



Número: **0803555-94.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **18/07/2018**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA (AUTOR)	WALDEY LEITE LEANDRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36119 863	30/10/2020 15:23	<u>Petição</u>	Petição
36119 865	30/10/2020 15:23	<u>2622798_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36119 866	30/10/2020 15:23	<u>2622798_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233187500000034490431>
Número do documento: 20103015233187500000034490431

Num. 36119863 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180246567**
Vitima: **SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **07/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **YURE PEREIRA GOMES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180246567**.

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 12899354



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13049306

A/C: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180246567
Vitima: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 07/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: YURE PEREIRA GOMES

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 0000016253-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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
	086.980.004-36	Saionara Rodrigues de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Endereço	086.980.004-36	Agricultora	
Saionara Rodrigues de Oliveira	Número	Complemento	
Sítio Pura	S/N	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Area Rural	Malta	PE	58 713 000
Email			Telefone (DDD)
			(83) 9 9800-2050

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"/> REUSO 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		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (241)					
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
4982	00016233	D/V	CONTA NRO.	ANÚ	
(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)				
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	CONTA NRO.	ANÚ	
(Inserir dígito se existir)					
(Inserir dígito se existir)					

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 o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patos - PB, 28 de Maio de 2018

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL
28 MAIO 2018

Saionara Rodrigues de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233257900000034490433>
Número do documento: 20103015233257900000034490433

Num. 36119865 - Pág. 4



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO METROPOLITANO (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



DADOS DO ACIDENTE

Nº BAT 016/2017		Responsável pelo Levantamento do Acidente: SANDOVAL NUNES MARQUES			Posto/Graduação: 3º SGT PM	
HORÁRIOS:	Acionamento 15hs25min	Chegada No Local 15hs33min	Horário Do Sinistro 15hs20min	Bairro CENTRO	Município PATOS	UF PB
Local do Acidente (Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia) AVENIDA SOLON DE LUCENA						
Data Da Ocorrência 07/02/2018	Dia Da Semana QUARTA-FEIRA	C/S Vítima – QT COM/01	Natureza Do Acidente CHOQUE	Tipo De Pavimento ASFÁLTICO	Condições Da Via SECA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 (UM)		Controle De Tráfego No Local SINALIZAÇÃO HORIZONTAL (LMS-2, FTP)				

CONDUTORA 01 (C1)

Nome SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA						
Sexo F	Nascimento 10/03/1983	RG 3351820	Registro CNH Nº ----	UF ----	CPF 086.980.004-36	
Endereço SITIO PAIVA, SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS-PB						
1ª Habilidaçao ----	Categoria ----	UF ----	Ex. Med./Dia ----	Data Vencimento ----	Usava Cinto ----	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO				Destino da Condutora SOCORRIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PATOS		

VEÍCULO 01 (V1)

Marca YAMAHA / FACTOR YBR125 K	Espécie PASSAGEIRO / MOTOCICLETA	Placa MON-1485	Categoria PARTICULAR	Município S. J. DE ESPINHARAS	U.F. PB
Nome do Proprietário SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013221833415	Renavan 00988975378	Data de Emissão 12/07/2017		
Defeitos ----					

VERSÃO DA CONDUTORA 01 (C1)

QUE TRAFEGAVA NA VIA "A" (AVENIDA SOLON DE LUCENA) NO SENTIDO SUL / NORTE, NA FAIXA DA DIREITA; QUE AO CHEGAR EM FRENTE AO BANCO SANTANDER SE ASSUSTOU COM UM VEÍCULO QUE PAROU NA FRENTE DO VEÍCULO 01 (V1); QUE POR CONTA DESSE SUSTO SE CHOCOU COM UM VEÍCULO QUE ESTAVA ESTACIONADO;

TESTEMUNHA

Nome LUZIA RAFAELA BRANDÃO LUCENA		Sexo F	Nascimento 13/12/1969
Endereço RUA ROMÊNIA, 148, JARDIM MAGNÓLIA, PATOS-PB			
CPF 094.873.844-80	Identidade Nº 3505281	Órgão Emissor SSP	U.F. PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA

QUE ESTAVA ESPERANDO PASSAR PELA FAIXA DE PEDESTRES QUE FICA EM FRENTE AO BANCO SANTANDER; QUE OS VEÍCULOS QUE TRAFEGAVAM NA VIA "A" PARARAM PARA A TESTEMUNHA PASSAR NA FAIXA DE PEDESTRES; QUE PERCEBEU QUANDO O VEÍCULO 01, QUE ESTAVA POR TRÂS DESSES VEÍCULOS, PERDEU O CONTROLE E SE CHOCOU NUM VEÍCULO ESTACIONADO;

