



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
47083 799	13/08/2021 14:42	Petição	Petição
47083 803	13/08/2021 14:42	2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_04	Outros Documentos
47083 804	13/08/2021 14:42	2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03	Outros Documentos
47083 805	13/08/2021 14:42	2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
47083 806	13/08/2021 14:42	2753573_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_04	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424543700000044717495>
Número do documento: 21081314424543700000044717495

Num. 47083799 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00657/00658 - carta_01 - INVALIDEZ



00020329

Carta nº 15766977



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. 1



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

Rio de Janeiro, 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:

Boletim de ocorrência	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.
Autorização de pagamento	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://documentospresentes.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



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. 2

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,





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: 054 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANIDIO LIMA DE SOUZA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: LEANIDIO LIMA DE SOUZA 6 - CPF: 054 281 224-10
 7 - Profissão: MESTRIM 8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: 504
 11 - Bairro: VILA NOVA DO POCO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081
 15 - E-mail: LEANIDIOBANANAS@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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: _____

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

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02 de maio de 2020 / 503 Pessoas PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V0002/2019

Scanned by 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: 4 - Nome completo da vítima:
3200172129 094.291.224-10 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: MARITIMO	8 - Endereço: Rua Senador Ruy Carneiro	9 - Número: S/N
11 - Bairro: Recanto do Poço	12 - Cidade: Cabedelo	13 - Estado: PB
15 - E-mail: leandrobanan@hotmail.com		14 - CEP: 58105-081
		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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Banco ITAÚ

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 4986 CONTA: 04503 9
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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 (varascer)? 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 Lider 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 nômico 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS

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:

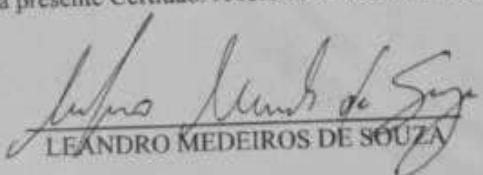
Dados do(s) Fato(s):

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

SDB176D89221C587374AEFDBC75201FE

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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@segs.pb.gov.br.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 023538.01.2020.00.704

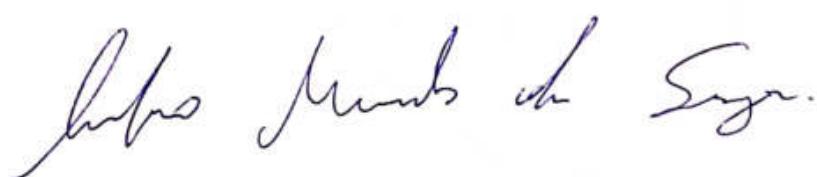
A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 023538.01.2020.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:46 min do dia 19/05/2020, na Delegacia 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 Habbis, 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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 023538.01.2020.0.00.704 2/2

Digitalizado com 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. 8



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: 054 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANIDIO LIMA DE SOUZA

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

DAUTOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: LEANIDIO LIMA DE SOUZA 6 - CPF: 054 281 224-10

7 - Profissão: MUNICIPAL 8 - Endereço: RUA SÃO JOSÉ RUY CARNEIRO 9 - Número: 4 10 - Complemento: 504

11 - Bairro: VILA NOVA DO POCO 12 - Cidade: CABEDELO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58105-081

15 - E-mail: LEANIDIOBANANAS@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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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 (vel nascido)? 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 Lider pagará, caso devida, 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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02 de maio de 2020 / 503 Pessoas PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V0002/2019

Scanned by CamScanner



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.

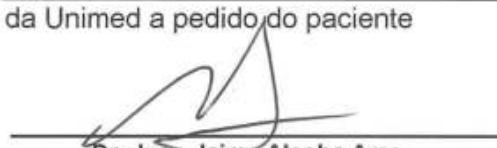
TRATAMENTO:

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





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 VANDUZ FIRMINO DE SOUZA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 987290466	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3632598	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 POCO			
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 []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA				Tempo 01min 12seg

[Imprimir](#)

ITAU - 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: 00000004503-9

Autenticação:

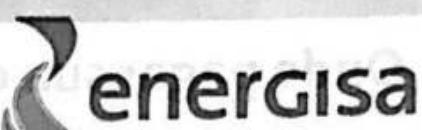
3F3934ED4EADF24E95DF0E17D93E7275B6C0E9860615CB6FEF6F0EFDA709369D



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. 12

VANDUZ FIRMINO DE SOUZA
TRAV SEN RUY CARNEIRO, S/N / CS 01 - RECANTO DO POCO
CAEDELCO / PB CEP: 58105-081 (AP)



Ligação: MONOFÁSICO
Clf/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 11-13-293-1738
Medidor: D5041942014

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-630
CNPJ 09.095.183/0001-47 - Est. 16.015.223-0

Referência: Set / 2019
Emissão: 18/09/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°031.347.083
Cód. para Débito Automático: 00019347277

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Set / 2019

18/09/2019

18/10/2019

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

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
15/08/18	0	18/09/18	197	1		197		34		
Demonstrativo										
Quantidade Tarifac/ Valor Base Calc/ Alq. Icms(R\$) Base Calc. PIS(R\$) Colins(R\$) Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Colins(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	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



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

Paciente LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	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 FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA		CNS	Prontuário
Endereço SENADOR RUY CARNEIRO, 155	Bairro RECANTO DO POCO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
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/RÁ SEM SINAIS DE TRAUMA TORACICO C: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO D: Q4V4M4, PIFR E: PROVAVEL FRATURA DE FEMUR CD: TOMOGRAFIA + PARECER NEUROCIRURGIA + PARECER ORTOPEDIA (ACOMPANHAMENTO UTI MOVELE)

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

14/10/2019
Smy d
Eduardo Motta Braga
Médico / Cir. Geral
CRM PB 72537 CRM PE 18460

14/10/2019
EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO:	DATA DA	
CONTATO PREVIO:	DATA:	HORA:
PRONTUÁRIO/P.E.		
DADOS DO PACIENTE:		
NOME: Leandro Medeiros de Souza		
ENDEREÇO:	TELEFONE:	
RESPONSÁVEL	TELEFONE:	

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA:	FR:	FC:	TEMPERATURA:
Portante de ferida de acidente auto imobilizado e/ou com sítio braco (D) + femur (D) envolto no laço.			

