



Número: **0800000-23.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIO JOSE LEMOS (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
37295 474	01/12/2020 08:51	<a href="#">2769567_CONTESTACAO_Anexo_02</a>



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**

Nº Sinistro: **3180333017**  
Vitima: **FABIO JOSE LEMOS**  
Data do Acidente: **03/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180333017**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13134675

Pag. 01445/01446 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**  
Nº Sinistro: **3180333017**  
Vitima: **FABIO JOSE LEMOS**  
Data do Acidente: **03/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180333017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO JOSE LEMOS**  
Nº Sinistro: **3180333017**  
Vitima: **FABIO JOSE LEMOS**  
Data do Acidente: **03/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

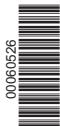
**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180333017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01051/01052 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13265337





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

01 287.204-43

Nome completo da vítima

FABIO JOSE LEMOS

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FABIO JOSE LEMOS	CPF titular da conta 01 287.204-43	Profissão RECUSO
Endereço RUA COL. ANTONIO CORREIA BRASIL	Número 263	Complemento ESTILO
Bairro ER NANII ESTILO	Cidade JOAO PESSOA	Estado PB
Email	CEP 58060-040	Telefone (DDD) 93 99841-8296

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)				<input type="checkbox"/> BANCO Name: 2013			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0617	D/V	CONTA NRO. 00003956	D/V	AGÊNCIA NRO. AG. 101	D/V	CONTA NRO. 00003956	D/V
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jon Kesa, 18 de JUNHO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL					
Nome completo	Felio José Sáenos	CPF titular da conta	021.287.204-43	Profissão	Revisor -
Endereço	Rua Jornal a Província do Pará	Número	185	Complemento	Casa -
Bairro	Bilíri	Cidade	Santa Rita	Estado	PB
Email	(83) 99341-8296				

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
<b>CONTA POUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)					
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
0037		039 66	6	BANCO NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)	
<b>AGENCIA NRO.</b> 03461-2018 <b>CONTA NRO.</b> 039 66 <b>D/V.</b> 6					
<b>AGENCIA NRO.</b> 03461-2018 <b>CONTA NRO.</b> 039 66 <b>D/V.</b> 6					
<b>INFORMAR DÍGITO SE EXISTIR</b> <b>INFORMAR DÍGITO SE EXISTIR</b>					

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Felio José Sáenos* de 03 de Agosto de 2018  
Local e Data

*Felio José Sáenos*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00136.01.2018.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8<sup>a</sup> Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fabio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CB 600, marca Honda , tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

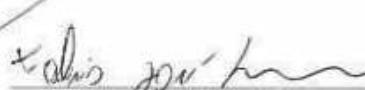
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

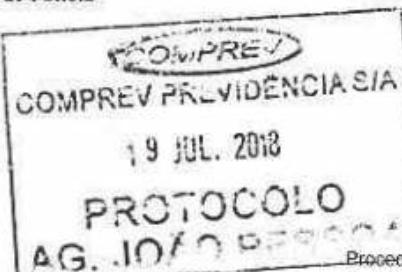
Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza e, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.

  
EVERALDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia

  
FABIO JOSÉ LEMOS  
Noticiante



Procedimento Policial: 00136.01.2018.1.02.008

1/1



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na Integra: A(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 3ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu Fábio José Lemos, conhecido(s) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andreazza; Tipo do Local: via/loca de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

**Objeto(s) Envolvidos(s):**

(1) Moto, modelo CB 600, marca Honda , tipo de veiculo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andreazza, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.

~~EVERALDO MARTINS DA COSTA~~  
Escrivão de Polícia

**FABIO JOSÉ LEMOS**  
Noticiante

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
19 JUL. 2018

Procedimento Policial: 00136.01-2018-1.02.nca

*Por favor, no se acerque*

→ Registro electrónico



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00136.01.2018.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8<sup>a</sup> Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fabio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa., bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andrezza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(I) Moto, modelo CB 600, marca Honda , tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

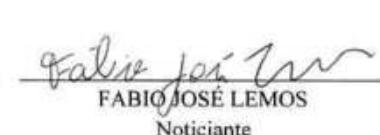
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia-em-sua-moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andrezza e, numa ladeira ali-existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.

