



Número: **0800147-52.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **12/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSANA PEREIRA MARTINS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45035063	28/06/2021 14:10	Petição	Petição
45035067	28/06/2021 14:10	2593508_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
45035071	28/06/2021 14:10	2593508_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAPE/PB

Processo n.º 08001475220198150351

BRADESCO SEGUROS 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 **ROSANA PEREIRA MARTINS**, 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.

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAPE, 24 de junho 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 - 28/06/2021 14:10:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814102008100000042803306>
Número do documento: 21062814102008100000042803306

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Nº Sinistro: 3180298992
Vítima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 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

Pag. 00895/00896 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13045640





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, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041545

Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSANA PEREIRA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13829358





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, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041545

Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSANA PEREIRA MARTINS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ROSANA PEREIRA MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000017589-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

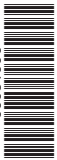
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01999/02000 - carta_15R - INVALIDEZ

00031000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: 0020174/19 CPF da vítima: 337.868.217-39 Nome completo da vítima: Rosane Geneine Martins

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

Nome completo: Rosane Geneine Martins CPF: 337.868.217-39

Profissão: Do Lar Endereço: Invereados para Genencos Número: 308 Complemento: —

Bairro: Centro Cidade: Sape / PO Estado: PR CEP: 593 40000

E-mail: Abnaasete@gmail.com Tel. (DDD): (83) 991928028

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 37589 1

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 17/01/2019

Nome: Rosane Geneine Martins

CPF: 337.868.217-39

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosane Geneine Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*** vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ASSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:10:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814102073900000042803309

Número do documento: 21062814102073900000042803309





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00182.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00182.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:48 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rosana Pereira Martins**, RG nº 258129253 SSP/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria José Pereira Martins e José da Penha Martins, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 24/09/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Macia Fernandes, Nº 108, bairro Centro, tendo como ponto de referência Creche, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99309-5325.

Dados do(s) Fatos:

Local: Capitão Felix Antonio, Cemitério, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/09/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN ESD, ano e modelo:2013/2014 de cor vermelha, placa:OGA 6999/PB, Chassi nº 9C2JC4160ER003105, registrado em nome da notificante; QUE segundo a mesma seguia normalmente quando a notificante sinalizou que entraria a esquerda, um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo pois o mesmo evadiu-se do local; QUE segundo a notificante este colidiu ao lado da moto em que a notificante estava; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 30/11/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.to foi jogado ao chão; CID 10S82,1

Sendo o que havia a constar, científico(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.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.


ROSANA PEREIRA MARTINS
Notificante



Procedimento Policial: 00182.01.2019.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0020174/19 CPF da vítima: 137.868.217-39 Nome completo da vítima: Rosane Pereira Martins
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Rosane Pereira Martins CPF: 137.868.217-39
Profissão: Do Lcn Endereço: Inceveix praia Jannarden Número: 308 Complemento: —
Bairro: Centno Cidade: Sepe-1/PB Estado: PB CEP: 583.40000
E-mail: Abraazete@gmail.com Tel. (DDD): (83) 991928028

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0922 CONTA: 13589 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: João Pessoa 17/01/2019
Nome: Rosane Pereira Martins
CPF: 137.868.217-39

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

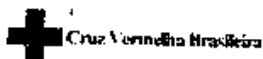
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do documento.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332168700

Boletim de Atendimento: 1110270



Identificação do paciente			
ID 1326815	Nome ROSANA PEREIRA MARTINS	Sexo Feminino	
Data de nascimento 24/09/1988	Idade 29 anos 11 meses 30 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA JOSE PEREIRA MARTINS		Pai JOSE DA PENHA MARTINS	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) JESSA DA SILVA BATISTA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993777181	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade CRUZ DO ESPIRITO SANTO	CBO/R	
Endereço			
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro TRAVESSA MARCIA FERNANDES
Número 108	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 23/09/2018 02:38:34	Número de pulseira 1000006675621	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA			
Tempo 01min 29seg			

Imprimir

23/09/2018 02:38



MARIA JOSE DE ARAUJO PONTES
RUA MARCA FERNANDES, S/N - CENTRO
SAPE/PB CEP: 58300000 (AQ: 51)

Emissão: 13/09/2018 Referência: Set/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BAIXA RENDIA MONOFÁSICO B-235, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-490
Roteiro: 7-51-65-2740 Nº medidor: 00000715284

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.005.183/0001-40 Ins. Est. 16.913.823-7

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 012.293.877
Cód. para Deb. Automático: 00008118598