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

Autopen

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

TC Cláudio + colo + torax
xx

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

fot. autebraço (D) + femur (D)

ANEXOS DE ENFERMAGEM

Dr. H. H. Almeida Pessoa
GERIATRICO - HETSHL
CRM/PB 6229

Assinatura / Carimbo do médico

1^ª VIA - PACIENTE
2^ª VIA - PRONTUÁRIO

26 de **10** de 20**19**

Enfermagem/Serviço
Conclusão da trans.





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	
18/12/1990	28a 10m 5d	Masculino	
Mãe			
FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SENADOR RUY CARNEIRO, 155	RECANTO DO POCO	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 DEFÍCIT EVIDENTE E COM PUPILAS ISOCORICAS CONCLUSÃO > TCE (SEDADO) PUPILAS ISOCORICAS CONDUTA: TC DE CRANIO - SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIA NEUROCRÍRICA E TC DE COLUNA SEM FRATURA, PODENDO RETIRAR O COLAR S/N. MANTEM OBSERVAÇÃO DA NEURO, PODEM 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 #288
MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA
(4288/PB)

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





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

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

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 URNA RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA COM FRATURA DE DIÁFISE DE FÉMUR 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

ONDANSETRONA 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 ANTEBRAÇO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

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



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

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

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

Num. 47083803 - Pág. 18



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 LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data/Hora Saída 26/10/2019 07:53:57
Data de nascimento: 18/12/1990	Idade: 28	Sexo: Masculino	CNS 701207045645814	Prontuário 118850
Tempo de Internação 2d 9h 24min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada: 23/10/2019 18:03:52	Data Internação 23/10/2019 22:29:09	Permanência na Unidade: 2d 13h 50min	Permanência no Leito: 1d 6h 19min	

Evolução médica (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

PACEIENTE 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::





Nome LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 701207045645814	Prontuário 118850
Tempo de Internação 9h 34min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data Internação 23/10/2019 22:29:09	Permanência na Unidade: 14h		Permanência no Leito: 8h 2min

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. WENDEL NEY
Número Conselho: 6590

Dr Thales Wendel S. Maia
Ortopedia - Médico Perito
CRM 6590 TEDT 10843





1117

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Nero:—
Pomer
Pudding
SUSSES 18
Wagge

Speaker: Fredericus de Souza
Title: destructive but costs not with

818

Cavita Province

Prontuário: 5198908
Data: 01/09

E-mail, 2
Reposição, 1

DISPENSAÇÃO CME

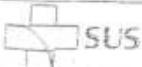
Adilafia de Grandes + Sonnanda
CONCERTA, FESTA, CIRCUITANTE, RESPONSABILI

~~COREN-MS/2011~~
SCHATTUR/ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

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 <i>HECT5H2</i>				2 - CNES 3 - CNES
Identificação do Paciente 4 - NOME DO PACIENTE <i>Flamenco medicina Ude Souza</i> 5 - N° DO RHONTOARIO <i>1198908</i> 6 - NOME DO PACIENTE CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				7 - DATA DE NASCIMENTO <i>1/1/1</i> 8 - SEU 9 - TÉLÉFONE DE CONTATO 10 - N° DO TELEFONE 11 - CÓD. IGBE MUNICÍPIO - 12 - UF 13 - CEP
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, SALA/LOTE)				14 - CID - IGBE MUNICÍPIO - 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDARIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>01. Acupla sp/ Blog - Plexo - A 50 (viagon) 02. Fio de Steinman nº 4,5 (Antesíntese)</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
39 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		40 - N° DOCUMENTO (CH/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Bruno Roma</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PR-00075		
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		42 - AUTORIZAÇÃO		
43 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		44 - N° DOCUMENTO (CH/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR</i> <i>46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</i>		
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO <i>49 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO</i>		



RELATÓRIO DE CIRURGIA

S A

NETTIN

Nome: Leandro Medeiros de Souza SE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cognome: _____ Data: 1/10/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Transtorno articular fratura exposta ulna
 Cirurgião: Dr. César 1º Assistente: Dr. Bruno Roma R2
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesiista: _____
 tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta ulna direita</u>	
<u>Fratura bífida frácia direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Transtorno articular fratura exposta</u>	
<u>ulna direita</u>	
<u>Tratamento esquelético Tíbula no pano</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 Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM: _____

TÍTULO ASSINATURA



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPH sob anestesia
Coagulase + anticoagulante
Capinhas de corpo cirúrgico

Incisão:

Achados:

- Fratura exposta sobre aorta
- Fratura óssea óssea fina sobre aorta

Conduta:

- Desbridamento dos tecidos devitalizados
Limpagem abundante com SB 0,9%.
- Fixação com 2 fios de 3,0
ponto exposto, degrau, tâncio com fio K no 4,5

Fechamento:

Sutura fechado

Observação:

Belo e controlado

Médico/CRM:

Dr. Braga Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 18075

João Pessoa, 23/10/2019

E(NG).ASCIR.009-1

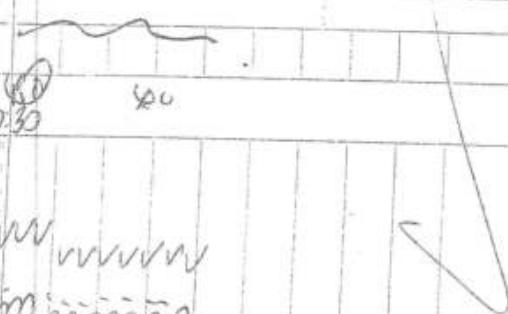
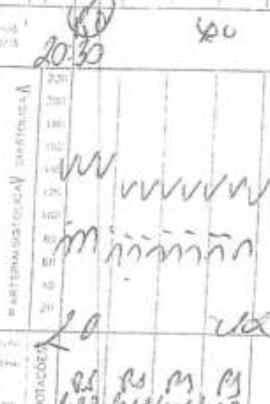
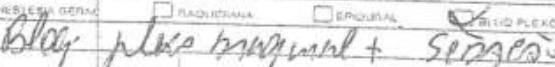
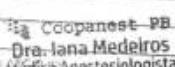