BPTTRAN / 4º CP TRAN
Cópia Conforme Original
Data: 23/02/18
Coimbra
42.577.6-4

28 MAIO 2018



VÍTIMA 01		
Nome SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA	Sexo F	Nascimento 10/03/1983
Endereço SÍTIO PAIVA, SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS-PB	Viajava no Veículo N° 01	Usava Cinto/Capacete SIM
Condição da Vítima: (X) Condutora () Passageira () Pedestre	Conduzida Para HOSPITAL REGIONAL DE PATOS	

CONSTATADO

CONDUTOR 01 (C1) AUTUADO NO ARTIGO 162 I;

CONDUTOR 01 (C1) NÃO APRESENTAVA SINAIS DE ALTERAÇÃO PSICOMOTORA DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 432/2013 (APARELHO ALCOSENSOR IV INDISPONÍVEL);

CONDUTOR DO OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO NÃO QUIS SE PRONUNCIAR, ACEITANDO OS DANOS CAUSADOS NO SEU VEÍCULO;

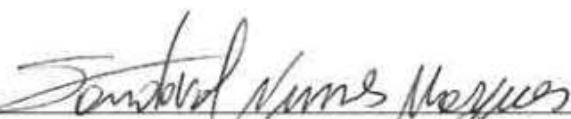
A VIA "A" (AVENIDA SOLON DE LUCENA) É DE PAVIMENTO ASFÁLTICO NO LOCAL DO ACIDENTE, BEM CONSERVADA, DE NÍVEL ALINHADO PARA O VEÍCULO 01 (V1), COM ACOSTAMENTO, DE GRANDE FLUXO DE VEÍCULOS, COM SINALIZAÇÃO HORIZONTAL DO TIPO LINHA SECCIONADA CONTÍNUA E COM FAIXA DE PEDESTRES SENDO DE GRANDE LARGURA;

NÃO FORAM CONSTATADOS VESTÍGIOS QUE PUDESSEM COMPROMETER A SEGURANÇA VIÁRIA NO LOCAL DO ACIDENTE;

NÃO FOI POSSÍVEL REALIZAR A JUNTADA DE IMAGENS POR CONTA DE PROBLEMAS TÉCNICOS;

RELATÓRIO DE AVARIAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS EM ANEXO CONFORME RESOLUÇÃO 544/2015;

PATOS-PB, 07/02/2018



3º SGT QPC Mat. 517.788-0 – SANDOVAL NUNES MARQUES

Responsável p/ Levantamento – Assinatura / Círculo

BPTRAN / 4º CP TRAN
Cópia Conforme Original
Data: 23/02/18
Assinatura
025-026-9 PM