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
Set/2018

Apresentação
13/09/2018

Data prevista da
próxima leitura
15/10/2018

CPE/ CNPJ/ RANI
066-384.864-29

UC (Unidade Consumidora):

5/811859-8

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento ao acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de sua presença no acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento, o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 111 Res. 414 ANEEL).
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2003.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/09/18	14727	13/09/18	14829	1	101	29
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota	Alug. Ione (R\$)	Alug. Cota (R\$)
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,267340	8,02	27	2,18
0601	Consumo - 31 a 120 kWh-BR	70,000	0,458300	32,08	27	8,88
0601	Consumo - 121 a 220 kWh-BR	1,000	0,807470	0,81	27	0,22
0601	Adic. B Vermeha			3,86	27	1,04
0610	Subsídio			42,35	27	11,44
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUIÇÃO LUMPUS			11,21	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 08/2018			0,71	0,00	0,00
0605	MULTA 09/2018			0,89	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,21	0,00	0,00
0609	Devolução Subsídio			-29,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 70,45 88,99 22,48 88,99 0,70 3,22

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

20/09/2018

R\$ 70,45

Histórico de Consumo (kWh)

78 | 56 | 99 | 42 | 108 | 125 | 182 | 132 | 138 | 101 | 90 | 89
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FOCO

8ff8.af04.55e5.2d6a.961b.6ce4.f7a7.a1f2.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação		
						Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,47	0,82	NOMINAL	220	Serviço de Dist. da Energia/PE	9,95	14,17
DIC TRIMESTRAL	12,34				Compra de Energia	18,69	27,89
DIC ANUAL	25,89				Perda de Transmissão	1,55	2,20
FIC MENSAL	9,48	1,00	CONTRATADA	203	Encargos Sociais	2,29	3,25
FIC TRIMESTRAL	14,21				Impostos Diretos e Encargos	39,87	56,59
FIC ANUAL	17,95				Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,30	2,83	LIMITE SUPERIOR	231	Total	70,45	100,00
DMC	12,22						

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$28,00.
- Resquite Tarifário - Vigência 20/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Tarifa: 15,41% Médio.
- Resquite Tarifário - Vigência 20/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tarifa: 18,75% Médio.
- Imposto de Renda sobre o valor do medidor foi pago pela média.



ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 7-51-65-2740
Matrícula: 511859-2018-06-9

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

20/09/2018

R\$ 70,45

83620000000-5 70450054000-7 08118592018-8 09900051019-0



ID		Nome		ROSAIRA PEREIRA MARTINS		Sexo		Feminino	
Data de nascimento		Idade		24/09/1988		Estado civil		Religioso	
Mês		Ano		29 anos 11 meses 20 dias		Pai		JOSE DA PENHA MARTINS	
Escriturade		Responsável (P. Parentesco)		JESIA DA SILVA BATISTA - ACOMPANHANTE		Forma Móvel		893777191	
Tipo documento		Número documento		Nº Cms		DDD Fijo		Fora Fijo	
Local de procedência		Hospital de TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo		UNIDADESAUDE		UF	
Endereço		Município de residência		UF		Logradouro		TRAVESSA MARCIA FERNANDES	
CEP		56340000		Complemento		Bairro		CENTRO	
Admissão		Número da publicação		1000006675621		Convênio		SUS	
Especialidade		Clínica		Clínica		Classificação de risco		Clínica	
Indicadores e Transporte		Origem do paciente		OUTRA UNIDADE DE SAUDE		Módo de atendimento		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
Classe policial		Plano de saúde		Não		Velo de ambulância		Não	
Moto de transporte		Velo de ambulância		Não		Quem transportou		Não	
Sinais Vitais		PA		X		Pulso		Temperatura	
Exames complementares		Raios X []		Sangue []		Urina []		TC []	
Dados clínicos		ECG []		Liquor []		Ultrassonografia []		Tempo 28seg	
Diagnóstico		CID		1 / JAN. 2019		Tempo 28seg		Impressão	

Identificação do paciente

AV. ORESTES LISBOA, 91 - PEDRO GONDIM - CNEC- 123312 - Tel.: 0312166700

Boletim de Atendimento: 1110270

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sonador Humberto Lemos


Assinatura Eletrônica

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:10:20

Documento de Alta


Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS			Número Prontuário: 111240
Data de: 24/09/1988	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/09/2018 13:16:38	Data de Alta: 05/10/2018 12:13:28
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resumo da Internação: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: OSTEOSSINTESE TIBIA PROXIMAL			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			

Data: 05/10/2018



Breno C. Torres
Ortopedia/Cirurgia do Quadril
Breno Coutinho Torres
CRM 7232 - PB



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEM. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Rezena R. Medeiros

DATA DO ATENDIMENTO: 1 / 1

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO: Osteonid.