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:47

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

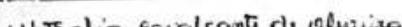
Número do documento: 21081314424657500000044717499

Num. 47083803 - Pág. 24

PACIENTE		FICHA DE ANESTESIA		PRONTUÁRIO																															
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA		DATA 23/10/19		MINO:	COLE:																														
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	CIRURGIA PELVE																															
TAU DO GEL	PIGMENTO	REGISTRA E SABER OSSOS	RAZAO CIRURGICA	CIRURGIA PELVE																															
EXAMES COMPLEMENTARES																																			
AP RESPIRATÓRIO	AP CIRCULATÓRIO																																		
AP DÍGITEIRO	120	ESTADIMENTAL	100	INOCULADORES																															
DIAGNÓSTICO	Exponer fêmur + anelar																																		
DATA HORA	LNC + traçar																																		
DIAGNÓSTICO PRELIMINAR	I-G																																		
DATA HORA	20:30																																		
DIURGIA	CRM	AUXILIARES	TERMINO DA ANESTESIA 21:15 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h51																																
INÍCIO DA ANESTESIA	20:30	TERMINO DA ANESTESIA	21:15	MADRENSIS																															
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH	CRM-PB																																	
ANESTESIA	CPF	CRM-PB																																	
 																																			
																																			
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TOCOS</th> <th>1. Fentanyl 100</th> <th>11</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100</td> <td>2. Propofol 200</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>1000</td> <td>3. Leflunom 20</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>10000</td> <td>4. Meprob 3</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>100000</td> <td>5. Lufenitro 25</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>1000000</td> <td>6. Dexamfet 10</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>10000000</td> <td>7. Diazepam 1</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>100000000</td> <td>8. Naloxone 1</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>1000000000</td> <td>9. Lopar 1</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>10000000000</td> <td>10. -</td> <td>20</td> </tr> </tbody> </table>						TOCOS	1. Fentanyl 100	11	100	2. Propofol 200	12	1000	3. Leflunom 20	13	10000	4. Meprob 3	14	100000	5. Lufenitro 25	15	1000000	6. Dexamfet 10	16	10000000	7. Diazepam 1	17	100000000	8. Naloxone 1	18	1000000000	9. Lopar 1	19	10000000000	10. -	20
TOCOS	1. Fentanyl 100	11																																	
100	2. Propofol 200	12																																	
1000	3. Leflunom 20	13																																	
10000	4. Meprob 3	14																																	
100000	5. Lufenitro 25	15																																	
1000000	6. Dexamfet 10	16																																	
10000000	7. Diazepam 1	17																																	
100000000	8. Naloxone 1	18																																	
1000000000	9. Lopar 1	19																																	
10000000000	10. -	20																																	
																																			



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETRAN - PB		Nº 014666975922	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
VIA	CDR/ANEXO 201000004154846		
1	0120527795-9	00/00000000	
NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA RUA SENADOR RUI CARNEIRO 155 RECANTO DO POCO 58105081 CABEDELO - PB			
CPF/CNPJ		PLACA	
06506718473		08G6039 / PB	
HOME ANTERIOR			
MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS LTDA			
PLACA ANT./F		CHASSI	
NOVO PB		9C2ND1120KR501282	
ESPEC/ TIPO		COMBUSTÍVEL	
EAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC		ALCO/GÁSOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB./ANO MOD.	
HONDA/XRE 300 ABS		2019/2019	
CAP/POT/CA		CATEGORIA	
2 P/291 / CI		PARTIC	
COR PREDOMINANTE			
VERDE			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
N. Motor : ND11E2K501309			
CABEDELO - PB		LOCAL	
20796		DATA	
		01/01/2013	
		37141	

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV	
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,	
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:	
VALOR R\$ _____	
NOME DO COMPRADOR: _____	
RG: _____ CPF/CNPJ: _____	
ENDERECO: _____	
LOCAL E DATA: _____	
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)	
a) O vendedor tem a obrigação de informar à autoridade do veículo no prazo máximo de 10 dias úteis para de tirar que se comprometerá solidamente nas penalidades impostas a suas renúncias 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 de aquisição para proceder a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 223 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

DETAN - PB N°014666975922
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: RENAVAM 01205277959 EXERCÍCIO: 2019
LACRE: 1 01205277959 06/00000000 2019

NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

PLACA: 06586718473 EXERCÍCIO: 2019
PLACA/UF: 06586718473 QSG6039/PB
ESPECIE TIPO: NOVO
COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL.
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC.
MARCÁ/MODELO: HONDA/XRE 300 ABS
ANO FAB: 2019 ANO MOD: 2019
CAP/POT/CL: 2 E/291 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERDE
COTA UNICA: IPVA PAGO EM: 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º
P V A FAIXA IPVA: 0 PARCELAMENTO/DOTAS: 2º
FAIXA IPVA: 0 PARCELAMENTO/DOTAS: 3º
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 0,00 IGP (R\$): 0,00 PRÉMIO TOTAL (R\$): 0,00 DATA DE PAGAMENTO: 12/09/2019
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO
CABEDELO-PB LOCAL: 00141-1355597-20191008
DATA: 05/10/2019