28 MAIO 2018



CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N°

016/2018

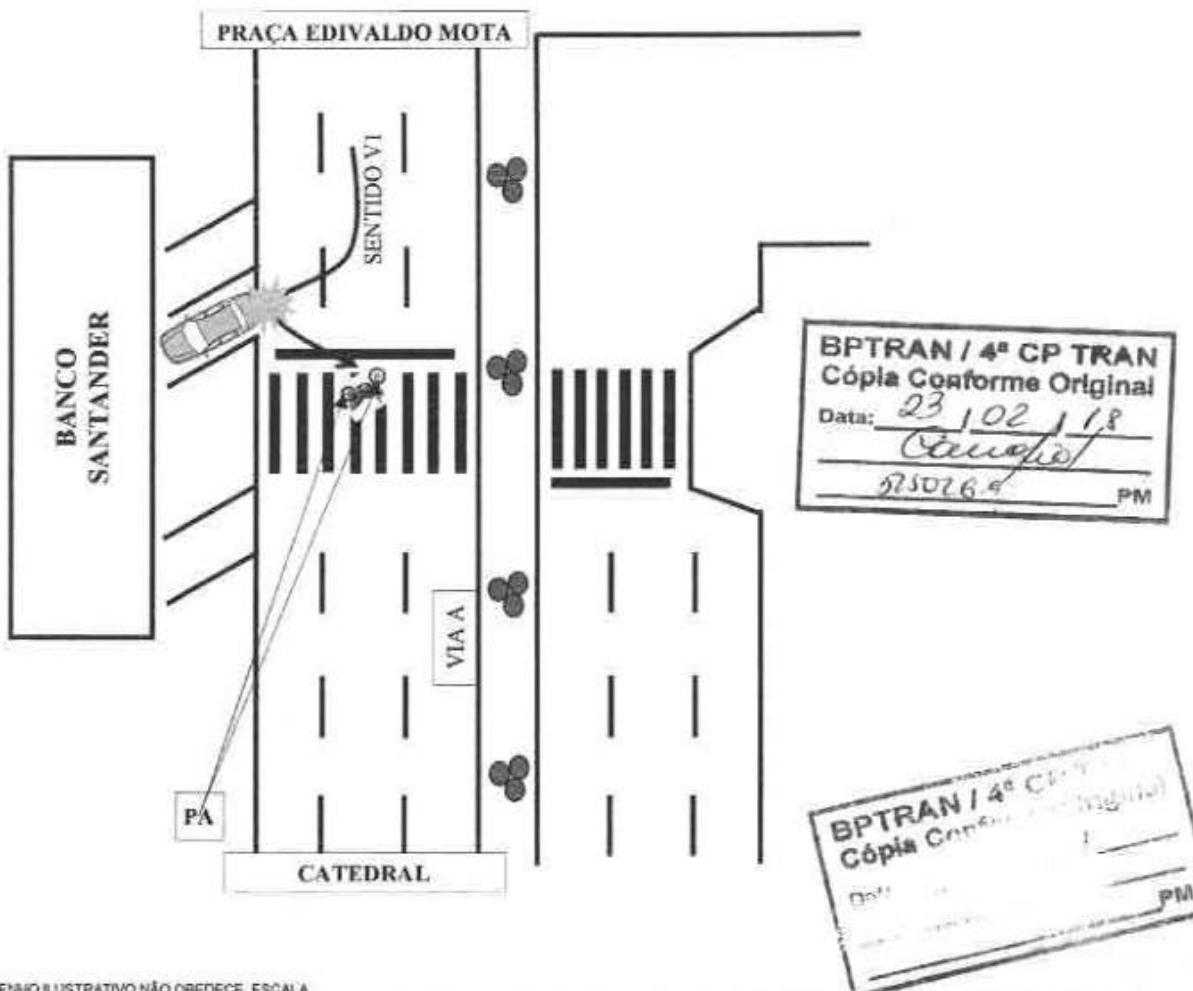
AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Solon de Lucena: 09,70m

PR (Ponto de Referência): Banco Santander

PA (Ponto de Amarração): Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Roda Dianteira: 15,30 e Roda Traseira: 14,50 metros para (PA)



AVARIAS ESTÃO RELACIONADAS NO
RELATÓRIO DE AVARIAS EM ANEXO



V1

3º SGT QPC Mat. 517.788-0 - SANDOVAL NUNES MARQUES
Responsável p/ Levantamento - Assinatura / Carimbo

28 MAIO 2018





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT N° 016/2018
DANOS NO VEÍCULO 01 (V1)

Marca/Modelo YAMAHA / FACTOR YBR125 K	Placa MON-1485/PB	Responsável pelo Preenchimento 3º SGT SANDOVAL NUNES MARQUES	Data 07/02/2018
--	----------------------	---	--------------------

MOTOCICLETAS

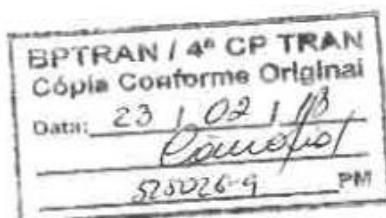
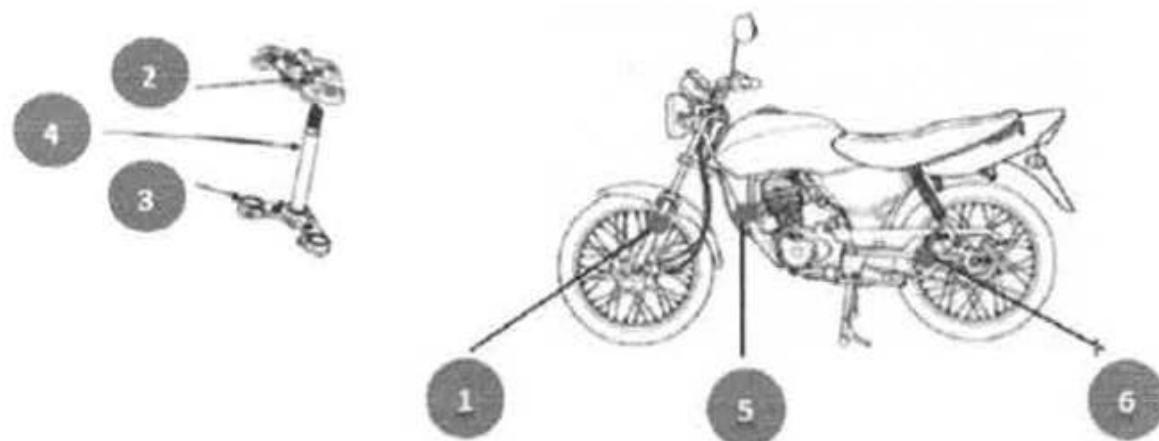
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da peça	Avaliação			Item	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X			06	Garfo traseiro		X
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X			07	Eixo traseiro (triciclos)		X
04	Coluna de direção	X				Total Geral (Sim + NA)		00

