO!**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					

Desta forma Exa., podemos observar que a **2ª LESÃO** e a **3ª LESÃO**, correspondem juntas, lesão ao **MEMBRO SUPERIOR DIREITO**, e que seus desmembramentos, irão ocasionar assim *bis in idem*, que consiste na repetição (bis) da graduação de 2 (duas) ou mais lesões sobre o mesmo **MEMBRO SUPERIOR DIREITO**.

**PORTANTO, DEVE SER OBSERVADO O DEVIDO ENQUADRAMENTO, CONFORME O SEGUIMENTO DO CORPO ACOMETIDO PELA INVALIDEZ PERMANENTE, DE MODO QUE PERITO DEVE FAZER A RELAÇÃO, TABELA-SEGUIMENTO CORPORAL, INDICANDO O ENQUADRAMENTO CONFORME PREVISTO, DE ACORDO COM A LESÃO APURADA, E QUE NÃO HÁ POSSIBILIDADE PORTANTO DE GRADUAÇÕES DIVERSAR DE UM MESMO MEMBRO!**

Merece destaque ainda Exa., a ausência de cobertura quanto a suposta lesão “CLAVÍCULA DIREITA” E “ANTEBRAÇO DIREITO”, vez que **NÃO HÁ PREVISÃO ESPECÍFICA NA TABELA PREVISTA EM LEI, ou seja, as r. lesões expressas pelo i. expert no laudo pericial, não são apresentadas de forma correta se comparadas com a tabela prevista em lei!**

Dessa forma, totalmente divergente a conclusão do perito judicial, cujo laudo a Ré impugna totalmente devendo ser acolhido o laudo administrativo que se traz a demanda.

#### **CONCLUSÃO**

**DIANTE DISSO, REQUER QUE SEJA INTIMADO O PERITO PARA QUE REFAÇA O LAUDO PERICIAL COM AS GRADUAÇÕES CORRESPONDENTES AO SEGUIMENTO ACOMETIDO, OU ALTERNATIVAMENTE, QUE ESTE JUÍZO PROCEDA COM A APLICAÇÃO DA TABELA, DE ACORDO COM O ENQUADRAMENTO DA TABELA CONFORME QUADRO ACIMA.**

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





**CASO NÃO SEJA O ENTENDIMENTO DE V.EXA., REQUER O ACOLHIMENTO DO LAUDO ADMINISTRATIVO EM ANEXO.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CABEDELO, 10 de agosto de 2021.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424904600000044717502>  
Número do documento: 21081314424904600000044717502