SEGURO CERIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB N°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: 2019 DATA EMISSÃO: 08/10/2019
VIA: 1 CPF / CNPJ: 06586718473 PLACA: QSG6039/PB
RENAVAM: 01205277959 MARCA/ MÓDÉLO: HONDA/XRE 300 ABS
ANO FAB: 2019 CAT. TIP: 9 Nº CHASSI: 9C2ND1120KR501282
PRÉMIO TARIFÁRIO:
FMS (R\$): 0,00 DENATRAN (R\$): 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,00 IGP (R\$): 0,00 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 0,00

PRÉMIO TOTAL (R\$): 0,00 PAGAMENTO: SEGURO PAGO
COTA UNICA: PARCELADO: DATA DE OUTAÇAO: 12/09/2019
37141-1355597-20191008
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.609/0001-04
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 FÉMUR 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



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. 29

MOTOMAR PEÇAS E ACESSORIOS

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 1
Nº 000.062.413
SÉRIE: 1
FOLHA 1 / 2



TRAJE DE ACASO
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 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.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE VENDA
325190019376488 10/09/2019 17: 03: 17

CNPJ
09.361.916/0001-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NAME / RAZÃO SOCIAL
NATALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

ENDERECO
RUA SENADOR RUI CARNEIRO, 155

MUNICÍPIO
CABEDELO

CMJN / CFF
065.867.184-73

DATA DE ENTRADA
10/09/2019

RECANTO DO POCO

CNPJ
58105-081

DATA DE SAÍDA / RAZÃO

NOMA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

(FATURA Nº: 249591 - Valor Fat.: 23.179,88) 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 IMPÔTO

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NAME / RAZÃO SOCIAL Sem Frete	FRETE POR CONTA - EMPRESA - INDIVIDUAL	0100 ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CMJN / CFF
				PB	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARKA	NUMERO	PERO BRUTO	PERO LÍQUIDO
				0,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	ICMS / RR	CBT	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	IC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS / IPI
MD1120PR5U12*2	Honda - Motos/*KRE 300 ABS	87112020	060	5405	UN	1,000	22.179,88	0,00	22.179,88	0,00	0,00	0,00	

CÁLCULO DO IPI

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ICMS RETIDO E RECOLHIDO NOS TERMOS DO CONVENIO ICMS 52/95 DO 06/07/95 E DOU DE 11/07/95. Declaramos ter vendido o veículo sem Reserva de Domínio e sem Alienação Fiduciária. Trib. Aprox. R\$ 3.516,39 Federal + 5.794,97 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.co 5A16PF, RG: 3199330. Proposta: 000031065. Vendedor: 0415 - SHIRLEY DA SILVA SOEDEndo. CFF: 012.444.694-80. NF Origem: 012478824/27 - 14/08/2019.

RESERVADO AO FISCO

Scanned by CamScanner

MOTOMAR PEÇAS E ACESSORIOS

LTDA.

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245
TAMBAUEINHO, 58030-000 JOÃO
PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/
83-32251505
WEBSITE: E-MAIL:
motomar@uol.com.br


 motomar
THE ENTHUSIAST OF MOTOCYCLE

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 ou no
site da Sefaz Autorizada

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

CMFJ
09.361.916/0001-41

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA DE VEÍCULO 0 KM

INSCRIÇÃO ESTADUAL

16.060.704-3

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

DETALHO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SE	CST	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	SC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	SC. IPT	VALOR FPT
Chassi.....: 9C2ND1120KR501282	Nº Motor....: ND11E2K501309									Marca / Modelo: Honda - Motor/MEI 300 ABS				
Cor.....: VERDE FOSCA	Renavam....: 0000000									Espécie.....: PASSAGEIRO				
Cilindradas...: 300	HP.....: 0									Combustível...: Álcool/Gasolina				
CMWG (Torque): 155.000	Placa.....:									Serial (Série): OKR501282 Distância entre eixos (mm): 1417				
Tipo Veículo.: MOTOCICLETA	Tipo Pintura: Sólida									Ano Fab/Mod...: 2019/2019				

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			
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETTRAN - PB N° CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COIBRENAM	PLT.G.	EXERCÍCIO 2019
NOME / ENDEREÇO *****			
CHASSIS	PLACA	QSG6039	
PLACA ANT/UF	ESPECIE / TIPO PASSA / MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO HONDA/XRE 300 ABS	ANO FAB 2019	ANO MOD 2019	
CAP/POT/CE	CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE VERDE	
I P V A	COTA UNICA 30/11/2020	VENC. COTA UNICA 1º	VENC/COTAS 2º 3º
PRÉMIO LIQUIDADO/1º COTAS PRÉMIO TOTAL/333 DATA DE PAGAMENTO SEGURÓ CERTIFICATÓRIO			
OBSERVAÇÕES			
LOCAL CABEDELO	DATA 07/05/2020		

QSG6039

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: *****

Placa: QSG6039

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/XRE 300 ABS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

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





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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/10/2019

Titular do CPF: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

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

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 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.



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. 35



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00657/00658 - carta_01 - INVALIDEZ



00020329

Carta nº 15766977



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. 1



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

Rio de Janeiro, 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:

Boletim de ocorrência	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.
Autorização de pagamento	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.

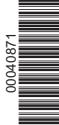
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospresentes.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



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. 2

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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



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: 054 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANIDIO MARQUES 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: LEANIDIO MARQUES DE SOUZA	6 - CPF: 054 281 224-10		
7 - Profissão: MARINHEIRO	8 - Endereço: RUA SENADOR RUY CARNEIRO	9 - Número: 4	10 - Complemento: 504
11 - Bairro: MAREMBO DO POCO	12 - Cidade: CABEDELO	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58105 - 081
15 - E-mail: LEANIDIOBANANAS@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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: _____

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

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02 de maio de 2020 / 503 Pessoas PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V0002/2019

TESTEMUNHAS

Scanned by 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: 4 - Nome completo da vítima:
3200172129 094.291.224-10 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: MARITIMO	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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Banco ITAÚ

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

AGÊNCIA: 4986 CONTA: 04503 9
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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)

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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:

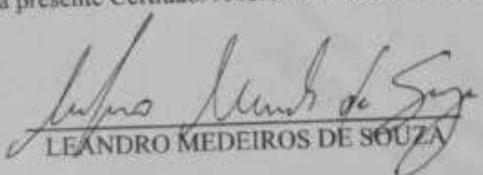
Dados do(s) Fato(s):

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

SDB176D89221C587374AEFDBC75201FE

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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@segs.pb.gov.br.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 023538.01.2020.00.704

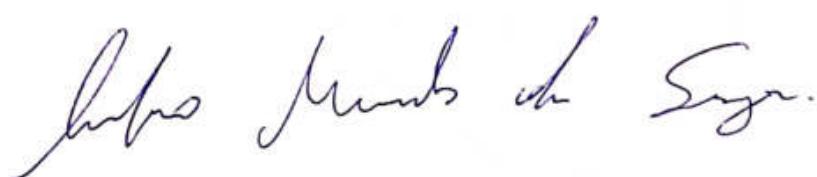
A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 023538.01.2020.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 10:46 min do dia 19/05/2020, na Delegacia 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 Habbis, 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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 023538.01.2020.0.00.704 2/2

Digitalizado com 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. 8



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: 054 281 224-10 4 - Nome completo da vítima: LEANIDIO LIMA 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: LEANIDIO LIMA DE SOUZA	6 - CPF: 054 281 224-10		
7 - Profissão: MUNICIPAL	8 - Endereço: RUA SÃO JOSÉ 205 CARNEIROS	9 - Número: 4	10 - Complemento: 0404
11 - Bairro: VILA NOVA DO POCO	12 - Cidade: CABEDELO	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58105-081
15 - E-mail: LEANIDIOBANANAS@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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02 de maio de 2020 / 503 Pessoas PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V0002/2019

TESTEMUNHAS

Scanned by CamScanner



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

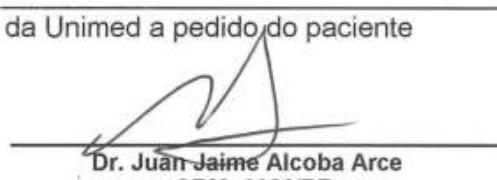
RX: fratura de fêmur D e ulna D.

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





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 VANDUZ FIRMINO DE SOUZA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 987290466	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3632598	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 POCO			
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 []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA				Tempo 01min 12seg

[Imprimir](#)

ITAU - 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: 00000004503-9

Autenticação:

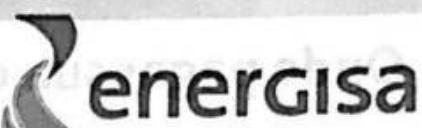
3F3934ED4EADF24E95DF0E17D93E7275B6C0E9860615CB6FEF6F0EFDA709369D



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. 12

VANDUZ FIRMINO DE SOUZA
TRAV SEN RUY CARNEIRO, S/N / CS 01 - RECANTO DO POCO
CABEDELC / PB CEP: 58105-081 (AP)



Ligação: MONOFÁSICO
Clf/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 11-13-293-1738
Medidor: D5041942014

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 52071-630
CNPJ 09.095.183/0001-77 Est. 16.015.223-0

Referência: Set / 2019
Emissão: 18/09/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°031.347.083
Cód. para Débito Automático: 00019347277

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

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Set / 2019

18/09/2019

18/10/2019

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

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
15/08/18	0	18/09/18	197	1		197		34		
Demonstrativo										
Quantidade Tarifac/ Valor Base Calc/ Alq. Icms(R\$) Base Calc. PIS(R\$) Colins(R\$) Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Colins(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	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



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

Paciente LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA	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 FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA		CNS	Prontuário
Endereço SENADOR RUY CARNEIRO, 155	Bairro RECANTO DO POCO	Município CABEDELO	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
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/RÁ SEM SINAIS DE TRAUMA TORACICO C: NORMOCARDICO, NORMOTENSO, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO D: Q4V4M4, PIFR E: PROVAVEL FRATURA DE FEMUR CD: TOMOGRAFIA + PARECER NEUROCIRURGIA + PARECER ORTOPEDIA (ACOMPANHAMENTO UTI MOVELE)

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

14/10/2019
Smy d
Eduardo Motta Braga
Médico / Cir. Geral
CRM PB 72537 CRM PE 18460

14/10/2019
EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

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





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO:	DATA DA	
CONTATO PREVIO:	DATA:	HORA:
DADOS DO PACIENTE:		
NOME: Leandro Medeiros de Souza	PRONTUÁRIO/BL	
ENDEREÇO:	TELEFONE:	
RESPONSÁVEL	TELEFONE:	

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA:	PR:	PC:	TEMPERATURA:
Portante de ferida de acidente auto imobilizado e/ou com suspeita de femur (D) + colôpito no lado.			

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

Autopen

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

TC Cláudio + colôp. + tox
xx

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

fot. autópico (D) + femur (D)

ANEXOS DE ENFERMAGEM

Dr. H. H. Almeida
Assinatura / Carimbo do médico

José Pessoa, 26 de

10

de 2019

1^ª VIA - PACIENTE
2^ª VIA - PRONTUÁRIO

Enfermagem/Serviço
Conclusão da trans.