Observações: Veículo classificado com dano de PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas de 0	DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	DANO DE GRANDE MONTA




Assinatura do Responsável Pelo Levantamento

28 MAIO 2018



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Saionara Rodrigues de Oliveira</i>	086. 980.004-36	07/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>Edson</i>	

Email	Telefone (DDD)
	<i>(83) 9 9880-2050</i>

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Ribeirão Preto, 24 de Maio de 2018
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL
28 MAIO 2018

Saionara Rodrigues de Oliveira
Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Representante Legal

0001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USA-03

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data <u>7-2-18</u>	Ocorrência nº	Paciente / Usuário <u>SAYOMARA RODRIGUES da Oliveira</u>	Idade <u>36</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência <u>Solar do Lixero</u>	Bairro <u>Centro</u>	Médico Regulador <u>Dr. Júnio</u>		
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro				

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R.P RESPONSÁVEL: DR. JUNIO FUNÇÃO: Médico

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES

OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Próximel profunda de color de fum

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg < 90mm Hg

PA: 130/80 PC: FR: 100 TEMP.: 36,5 °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada
 Débito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz
 Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Tumorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interção Social Prejudicada Incontinência Intestinal
 Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Auxílio de SSW

Aux + Imobilizações completas

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de infarto com insuficiência respiratória e intubada, necessitando, manutenção, oxigenoterapia contínua 2 litros, paciente profunda de fumaça, queixando-se de dor no ambiente. Sob aux. médico: Foi feita aux. com SF aberto - Transporte para o H.R.P.



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: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000016253-4

Nr. da Autenticação C378C0152137AFD8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233257900000034490433>
Número do documento: 20103015233257900000034490433

Num. 36119865 - Pág. 11

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal
Documento não é segredo-estatutário
Muito prazo para pagamento da fatura (conservação de arquivos antigos)

Nº 000.808.992



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-886
CNPJ 09.088.181/0001-45 - www.energisa.com.br

DADOS DO CLIENTE

SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA
SIT PAIVA 09N
MALTÁ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1363017-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ABR/2018

27/04/2018

87

07/05/2018

R\$ 46,08

Acesse: www.energisa.com.br



SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Roteiro: 17-126-739-1815
83620000000-6 48080054000-3 13630172018-3 04500126018-4



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
07/05/2018	R\$ 46,08	1363017-0018-04-5

28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233257900000034490433>
Número do documento: 20103015233257900000034490433

Num. 36119865 - Pág. 12

MANUELLE



CTC RECIFE PE P/L
YURE PERREIRA GOMES
RUA PASTOR EDUARDO MUDIM 226 CASA
SANTO ANTONIO
58701-160 PATOS PB



Postagam: 09/03/2018
05-000005

28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301523325790000034490433>
Número do documento: 2010301523325790000034490433

Num. 36119865 - Pág. 13



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Yuri Pereira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Suelio Moreira Rodrigues de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o N° 086.980.0041 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Suelio Moreira Rodrigues de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 086.980.001 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
R. Pastor Eduardo Mundy		226	loca
Bairro	Cidade	Estado	CEP
S. Antônio	Patos	PB	58 101. 160
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
		(03) 9 980-2050	

DOCUMENTO ORIGINAL
18 MAIO 2018

Patos - PB, 29 de Maio de 2018

Local e Data

Yuri Pereira Gomes

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cod. Intern. 28531

Prontuario: 104876 Data/Hora 7/2/2018 17:14:22

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)

Classif. Risco: VERDE Transporte: SAMU 192

Origem: VIA PUBLICA

Regulado: N

Servidor do Dr.:

Paciente SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA Idade: 34 Gênero MULHER CIS

Filiação

Filiação I CREMILDES RODRIGUES DOS SANTOS

Filiação II ANTONIO VICENTE DE OLIVEIRA

Endereço

Cidade SAO JOSE DE ESPINHARAS - PB - 58723-000 - 2514404

Endereço: SITIO PAIVA

Bairro: ZONA RURAL

Naturalidade: PATOS - PB

Fone: (83)98165-6215

N.:

Documentos

CNS: 703-0098-6011-2672

Identidade:

PF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 10/3/1983

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: DO LAR

Responsável: *Saionara Rodrigues de Oliveira*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*1. Vida de rotina - sao
2. dor em casa*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