Adm. Daniel

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(10).APC.035-1

[illegible]



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	BAE 1110270	Data/Hora Entrada 23/09/2018 02:38:34	Data Baixa
Data de nascimento 24/09/1989	Idade 29a 11m 30d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARIA JOSE PEREIRA MARTINS			Telefone de Contato (83) 993777191
Endereço TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108	Bairro CENTRO	Município SAPE	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 23/09/2018 02:45:54		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 06:22:51	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADA DO ORTOTRAUMA COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. REFERE DOR A
BILIDADE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
GA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

SEM QUEIXAS TORACO-ABDOMINAIS.

ESTADO GERAL REGULAR. EUPNEICA. MUCOSAS CORADAS. GLASGOW 15.

CD: SEGUIR COM ORTOPEDIA

LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

#ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL LATERAL DIR
CONDUITA :INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

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

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

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

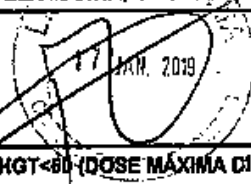
Diluir

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

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 80 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 80)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 23/09/2018 02:40:03

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Fone: 15943



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:10:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814102073900000042803309>

Número do documento: 21062814102073900000042803309



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSANA PEREIRA MARTINS
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/88
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.110.270
Nº PRONTUÁRIO 111.240
DATA DO ATENDIMENTO 23/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 02:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado do Ortopedia segundo a pactuação, apresentando dor e debilidade do membro inferior D com suspeita de fratura. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa - AP e P
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D ao Rx. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Kartney Sarmento e Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 05/10/18
DATA DA EMISSÃO: 30/11/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

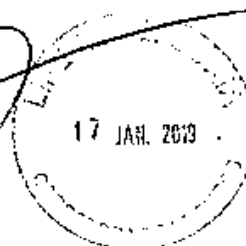


AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H Diluir	
DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H Diluir	
ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H	
CAPTÓPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H	
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H Diluir	
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H Diluir	
TOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H	
IGOSE 90% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<80 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<80)	
CUIDADOS	
SSVV + CCGG	
EXAME LABORATORIAL	
HEMOGRAMA COMPLETO	
COAGULOGRAMA COMPLETO	
PROCEDIMENTO	
JOELHEIRA TALA	
CID10	
Código	Descrição
1	Fratura da extremidade proximal da tíbia
Conduta	
Internar Paciente	

ROSANA PEREIRA MARTINS

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teel: 15942





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS		BAE 1110270	Data/Hora Entrada 23/09/2018 02:38:34	Data Baixa
Data de nascimento 24/09/1988	Idade 29a 11m 30d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 993777191
Mãe MARIA JOSE PEREIRA MARTINS			Prontuário	
Endereço TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108		Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MONIZE SPAZZAPAN MARTINS		Nº Cons. Regional 11490/PB
Data/Hora Classificação 23/09/2018 02:45:34		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 04:11:06		

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADA DO ORTOTRAUMA COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. REFERE DOR A
BILIDADE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
GA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

SEM QUEIXAS TORACO-ABDOMINAIS.

ITADO GERAL REGULAR. EUPNEICA. MUCOSAS CORADAS. GLASGOW 15.

CD: SEGUIR COM ORTOPEDIA

LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

XAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)

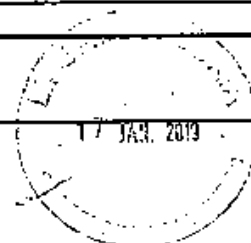
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.0	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



ROSANA PEREIRA MARTINS

MONIZE SPAZZAPAN MARTINS
(CRM: 11490/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 23/09/2018 02:40:03





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



Número: 8110270
Paciente: ROSANA SELLULA MARTINS
Procedimento: FTD, FORT PLACARTE TIBIAL LATERAL (1)
SUS: (X) Não SUS ()
F. Lico: Dr. KATIEVEY + Dr. ROBERTO ALMEIDA

Promitório: 8110270
Data: 03/10/18
Reposição: _____

Data: ____/____/____
Caixa Pronta: _____

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
FMC	CX 4,5	01		
	PLACA EM L 4x2 (1)	01		
	PROTECTOR COAT/COL Nº 36	02		
	PROTECTOR COAT/COL Nº 40	01		
	PROTECTOR ESPONJOSO ROSCA 32 Nº 65	02		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA DE OUTRA ESPECIALIDADE
COREN-PA