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	
18/12/1990	28a 10m 5d	Masculino	
Mãe			
FRANCISCA MEDEIROS DA SILVA SOUZA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SENADOR RUY CARNEIRO, 155	RECANTO DO POCO	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 DEFÍCIT EVIDENTE E COM PUPILAS ISOCORICAS CONCLUSÃO > TCE (SEDADO) PUPILAS ISOCORICAS CONDUTA: TC DE CRANIO - SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIA NEUROCRÍRICA E TC DE COLUNA SEM FRATURA, PODENDO RETIRAR O COLAR S/N. MANTEM OBSERVAÇÃO DA NEURO, PODEM 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 #288
MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA
(4288/PB)

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





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

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

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 URNA RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA COM FRATURA DE DIÁFISE DE FÉMUR 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

ONDANSETRONA 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 ANTEBRAÇO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

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



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

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424744600000044717500>
Número do documento: 21081314424744600000044717500

Num. 47083804 - Pág. 18



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 LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data/Hora Saída 26/10/2019 07:53:57
Data de nascimento: 18/12/1990	Idade: 28	Sexo: Masculino	CNS 701207045645814	Prontuário 118850
Tempo de Internação 2d 9h 24min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada: 23/10/2019 18:03:52	Data Internação 23/10/2019 22:29:09	Permanência na Unidade: 2d 13h 50min		Permanência no Leito: 1d 6h 19min

Evolução médica (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

PACEIENTE 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::





Nome LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA		Boletim de Atendimento 1198908	Data/Hora Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data/Hora Saída
Data de nascimento 18/12/1990	Idade 28	Sexo Masculino	CNS 701207045645814	Prontuário 118850
Tempo de Internação 9h 34min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 23/10/2019 18:03:52	Data Internação 23/10/2019 22:29:09	Permanência na Unidade: 14h		Permanência no Leito: 8h 2min

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

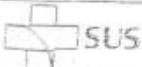
Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: THALES WENDEL DE SOUSA MAIA

Dr. WENDEL NEY
Número Conselho: 6590

Dr Thales Wendel S. Maia
Ortopedia - Médico Perito
CRM 6590 TEDT 10843



 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 <i>HECT5H2</i>					
2 - CNES <i>1198908</i>			4 - CNES <i>1198908</i>		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Silvaneho medeiros de Souza</i>					
6 - NOME DO PACIENTE CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>11/11/1980</i>		5 - N° DO RHONTOARIO <i>1198908</i>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELÉFONE DE CONTATO 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, SALA/LO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CID - BGE MUNICÍPIO - 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDARIO	
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		28 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<i>01. Acupla sp/ Blog - Plexo - A 50 (viagon) 02. Fio de Steinman nº 4,5 (Antesíntese)</i>					
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
38 - PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO <i>ICSS</i>		42 - N° DOCUMENTO (CH/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO <i>Dr. Bruno Roma Ortopedia e Traumatologia CRB-PO-00075</i>	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - AUTORIZAÇÃO			
46 - DOCUMENTO <i>ICSS</i>		47 - N° DOCUMENTO (CH/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
49 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO		50 - ASSINATURA E CARIMBO IN° DO REGISTRO DO CONSELHO			



RELATÓRIO DE CIRURGIA

S A

NETTIN

Nome: Leandro Medeiros de Souza SE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cognome: _____ Data: 1/10/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Transtorno articular fratura exposta ulna
 Cirurgião: Dr. César 1º Assistente: Dr. Bruno Roma R2
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesiista: _____
 tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta ulna direita</u>	
<u>Fratura bífida frácia direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Transtorno articular fratura exposta</u>	
<u>ulna direita</u>	
<u>Tratamento esquelético Tíbula no pano</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 Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10075

João Pessoa, 23/10/2019

Médico/CRM: _____

TÍTULO ASSINADO



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPH sob anestesia
Coagulase + anticoagulante
Aparições de corpos cirúrgicos

Incisão:

Achados:

- Fratura exposta sobre a artéria
- Fratura direta sobre a artéria

Conduta:

- Desbridamento dos tecidos devitalizados
Limpagem abundante com SB 0,9%.
- Fixação com 2 fios de Vicryl 3/0
e 1 fio de PDS 4/0.

Fechamento:

Sutura fechado

Observação:

Bordo e controles

Médico/CRM:

Dr. Bráulio Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 18075

João Pessoa, 23/10/2019

E(NG).ASCIR.009-1

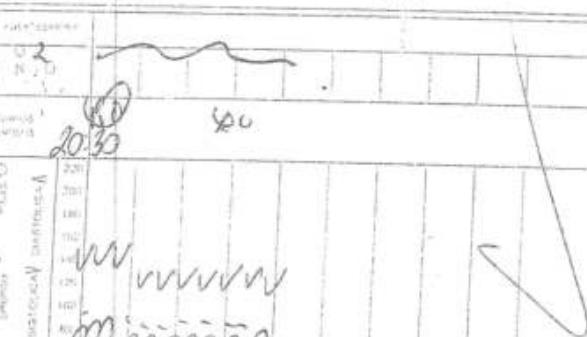
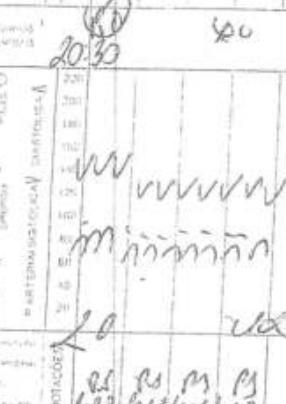
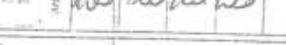
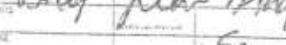
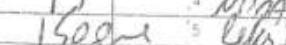
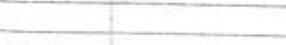


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:48

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

Número do documento: 21081314424744600000044717500

Num. 47083804 - Pág. 24

PACIENTE		FICHA DE ANESTESIA		PRONTUÁRIO	
LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA		DATA 23/10/19		MINO:	COLE:
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	CIRURGIA P/ANEST.	
TAU DO GEL	PIGMENTO	REGISTRA E SABER OSSIMO	RAZAO CIRURGICA E HOMOLOGAR	CIRURGIA P/ANEST.	
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP RESPIRATÓRIO					
AP DÍGITEIRO <i>12</i> ESTADIMENTAL <i>100</i> INGRESSO MUNI					
CIRURGICO					
DIST. HORA					
DIAGNÓSTICO PREOPERATÓRIO <i>Exponer ferura + antibiotic</i>					
CIRURGIA REALIZADA <i>LNC + traçar</i>					
CIRURGIA <i>ABR</i> AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA <i>20:30</i> FÉRMINO DA ANESTESIA <i>21:15</i> DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>45</i>					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
QUANT. DE CH					
ANESTESIA					
CRM-PB					
Coopanest PB Dra. Iana Medeiros Médica Anestesiologista CRM-PB 10245					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
<img alt="Handwritten arterial blood gas (ABG) results: pH					