1. dor

2. edema +/++

3. limitado movimento

28 MAIO 2018

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

2. X

Diagnóstico: *fractura diaf. femur*

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, *22/02/18*

Recepção: ALANE





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	<u>Sawone R. Oliver</u>		
DA CLÍNICA	<u>Cirurgia</u>	ENFERMARIA	<input type="text"/>
A CLÍNICA	<u>Ortoped</u>	LEITO	<input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
<u>Travessias no joelho.</u>		<u>DD/08/18</u>	
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
<p>PARECER:</p> <p>Vista de rotina - SIC.</p> <p>Dor em zona (D).</p> <p>Edema +/++</p> <p>Pubo e períneo.</p> <p>Ro. Ex dixi férme (D).</p> <p>CD: infecções</p> <p>Travessias.</p>			
<u>7/2/18</u>		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10937 TECR 15145

28 MAIO 2018





REQUISIÇÃO DE PARECER

80 04 EXTRA

NOME:	Sayonara Rodrigues	
DA CLÍNICA	Ortopedia	ENFERMARIA
A CLÍNICA	Cardiologia	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO (MELHORAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
Risco cirúrgico		
07/02/17		DATA
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		
PARECER: Recente seu fluxo Cardiologico. Nexo com b. do es PA = 120 x 80 mmHg ECG - Normal Risco angiolo =. Baixo Risco		
28 MAIO 2018		
07/02/18	DATA	
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		

Klauber Moreira França
Cardiologista
CRM 1000





RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Silvano Rodrigues</i>		Nº protocolo <i>104876</i>
Data da Cirurgia	Enf. <i>19/2/18</i>		Leito
Cirurgião <i>Dr. Silvano</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Diego</i>		
Anestesista <i>Dr. Wandilson</i>	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fr. diaf. fêmur @</i>			
Tipo de Cirurgia <i>2. Jejunum fêmur @</i>			
Diagnóstico Pós Operatório <i>//</i>			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Cirurgia			

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
<i>Incisão LCN @ Raci</i>
<i>anatomia e antímero</i>
<i>colocado campo estéril</i>
<i>anatomia local m. Coxo (d) ; delimitado por planos , grandes</i>
<i>campo amplo de manobra</i>
<i>Acesso subretináculo , Redutor @ fixado com pinça e parafuso</i>
<i>limpo, limpo, suturado por planos, Dr. Diego Portilho</i>
<i>curativo antifibril</i>
<i>RCG Cuidados em ferida</i>

*Dr. Diego Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10937 TENT/15161*

28 MAIO 2018



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Sacionara Rodrigues de Oliveira						GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DT 1º	LINHO	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
	03	205	34	JU4876		
CIRURGIA Tecm Cirurg. Fisioterapeuta			CIRURGÃO Dr. Jandilma			
ANESTESIA náquara			ANESTESISTA Dr. Jandilma			
INSTRUMENTADORA		DATA	HORARIO	PERÍODO		HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDIHY CARNEIRO
		19.02.18	10:00h	11:55		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipos p/ soro e sangue.
	TX. Capnógrafo	L	Seringa 5000 ml (para sangue)
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley 16
	TX. de Laser		Coletor da Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Sala		Seringa 5 ml
✓	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
✓	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain <i>perdida</i>		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano	L	Atadura de Crepon 20cm
	Thiopental		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Urstral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dormíndol		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Drano Penrose
	Xilastesin a 5%		Drano Sucção
	Inoval		Drano de Tórax
	Xilocaina a 2%	✓	Espanadrapo
	Etodimidaate		Xilocaina Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Publicovaina 0,5%	✓	PVPi Tintura
1	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narop		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguilhão descartável
L	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
L	Cetadolene 15g <i>Beptmaxona</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piseil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
1	Eperin 5000 UI <i>Nexa</i>		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitol		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Ablocat 20 e 22	11	Polycot 0 c/ agulha 3-0
	Polycot 0 s/ agulha	F	Polycot 2-0 c/ agulha <i>Py. 1 cm 2-0</i>
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Protene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

28 MAIO 2018

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
Paciente Saiamara Rodrigues de Oliveira		CONVENIO SUS		IDADE 34	REGISTRO 104876
DOR Tremor traqueobrônquico		CIRURGÃO Dr. Diego		GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE	
ANESTÉSICO local		ANESTESESTA Cirurgião		HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	
INSTRUMENTADORA		DATA 17/50	HORARIO 17:50	FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instilação B. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sais		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocalm		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Geasada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormind		Éter Sulfúrico
	Fantanyl 0,06mg		Dreno Penrose
	Xiletoxina a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etdolimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Publicovaine 0,5%		PVP Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narco		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufentan		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguilhas descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efertil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tifatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amiocetina 600mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 29 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Selo de Kitler nº 03.