  
**EVERALDO MARTINS DA COSTA**  
Escrivão de Polícia

  
**FABIO JOSÉ LEMOS**  
Noticiante



1/1





## CERTIDÃO

Nº. 0914/2018

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107650 e Prontuário de Nº 2018.03.000368, pertencentes à **FABIO JOSE LEMOS** que foi atendido dia 03/03/2018 às 21H53min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda + tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/03/2018 com alta médica dia 24/03/2018.

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

João Pessoa, 03 de julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida  
Medico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



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

Oto  
Ficha Nr: 107650 Atd: Nao Regul  
Data: 03/03/2018  
Hora: 21:59:19  
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO D  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO JOSE LEMOS Num. de vezes atendido: 2  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1875980 Fone: 0  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1975 Id: 42 ano(s)

End.: JORNAL DA PROVINCIA DO PARA, 0  
Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB  
Mae: MARISA BERNARDINA LEMOS Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupacao: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIO JOSE LEMOS

Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1875980

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Displenia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito

Observacao

TR. A NA MIE APOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente bermão de acidente motociclistico quando de ~~COLISAO COM O VEHICULO~~  
~~COLISAO COM O VEHICULO~~  
recebeu impacto com queiro de ovo em MIE, mijo baixo, dor abdominal.

Diagnostico CD-Social R. 100/100, ICP, 1º periodo  
Conduta AV de osteopatia

COPIA DE CONSULTA  
P.R.O. 19 JUL. 2018  
DR. F.R.C. INTENCOES  
PROTOCOLO

Prescricao

Horario da medicacao

# ortopedia

Parab se tratar de fratura em perna com dor intensa e  
defeito de mobilidade, apesar de ausência de sangramentos e falso desvio.  
CID: Fratura aberta de perna DR. Daniel B. Cavalcante  
Nº de corte, de perna DR. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia

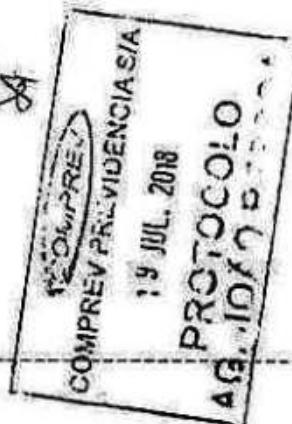


Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

07/03/2018 - Protócolo

Realizados acolhimento  
+ orientado

Ana Mary de Medeiros  
Enfermeira de Hospitalar  
Psicóloga  
CPF: 351.135-9  
RG: 2312850



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1	L	1		
1		1		
1		1		
1		1		
1		1		
1		1		

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia       Transferido       Desistencia       UTI  
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado  SVO  IML

Santana Costa da S. Remigio

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FABIO JOSE LEMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000003956-6

---

Nr. da Autenticação 4E7748E6E4B41E08



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 08:51:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120108512433100000035588404>  
Número do documento: 20120108512433100000035588404

Num. 37295474 - Pág. 12

**IANA MARIA LEMOS**  
ALCE ANTÉOZ (CAREN BRAGA) VST. ERNAN SATRO  
AL PESCA. PÓDEMOS (2011)

Emissão: 18/01/2010 Referência: Jan/2010  
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFAMILIAR  
Páginas: 12 - 2 - TÍTULOS - NO PÁGINA: 0001125-10

energisa

Die jüngste Autonummer: 99008777547

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2018	19/01/2018	20/02/2018	3424329401

#### **UC (Unidade Consumidora):**

5/476364-5

**Canal de contato**

• Informarmos a não efetuação da leitura ou impedimento de acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Realizaremos a necessidade de deslocar o aparelho ao local de medição; • Permaneça o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias de apresentação desta fatura (Art. 111 Res. 14 ANEEL); • Compartilhe sua energia comunitária nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/btenergia e no Twitter (@btenergia), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Lectura	Data	Lectura					
20/12/17	14652	19/01/18	14675					
<b>DETALHES DA CONTA</b>								
C01	DEBITOS			Quantidade	Tarifa	Total Executado	Ato	Vim/RT, Executa/TCRJ
				Tributos/Taxas	(%)	CASH-FI JOMS		P/Calc/RT (Ato/TCRJ)
0001	Consumo pre-Wifi		23.000	0,726050	90,53	80,53	27	34,44
0001	Ato B Vermelho				2,00	2,00	27	0,54
<b>LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS</b>								
0007	CONTABILISER LUM PÚBLICA				0,70	0,00	0	0,00
0004	JUROS DEMORA 12/2017				0,35	0,00	1	0,00
0005	MULTA 12/2017				1,61	0,00	0	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017				-0,08	0,00	0	0,00