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PB N.º 014666975922

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA COBRA MARAVILHA 201000000154846
1 0120527795-9 00/00000000

NOVA ENDEREÇO
NATHALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA
RUA SENADOR RUI CARNEIRO 155
RECANTO DO POCO
58105081 CABEDELO - PR

CPF/CNPJ 06506719473 PLACA 0866039/PB

NOME ANTERIOR
MOTOMAR PEÇAS E ACESSÓRIOS LTDA

PLACA ANT/UF CHASSI
NOVO PB 9C2ND1120KR501282

ESPECIE/TIPO: COMBUSTÍVEL: ÁLCO/GASOL

FAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

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

CAP/POV/CA: CATEGORIA: COR PREDOMINANTE:
2 P/291 /CI PARTIC VERDE

OBSEVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N.º Motor: ND11E2K501309

CABEDELO - PB LOCAL: DATA: 08/10/2019

20796 37141

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR RS _____
NOME DO COMPRADOR: _____
RG: _____ CPF/CNPJ: _____
ENDERECO: _____
LOCAL E DATA: _____

Nathalia Cavalcante de Oliveira
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

o Vendedor tem a obrigação de transferir o veículo no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sob pena de incorrer na multa prevista no art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB.
b) O comprador tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de aquisição para proceder 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.

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PB N°014666975922
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: RENAVAM 01205277959 | DATA: 00/00000000 | EXERCÍCIO: 2019

PLACA: 06586718473 | CHASSI: 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 E/291 /CI | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERDE

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM 00/00/0000 | VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAIXA IPVA: 0 | PARCELAMENTO/DOTAS: 2º | 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): * * * * * | ICP (R\$): * * * * * | PRÉMIO TOTAL (R\$): * * * * * | DATA DE PAGAMENTO: 12/09/2019

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL: CABEDELO-PB | DATA: 00/10/2019 | 37141

SEGURO CERIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB N°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: 2019 | DATA EMISSÃO: 08/10/2019

VIA: RENAVAM 01205277959 | MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300 ABS

ANO FAB: 2019 | CATEGORIA: 9 | N° CHASSI: 9C2ND1120KR501282

PRÉMIO TARIFÁRIO:

FNS (R\$) * * * * *	DEAJTRAN (R\$) * * * * *	CUSTO DO SEGURO (R\$) * * * * *
CUSTO DO BILHETE (R\$) ICP (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)		
* * * * * SEGURO PAGO DATA DE OUTAÇAO: 12/09/2019		
PAGAMENTO PARCELADO		
COTA ÚNICA		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.609/0001-04
37141-1355597-20191008

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 FÉMUR 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	



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. 29

MOTOMAR PEÇAS E ACESSORIOS

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 1
Nº 000.062.413
SÉRIE: 1
FOLHA 1 / 2



TRAJE DE ACASO
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 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.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE VENDA
325190019376488 10/09/2019 17: 03: 17

CNPJ
09.361.916/0001-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NAME / RAZÃO SOCIAL
NATALIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

ENDERECO
RUA SENADOR RUI CARNEIRO, 155

MUNICÍPIO
CABEDELO

CMJN / CFF
065.867.184-73

DATA DE ENTRADA
10/09/2019

RECANTO DO POCO
58105-081

DATA DE SAÍDA / RAZÃO
NOMA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

(FATURA Nº: 249591 - Valor Fat.: 23.179,88) 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 IMPÔTO

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

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NAME / RAZÃO SOCIAL Sem Frete	FRETE POR CONTA - INSTITUTO - INDUSTRIAL	ODIGIO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CMJN / CFF
				UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARKA	NUMERO	PERO BRUTO	PERO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	ICMS / IR	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	IC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS / IPI
MD1120PR5U12*2	Honda - Motos/*KRE 300 ABS	87112020	060	5405	UN	1,000	22.179,88	0,00	23.179,88	0,00	0,00	+

CÁLCULO DO IPI

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ICMS RETIDO E RECOLHIDO NOS TERMOS DO CONVENIO ICMS 52/95 DO 06/07/95 E DOU DE 11/07/95. Declaramos ter vendido o veículo sem Reserva de Domínio e sem Alienação Fiduciária. Trib. Aprox. R\$ 3.516,39 Federal + 5.794,97 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.co 5A16PFI, RG: 3199330. Proposta: 000031065. Vendedor: 0415 - SHIRLEY DA SILVA SOEDEndo. CFF: 012.444.694-80. NF Origem: 012478824/27 - 14/08/2019.

RESERVADO AO FISCO

Scanned by CamScanner

MOTOMAR PEÇAS E ACESSORIOS

LTDA.

AV. EPITÁCIO PESSOA 3245
TAMBAUEINHO, 58030-000 JOÃO
PESSOA-PB FONE/FAX: 83-30484400/
83-32251505
WEBSITE: E-MAIL:
motomar@uol.com.br


 motomar
THE ENTHUSIAST OF MOTOCYCLE

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 ou no
site da Sefaz Autorizada

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA DE VEÍCULO 0 KM

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
16.060.704-3

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CMPS
09.361.916/0001-41

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

DETALHO PROD.	DESC. PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM / SE	CST	CFOP	UN	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC.	VALOR TOTAL	SC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPT	SC. IPI	VALOR IPI
Chassi.....: 9C2ND1120KR501282	Nº Motor....: ND11E2K501309									Marca : Honda - Modelo: Hornet - Motor: 1700 ABS				
Cor.....: VERDE FOSCA	Renavam....: 0000000									Especie.....: PASSAGEIRO				
Cilindradas...: 300	HP.....: 0									Combustivel...: Álcool/Gasolina				
CMKG (Torque): 155.000	Placa.....:									Serial (Série): OKR501282 Distância entre eixos (mm): 1417				
Tipo Veículo.: MOTOCICLETA	Tipo Pintura: Sólida									Ano Fab/Mod...: 2019/2019				