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

M.T.O.P

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ROSANA PEREIRA MARTINS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

1

Fem

3

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD - IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 4x15
PACAS em L 4x2 (1)
PACIFICO CONTINUA { Nº 36 - 02
 { Nº 40 - 03
PACIFICO ESPONJOSO ROSCA 32 Nº 65 - 02

17 JAN. 2019

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 CNS

1 CPF

Dr. Bruno de Lencastre
MEDIC 3075

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 CNS

1 CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Rosana Pereira Moreira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Procedimento cirúrgico de fratura platis ilíaca por (D)
 Cirurgião: Dr. Roberto 1º Assistente: Dr. Roberto Almeida
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de platis ilíaca por</u>	
<u>trauma</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirúrgico de fratura</u>	
<u>platis ilíaca por</u> (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

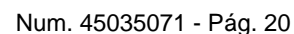
Dr. Bruno de Paula Rom.
MÉDICO
CRM: 10074

João Pessoa, 03/10/2018

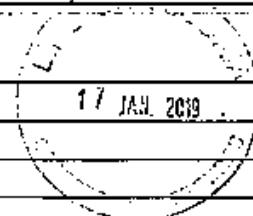
Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1



Notes de Saleh Chirif

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em DDH sob anestesia Cirurgia + enfiamento Captação de campos cirúrgicos
Incisão:
Achados:
Conduta: Direção por placa Redução do foco de fratura Fixação com placa em L + parafusos Alinhado Limpeza com SFO, 9% Sutura por pontos Curativos estéreis
Fechamento:
Observação: Pac. & família



Dr. Bruno de Lima Rocha
MÉDICO
CRM-PB 10875

João Pessoa, 03/10/2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1

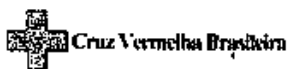


1990

11 JAN 1971

DATA: 03/10/18 PRONTUARIO: 110270





Documento de Alta

Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS			Número Prontuário: 111240
Data de 24/09/1988	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/09/2018 13:16:38	Data de Alta: 05/10/2018 12:13:28
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resumo da Internação: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: OSTEOSSINTESE TIBIA PROXIMAL			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			

Data: 05/10/2018

Breno C. Torres
Especialista em Cirurgia do Quadril
Breno Coutinho Torres
CRM 17232 - PB



99309-5325 e 99197-8150
Sape



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSANA PEREIRA MARTINS
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/88
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.110.270
Nº PRONTUÁRIO 111.240
DATA DO ATENDIMENTO 23/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 02:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado do Ortotrauma segundo a pactuação, apresentando dor e debilidade do membro inferior D com suspeita de fratura. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa - AP e P
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D ao Rx. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Kartney Sarmiento e Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 05/10/18
DATA DA EMISSÃO: 30/11/18

DR. EWERTON NORONHA TELXEIRA
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Telxeira
CRM: 2516/PB

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



PatientID: 000000075471
Name: ROSANA PEREIRA MARTINS

Sex: Feminino
BirthDate: 24.09.1988
Age: 30a.



StudyDate:07.01.2019



HTOP



INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ROSANA PEREIRA MARTINS

RG

FOI ATENDIDO (A) POR **BRENO COUTINHO TORRES**

DO (A) **HTOP - APARTAMENTO 02**

NO DIA **23/09/2018 02:40:00** , NECESSITANDO DE **90** - **NOVENTA**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **B82.1**

982.1

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 69.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO




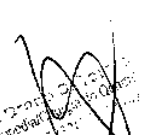
BRENO COUTINHO TORRES
(23218)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



		
---	---	---

Recetário de Controle Especial	Recetário de Controle Especial
<p>Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Cristiano Lisboa, S/N Conj. Pedro</p> <p>Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS</p> <p>Nº Cartão do SUS 708202122238044</p> <p>SE 1110270</p> <p>Endereço do paciente Rua TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 106, SAPE-PB-58340000</p>	<p>Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Cristiano Lisboa, S/N Conj. Pedro</p> <p>Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS</p> <p>Nº Cartão do SUS 708202122238044</p> <p>SE 1110270</p> <p>Endereço do paciente Rua TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 106, SAPE-PB-58340000</p>