28 MAIO 2018



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JÂNDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermagem		Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome <i>Sonia Palma</i>		Idade 36	Sexo F C2
Data 19/02/2008	Pressão Arterial Pulso <i>120/80</i>	Respiração <i>18</i>	Temperatura <i>36,3</i>	Peso <i>60</i>	Altura <i>1,60</i>
Tipo Sanguíneo	Hematíceo	Hemoglobin	Glicemia	Uréia	Outros
Urina <i>UAT</i>					
Ap. Respiratório <i>WON</i>		Aerosa <i>W</i> Brônquio <i>W</i>			
Ap. Circulatório <i>HR</i>		Eletrocardiograma <i>ECG</i>			
Ap. Digestivo <i>EGI</i>		Gástrico		Ap. Urinário <i>OK</i>	
Sedativo Mental <i>aceitou</i>		Alergicos		Alergias <i>AT repel</i> Hipotensores	
Diagnóstico P/Operatório <i>Fistula traçada D</i>		Estado Físico <i>Boa</i>			
Lesões Anteriores <i>anterior (cesária?)</i>					
Indicação P/Anestesia		Anestesia 25		Efeito	
100		100		100	
Agente anestésicos	62				
Ureto	120				
150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20					
P.A. ARTERIAL 120/80 RESPIRACAO V.Z. - ANESTESIA, OPERACAO					
XO Símbolos e Anotações <i>Dmts 30/09/99/1991</i>					
Posição					
Agentes					
Técnica		Pausa 6,6 e 4 seg seguidas e 25 hz bipolares			
Operações		Pausa 6,6 e 4 seg seguidas e 25 hz bipolares			
Gêneros		Pausa 6,6 e 4 seg seguidas e 25 hz bipolares			
Anestesia		Pausa 6,6 e 4 seg seguidas e 25 hz bipolares			
Observações		Varredura de Cervelos Cervicais			

28 MAI 2018





Top implants & Materials. Circulatio. Ltd.
Bris. Head Office: 5000, 40th Street, K2
Calgary, AB T2B 4J5
Phone: (403) 252-2170
Calgary Office: 115
1000 17th Street S.E., Suite 115
Calgary, AB T2G 0C2

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H. R. de Pátiis Código: _____
Procedimento: Cirurgia de Ténuis (S) Cód. do Procedimento: _____
Paciente: Gaiouram Rodrigues da Oliveira
Data da Cirurgia: 18/02/18 Prontuário N°: 104.876 Convênio: 645
Cirurgião: Geroni Coódigo: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRICAO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

LISTA DE MATERIAIS DE TATUAGEM					
	Nº				
	Cód.				
CORTICAL 3.5mm					
PARAFUSO	Nº	32	36	40	
CORTICAL 4.5mm	Qtd.	03	03	02	
PARAFUSO	Cód.				
ESPONJOSO 4.0mm	Nº				
PARAFUSO	Qtd.				
ESPONJOSO 6.5mm	Cód.				
PARAFUSO	Nº				
ESPONJOSO 6.5mm	Qtd.				
ESP. R/16 CURTA	Cód.				
PARAFUSO	Nº				
ESPONJOSO 6.5mm	Qtd.				
ESP. R/32 LONGA	Cód.				
PARAFUSO	Nº				
MALEOLAR 4.5mm	Qtd.				
PARAFUSO	Cód.				

18 MAIO 2018

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Emitir N.F. para:

Cod. do consultor: Total:

Nº do pedido:



ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
 HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
 DEP. JANDUHY CARNEIRO
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA Nascimento: 10/03/1983 Idade: 34 Sexo: F
 Medico: DIEGO S.SANTIAGO Cod. Pac: 7927 Protocolo: 43080
 Laboratorio: INTERNO 07/02/2018 18:53:19
 Enfermaria: VERDE Leito: 01

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
 Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

			Masculino > 13 anos	Feminino > 13 anos
Leucócito:	3.850.000 /mm3		4.4 - 6.1 milhões/mm3	4.2 - 5.4 milhões/mm3
Hemoglobina:	11,5 g%		13,5 - 18,0 g%	11,5 - 15,0 g%
ratócrito:	35,1 %		40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	92,0 u3		80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	30,0 pg		25 - 38 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	33,0 %		31 - 36 %	31 - 38 %
R.D.W.	13,7 %		11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