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. 31

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETTRAN - PB N° **QSG6039**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COIBRENAM P.T.O. EXERCÍCIO
2019

NOME / ENDEREÇO

CHASSIS **QSG6039**

PLACA **QSG6039**

PLACA ANT/UF

ESPECIE / TIPO **PASSA / MOTOCICLETA**

MARCA / MODELO **HONDA/XRE 300 ABS**

COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

ANO FAB **2019** **ANO MOD** **2019**

CATEGORIA **PARTICULAR** **COR PREDOMINANTE** **VERDE**

IPVA **30/11/2020**

1º
2º
3º

PRÉMIO LIQUIDADO **PRÉMIO TOTAL** **DATA DE PAGAMENTO**
SEGURÓ CERTIFICATÓRIO

OBSERVAÇÕES

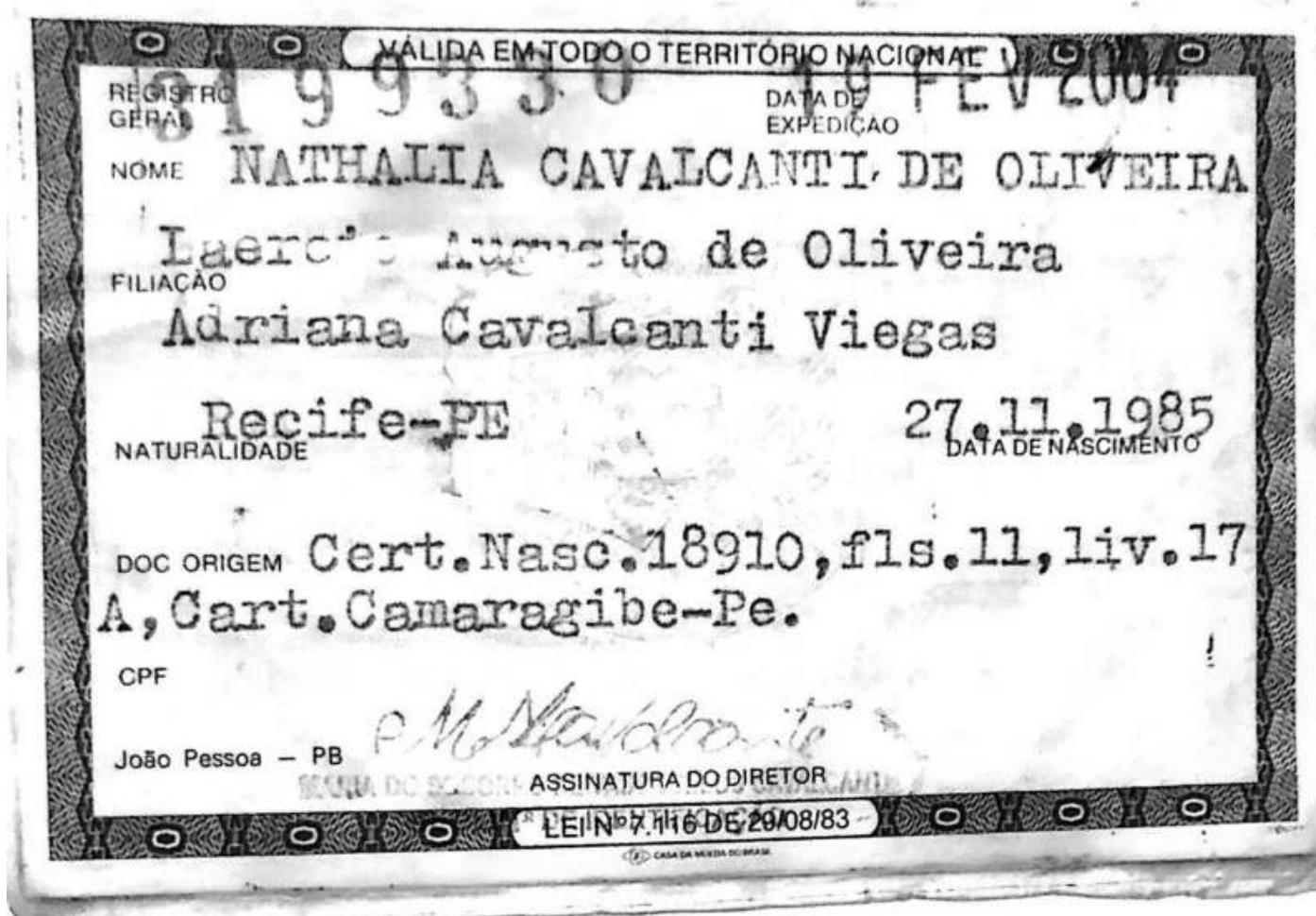
LOCAL **DATA**
CABEDELO **07/05/2020**

QSG6039

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2019
Proprietário: *****
Placa: QSG6039
Combustível: ALCO/GASOL
Marca/Modelo: HONDA/XRE 300 ABS
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
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





Scanned by CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134369/20

Vítima: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

CPF: 094.291.224-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/10/2019

Titular do CPF: LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LEANDRO MEDEIROS DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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. 34

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

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 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.



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. 35



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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424828700000044717501>
Número do documento: 21081314424828700000044717501

Num. 47083805 - Pág. 1

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**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:42:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314424828700000044717501>
Número do documento: 21081314424828700000044717501

Num. 47083805 - Pág. 2



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 2^a LESÃO – CLAVÍCULA E A 3^a 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 (2^a LESÃO E 3^a 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 **2^a LESÃO e a 3^a 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**.

POR TANTO, 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 DIVERSAS 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



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

Num. 47083806 - Pág. 2

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



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

Num. 47083806 - Pág. 3