<p>USO ORAL</p> <p>1. CEFALOXINA 500MG ----- 01CX</p> <p>TOMAR 01 CP VO 6/6H 7 DIAS</p> <p>2. FLANCOX 500MG ----- 01CX</p> <p>TOMAR 1CP VO 12/12H</p> <p>USO SUBCUTANEO</p> <p>3. VERSA 40MG ----- 15AMP</p> <p>APLICAR SUBCUTANEO 1X/DIA 15 DIAS</p> <p>LIGAR PARA DANIELA 987492353 - ELA CONSEGUE DESCONTO</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Dr. BRENO COUTINHO TORRES 7232/PB </div> <p style="text-align: center;">05/10/2018 Data</p>	<p>USO ORAL</p> <p>1. CEFALOXINA 500MG ----- 01CX</p> <p>TOMAR 01 CP VO 6/6H 7 DIAS</p> <p>2. FLANCOX 500MG ----- 01CX</p> <p>TOMAR 1CP VO 12/12H</p> <p>USO SUBCUTANEO</p> <p>3. VERSA 40MG ----- 15AMP</p> <p>APLICAR SUBCUTANEO 1X/DIA 15 DIAS</p> <p>LIGAR PARA DANIELA 987492353 - ELA CONSEGUE DESCONTO</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Dr. BRENO COUTINHO TORRES 7232/PB </div> <p style="text-align: center;">05/10/2018 Data</p>
<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Identidade: _____</p> <p>Org. Emissor: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Telefone: _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p> <p>Nome completo: _____</p> <p>Identidade: _____</p> <p>Org. Emissor: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Telefone: _____</p>



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

NOME
ROSANA PEREIRA MARTINS

DOC. IDENTIFICADOR / ONE. EMISSOR / UF
288129233020RJ

CITY
137.868.217-39

DATA NASCIMENTO
24/09/1988

FILIAÇÃO
JOSE DA PAIXA MARTINS
MARIA JOSE PEREIRA MARTINS

PROFISSÃO
ACC - ☐ CRT. PAUL - ☐

UF RESIDENTE
06519643226

VALIDADE
18/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
03/12/2015

DESTINAÇÃO
Rosana Pereira Martins

LOCAL
RIO DE JANEIRO, RJ

DATA EMISSÃO
07/12/2016

67976858841
RJ198619596

DETRAN - RJ (RIO DE JANEIRO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1370408014

PRIMEIRO HABILITACAR
1370408014



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 25.812.925-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/08/2007

NOME
ROSANA PEREIRA MARTINS

FILIAÇÃO
JOSÉ DA PENHA MARTINS

MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

NATURALIDADE PARAÍBA DATA DE NASCIMENTO 24/09/1988

DOC. ORIGEM C.NASC LIV A12 FLS 296 TERM 12153

CRUZ DO ESPÍRITO SANTO PB

CPF 001 1 Via 0206

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL

DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0206

Polegar Direito

ROSANA PEREIRA MARTINS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
137.868.217-39

Nome
ROSANA PEREIRA MARTINS

Nascimento
24/09/1988



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814506366

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 201800800006876-5

1 0057432878-5 00/00000000 2018

NOME

ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF/CNPJ

13786821739

PLACA

OGA6999/PB

PLACA ANT./UI

NOVO PB

9C2JC4160ER003105

ESPECIE TIPO

FAS/MOTOCICLE/HAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2014

CAP/POT/CIL

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA UNICA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENÇ. COTA UNICA

1º

FAXA LIVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO E A G O 02/01/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE FICHA OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SAPE-PB

LOCAL

DATA

12/07/2018

19623

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 013814506366

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 12/07/2018

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 13786821739 OGA6999/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00574328785 HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB. DE FAB. Nº CHASSI
2013 9 9C2JC4160ER003105

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DIETETAS (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO E A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO 02/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

31054-1039021-20180712

DEZ-2017



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA nome Pereira paulinoDATA DO ACIDENTE 23/09/2018 CPF DA VITIMA 137.868.217-39

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL ☐ BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É PODERE benigno paulinoENDEREÇO DO PORTADOR Imaena Pda FernandoNº 108 COMPLEMENTO - BAIRRO centroCIDADE Guiré UF RS CEP 98340000E-MAIL Abraadele@gmail.com TELEFONE (B3) 991928028

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMIS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VITIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VITIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- ☐ PROVA DE COMPANHIERISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIDADE ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHIEIRO(A) E CÔNJUGUE

- ☐ PROVA DE COMPANHIERISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIDADE ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☐ TERMO DE CONJUGAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHIEIRO(A) E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(À) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 17/01/2019IDENTIDADE 858 129 253ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190041545 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190041545 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020174/19

Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF: 137.868.217-39

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA PEREIRA MARTINS : 137.868.217-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 17/01/2019
Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS
CPF: 137.868.217-39

ROSANA PEREIRA MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