Scanned by CamScanner



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

Onfo

Ficha Nr: 107650 Atd: Nao Regul  
Data: 03/03/2018  
Hora: 21:59:19  
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO D  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: FABIO JOSE LEMOS

Num. Prontuario: 2018.03.000368

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1875980 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1975 Id: 42 ano(s)

End.: JORNAL DA PROVINCIA DO PARA, 0

Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB

Mae: MARISA BERNARDINA LEMOS

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIO JOSE LEMOS

Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1875980

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

Queixa Principal

[ ] Vomito

Observacao

TRA NA MIE APÓS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente vítima de acidente mobiliário quando de moto quebrou o osso receptor com quebra de ossos em M.E, no joelho direito, com dor intensa, Abd levemente.

Diagnóstico CD-Sociedad ICD-10, 10º ed. 1992  
Conduta: I. Prevenção  
II. A. de osteopatia

COPIA DE CONSULTA  
P.R.O.T. 9 JUL. 2018  
P.R.O.T. 9 JUL. 2018  
Dr. Daniel B. Cavalcante  
Orthopedia e Traumatologia

Prescrição

I Horário da medicacão

# Jato fuso

Permitir uso fraco em peso com dor leve e definidamente oposta com relaxamento e fadiga. O tratamento é de 1 mês, de peso, no final.

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Orthopedia e Traumatologia

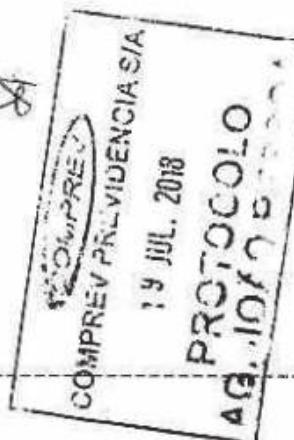


Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

07/03/2018 - Procedimentos

Realizados acolhendo  
+ orientado

Ana Nany de Medeiros  
Psicóloga Hospitalar  
351 2000-1919  
CNPJ 31.295.9



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IMD

Sistema Farto da S. Romélio

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	<i>Fábio José Lira</i>	Data da Admissão:	<i>03/03/18</i>
Prontuário:		Idade:	
Nome da Mãe:		Enfermaria:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Fone:	Profissão:
Escolaridade:		Estado Civil:	Religião:
QPD:	<i>Dor o dia inteiro pano ☺</i>		
HDA:	<i>triste de pano ☺ de fator das ondas de pano</i>		
Medicações em uso:	<i>Dr. Daniel B. Cavalcante Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 9248</i>		
<i>Dr. Paolillo</i>			
<i>COMPRAVIS PÁTIA 19/03/2018</i>			
<i>Pronto Sedopres Pd. 100g</i>			
<i>100g</i>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral:	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Itcerícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros:		
Pele:			
Cabeça e PESCOÇO:	<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: <input type="checkbox"/> Visão:		
AR e ACV:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros:		
ABD:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume		
AGU:	<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Políuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras:		
SME:	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos		
SN e PSQ:	<input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor		

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: [ ]HTF

[ ]HAS [ ]JDM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma [ ]Neo [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_ PA= \_\_\_\_ mmHg  
FC= \_\_\_\_ FR= \_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Hipóteses Diagnósticas: *Frotor cans de para R*Conduta: *Intime pt lta convogos*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: FÁBIO JOSÉ LEMOS				Registro:
Idade: 42 A	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data: 22/07/18	Cirurgião: DR ROBERTO SANTOS			1º Assistente: DR YURI
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista: LUIS ELEIPE	Tipo Anestesia: RAQUI			Horário: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
FRACTURA DOS OSSOS DA PERNAS (E)				S 82.0.
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
O mesmo.				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
REDUÇÃO CIUNEXIA + FIXAÇÃO.				PRE COMPREV PREVIDENCIA SIA 19 JUL. 2018 PROTOCOLO AG. 107
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (✓) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (✓) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 08:51:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012010851243310000035588404>  
Número do documento: 2012010851243310000035588404

Num. 37295474 - Pág. 18

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA.

ASSEPSIA + ANTISEPSIA.

APOSICAO DE CAMPOS ESTERILIS.

GANOTECAVENTO DO MIE.

### Incisão:

INCISAO EM S/3 MEDIO DA REGIAO ANTERO MEDIAL DA Perna  
DISSECCAO POR PLANOS ATÉ O FOCO DA FRACTURA.