			Maiores de 13 anos		
Leucócitos Totais	17.700		4.000 a 10.000 /mm3		
Neutrófilos	0	0	0	+	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	+	0 a 100
Bandómetas	2	354	0 a 5	+	0 a 500
Segmentados	74	13098	40 a 70	-	1.600 a 7.000
Eosinófilos	1	177	0 a 5	+	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	+	0 a 100
Linfócitos					
Tipicos	18	3363	20 a 35	-	900 a 3.500
Atípicos	0	0			
Monócitos	4	708	2 a 10	-	80 a 1000

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 290.000
 Valores de Referencia: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

28 MAIO 2018





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

Ortopedia

- Culturas em geral
- Enzimas Cardíacas
- Imunologia
- Micologia
- Teste do Pezinho
- Testes Alérgicos
- Líquidos Corporais
- Hematologia
- Urianalise
- Pesquisas de BAAR
- Bioquímica
- Parasitologia

Paciente: SAIONARA RODRIGUES DA OLIVEIRA
Médico Requisitante: DR. MARCELO ALVES
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 34 ANOS
Data: 09/02/2018
Comanda: ---

COAGULOGRAMA

Material: Sangue e Plasma

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.....: 14 seg.
T.P. Controle.....: 14 seg.

Atividade.....: 90 %
Valores de Referência: T.P. Paciente: 11,2 a 15,0 seg. A. Enzimática: 70 a 100% Método: QUICK

INR:

Resultado.....: 1,18
Valores de Referência:
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO:

Resultado:
T.T.P.A Paciente.....: 33 seg.
T.T.P.A Controle.....: 30 seg.

Valores de Referência:
TTPA Paciente.....: 26 a 36 seg.

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

28 MAIO 2018


Dr. Well-Olaria Barros Ferreira
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia
CRM: 2305 - CRF-PB: 1954

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 99131408 e 34215469



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente:	SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA	Nascimento:	10/03/1983	Idade:	34	Sexo:	F
Medico:	DIEGO S.SANTIAGO	Cod. Pac:	7927	Protocolo:	43080		
Laboratorio:	INTERNO			07/02/2018	18:53:19		
Enfermaria:	VERDE			Leito:	01		