### Achados:

VISUALIZACAO DO FOCO DE FRACTURA DA TIBIA.

### Conduta:

REDUCAO CRUENTA

APOSICAO DE PLACA + PARAFUSOS CONTECIPIS (P)

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%.

RETIRADA DO GANOTECAMENTO.

### Fechamento:

FECHAMENTO DE PELE

CURATIVO

### OBS:

Data: 22/03/18

Yuri Moreira  
Dr. Roberto  
Santos  
MEDICO/CRM





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FABIO JOSÉ LEMOS				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO: M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:26	LEITO: 412
DATA DE ADMISSÃO: 03/03/18		DATA DE ALTA: 24/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE TIBIA E				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
TRATAMENTO TRATAMENTO CIRÚRGICO					
<input checked="" type="checkbox"/> PAIS EXAMES E.F. + RADIOGRÁFICO					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: AINE + ATB + ANALGÉSICO					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFEÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( ) ÓBITO
<b>RESUMO CLÍNICO</b> (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente com história de trauma em PERNAS E (FRATURA DE TIBIA E) sendo submetido a tratamento cirúrgico REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS EM FRATURA DE TIBIA E, evoluindo sem intercorrências. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e antibióticos. Retornará ao ambulatório de seu serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b> <b>Duração:</b> Livre ou conforme já realizada pelo (a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... <b>O uso:</b> Relativo em casa por <b>15</b> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30</b> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>60</b> dias e com esforço maior em <b>90</b> dias.					
<b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
<b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> analgésicos + antibióticos.					
<b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde em <b>21</b> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <b>15</b> dias para revisão. (DR. ROBERTO SANTOS)					
24/03/2018		 Dr. Telmo Buratto Filho ASS. MÉDICO / C.R.M			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, <b>CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</b>					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 08:51:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120108512433100000035588404>  
Número do documento: 20120108512433100000035588404

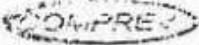
Num. 37295474 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 08:51:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120108512433100000035588404>  
Número do documento: 20120108512433100000035588404

Num. 37295474 - Pág. 22

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS	
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 013222036631 PRV 20170000306835-02 1 0011882038-9 00/00000000 2017	
FABIO JOSE LEMOS	
CPF / CNPJ 02128720443	PLACA MO14924/PB
PLACANTE / UNI NOVO	ANO FABR / ANO MODELO PB 9C2PC42008R003571
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	CATEGORIA HONDA/CB600F HORNET
IMP / MODELO CB600F HORNET	ANO FABR / ANO MODELO 2008 2008
2 P/599 / CI	CATEGORIA PARTIC
COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS	
I 00/00/0000	1 <sup>o</sup>
P 00/00/0000	2 <sup>o</sup>
V 00/00/0000	3 <sup>o</sup>
A 0	
PRAZO TITULAR (RS) IOP (RS) PRÉMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO	
***** SEGURADA PAGO 06/06/2017	
***** SEM RESERVA DE DOMINIO	
JOAO PESSOA-PB	
32280	DATA 10/08/2017
	

  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
 13 JUL. 2018  
**PROTÓCOLO**  
**AG. 1070 PTT**

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 013222036631 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204	
DATA EMISSÃO 2017	DATA EMISSÃO 10/08/2017
PLACA 02128720443	PLACA MO14924/PB
00118820389 HONDA/CB600F HORNET	HONDA/CB600F HORNET
2008 9	2008 9
PRÉMIO TARIFÁRIO	
FNG (RS)	IOP (RS)
*****	*****
CUSTO DO BILHETE (RS)	CUSTO DO BILHETE (RS)
*****	*****
IOP (RS)	PAGO
SEGURADA	PAGO
PAGAMENTO	PAGAMENTO
06/06/2017	06/06/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.605/0001-04	
7975-1325187-20170810	

Scanned by CamScanner

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180333017      **Cidade:** Bayeux      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIO JOSE LEMOS      **Data do acidente:** 03/03/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264032/18

Número do Sinistro: 3180333017

Vítima: FABIO JOSE LEMOS

Data do acidente: 03/03/2018

CPF: 021.287.204-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO JOSE LEMOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/10/2018

Nome: FABIO JOSE LEMOS

CPF: 021.287.204-43

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2018

Nome: RENATO LUNA DIAS

CPF: 705.216.494-98

FABIO JOSE LEMOS

RENATO LUNA DIAS