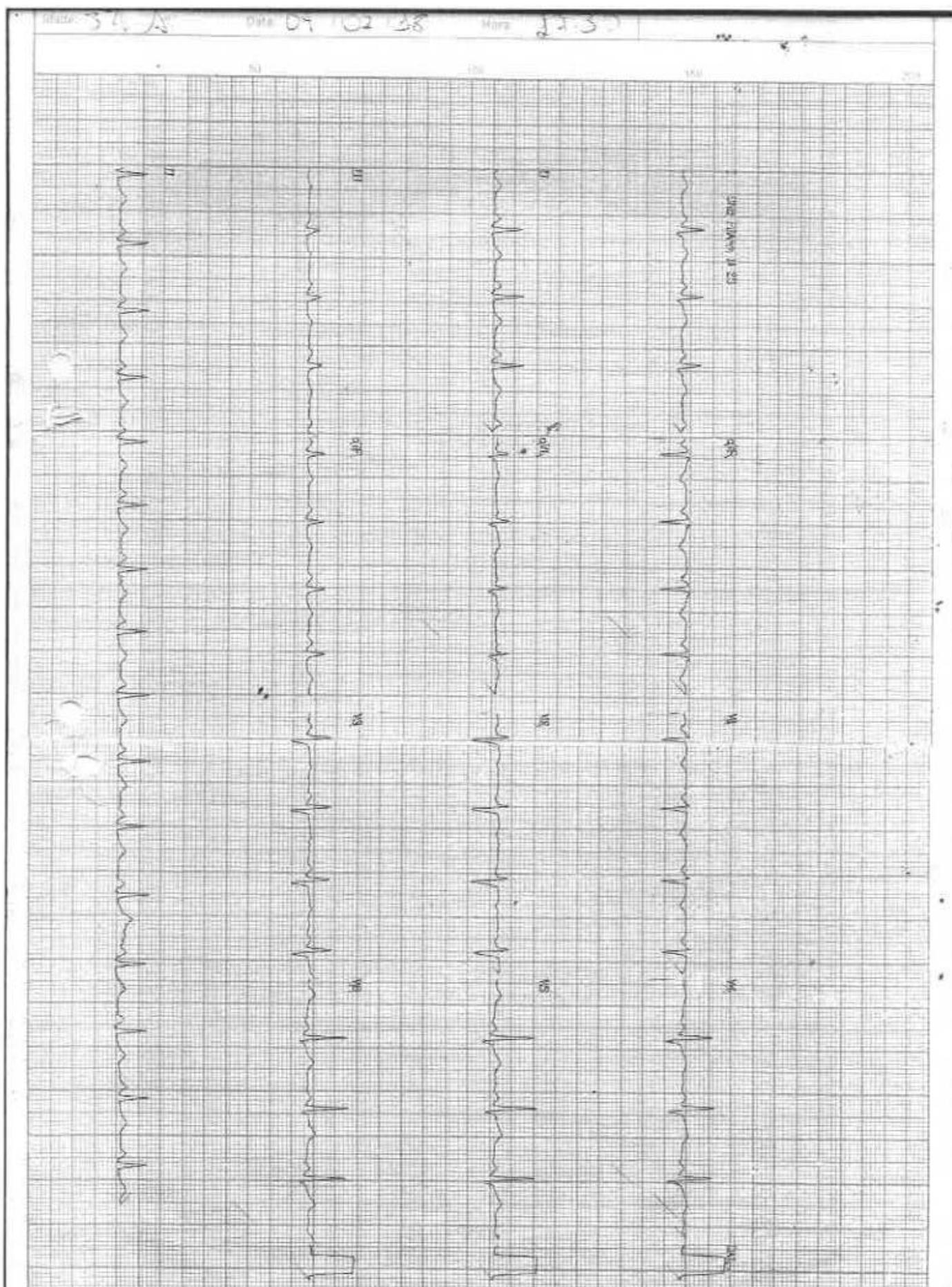
BIOQUIMICA I

GLICOSE	109,0 mg/dL		
Material:	PLASMA	Referencia:	-
Metodo:	ENZIMATICO AUTOMATIZADO		

28 MAIO 2018

Suelio
SUELIO MOREIRA TORRES





28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233257900000034490433>
Número do documento: 20103015233257900000034490433

Num. 36119865 - Pág. 26



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DR. JANUARY CARNEIRO"



28/05/2018

Mendi JACINTO RODRIGUES DE OLIVEIRA que se
encontra de moto
no dia 07.05.18
que é de FRANCA
foi uma distância
muito a caminho
que não é
conforme
é certo.

07/05/18
- Stenio G. Jr
CIA
DR. J.

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (63) 3423-2761 - Patos - PB.

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018





28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233257900000034490433>
Número do documento: 20103015233257900000034490433

Num. 36119865 - Pág. 28





28 MAIO 2018

28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233257900000034490433>
Número do documento: 20103015233257900000034490433

Num. 36119865 - Pág. 30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
P.R.T. 20170400016252-1
1 0098897537-8 00/00000000 2017

0098897537-8
SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA
08698000436 MON1485/PB
NOVO 0098897537-8
PAS/MOTOCICLES/ANO APLIC GASOLINA
YAMAHA/FACTOR YBR125 K 2008 2009
2º P7124 /C1 PARTIC VERDE/LARANJA
COTA UNICA 00/00000000 1º COTA
V PARCELAGEM /COTAS 2º
A 3º

PRIMEIRA PAGAMENTO - SEGURO OBRIGATÓRIO ATÉ 12/07/2017
SEGURADO OBRIGATÓRIO
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSPORTE
SAO JOSE DE ESPINHARAS-B
17221 22/08/2017 35688

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB N° 013221853415 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

2017 22/08/2017

1º 08698000436 MON1485/PB
00988975378 YAMAHA/FACTOR YBR125 K
2008 9G6KE1220900007575

PRÉMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) 12/07/2017
SEGURADO PAGO
CUSTO DO SEGURO (R\$) 12/07/2017
PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO
COTA UNICA PARCELA
PARCELA DATA DE OUTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.000/0001-04
35688-0832490-20170822

28 MAIO 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180246567 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015233257900000034490433>
Número do documento: 20103015233257900000034490433

Num. 36119865 - Pág. 32

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Guilherme Rodrigues de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Agente de Saúde
Identidade: 3.331.920 CPF: 036.930.004-36
Endereço: 260 Rua São José Rural - Matheus - PB

OUTORGADO:

Nome: Yuse Pereira Gomes
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
Profissão: Advogado
Identidade: 3.260.210 SSP/PB CPF: 086.417.024-66
Endereço: R. Rector Edmundo Andrade, 226, 5º Andar, Centro, Petrópolis - PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Symptoms, Pathogenesis of disease

Answers

A circular logo featuring a hand pointing to the right. The name 'ALDO XANIER' is written in a stylized, blocky font above the hand.

5. Saisonaria Radicans de Oliveira

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firme por autenticidade)



4
DOCUMENTO ORIGINAL
28 MAIO 2018





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo: 08035559420188150251

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA**, 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.

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301523333700000034490434>
Número do documento: 2010301523333700000034490434

Num. 36119866 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PATOS, 28 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:23:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301523333700000034490434>
Número do documento: 2010301523333700000034490434

Num. 36119866 - Pág. 2