



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
36119863	30/10/2020 15:23	<a href="#">Petição</a>	Petição
36119865	30/10/2020 15:23	<a href="#">2622798_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
36119866	30/10/2020 15:23	<a href="#">2622798_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180246567

Vítima: 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

Pag. 00287/00288 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020144



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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00409/00410 - carta\_15R - INVALIDEZ



00040205





**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 086.980.004-36	Nome completo da vítima Socimara Rodrigues de Oliveira
---------------------------	---------------------------------	---

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

Nome completo Socimara Rodrigues de Oliveira		CPF titular da conta 086.980.004-36	Profissão Agricultora
Endereço Sítio Pura		Número S/N	Complemento Casa
Bairro Água Fria	Cidade Matão	Estado PE	CEP 58113-000
E-mail		Telefone (DDD) (33) 9 9880-2050	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BRANCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (241)		BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA NRD 4982	DIV	AGÊNCIA NRD	DIV
CONTA NRD 00016253	DIV 4	CONTA NRD	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Matão - PE, 24 de Maio de 2018  
Local e Data

**DOCUMENTO ORIGINAL**  
28 MAIO 2018

Socimara Rodrigues de Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





28 MAIO 2018





POLÍCIA 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: Açãoamento 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 SÍTIO PAIVA, SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS-PB						
1ª Habilitação ----	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 TRÁS DESSES VEÍCULOS, PERDEU O CONTROLE E SE CHOCOU NUM VEÍCULO ESTACIONADO;

BPTRAN / 4º CP TRAN  
Cópia Conforme Original  
Data: 23/02/18  
Cirurgião  
57.577 6-9

28 MAIO 2018




## VITIMA 01

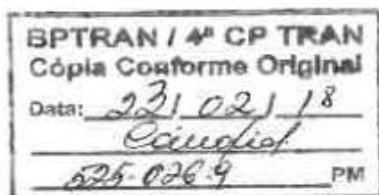
Nome SAYONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA	Sexo F	Nascimento 10/03/1983
Endereço SÍTIO PAIVA, SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS-PB		
	Viajava no Veículo N° 01	Usava Cinto/Capacete SIM
Condição da Vítima: ( X ) Condutora ( ) Passageira ( ) Pedestre	Conduzida Para HOSPITAL REGIONAL DE PATOS	

## 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 E 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 / Carimbo

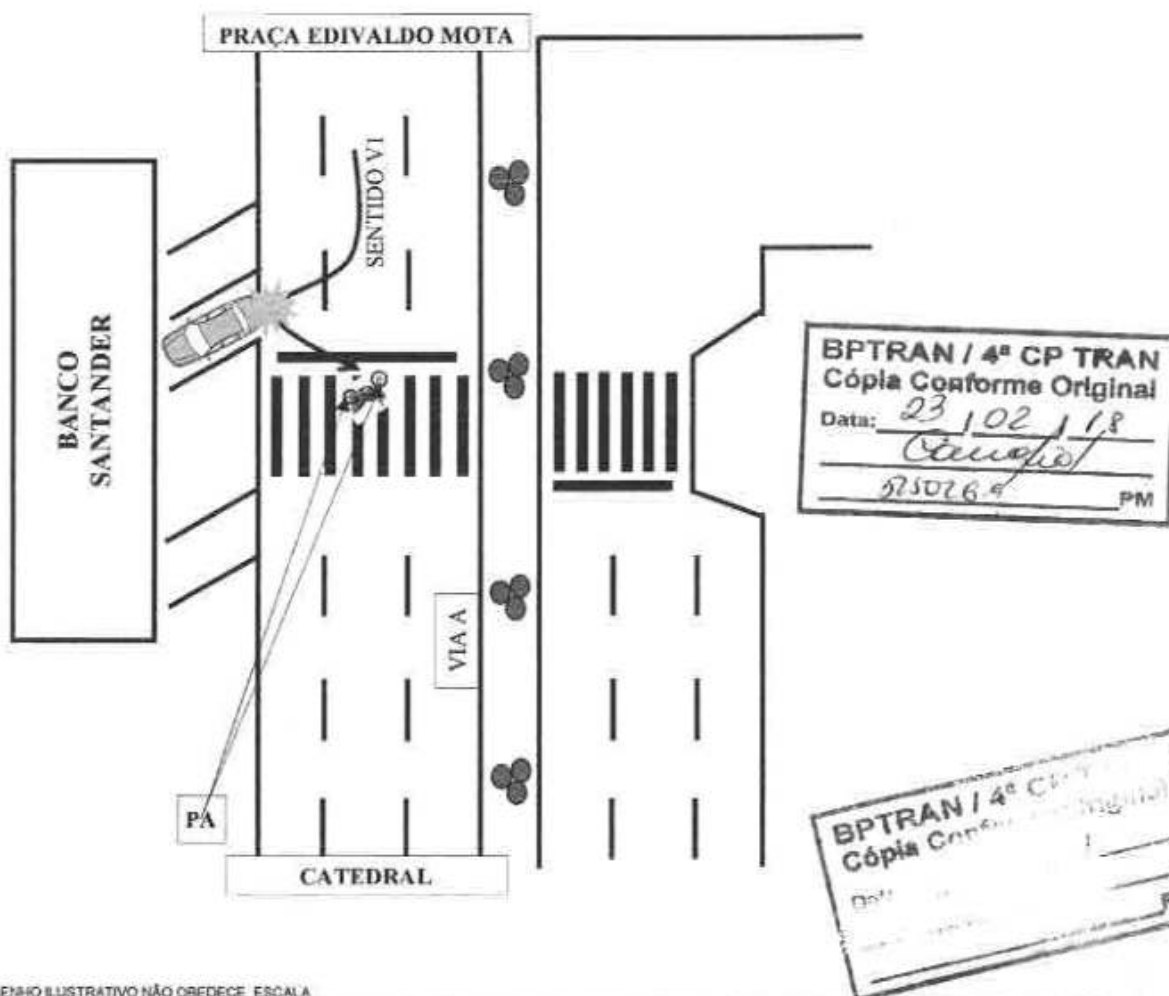


28 MAIO 2018





<b>CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº</b>	<b>016/2018</b>
<b>AMARRAÇÕES</b>	
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)	



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

 <b>V1</b>	<b>AVARIAS ESTÃO RELACIONADAS NO RELATÓRIO DE AVARIAS EM ANEXO</b>
	<p><i>Sandoval Nunes Marques</i></p> <p>3º SGT QPC Mat. 517.788-0 – SANDOVAL NUNES MARQUES Responsável p/ Levantamento – Assinatura / Carimbo</p>

28 MAIO 2018



	<b>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)</b> <b>BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO</b> <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT</b>								
	<b>CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 016/2018</b> <b>DANOS NO VEÍCULO 01 (V1)</b>								
<b>Marca/Modelo</b> YAMAHA / FACTOR YBR125 K	<b>Placa</b> MON-1485/PB	<b>Responsável pelo Preenchimento</b> 3º SGT SANDOVAL NUNES MARQUES	<b>Data</b> 07/02/2018						
<b>MOTOCICLETAS</b> <b>PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE</b>									
		<b>Avaliação</b>				<b>Avaliação</b>			
Item	Nome da peça	Sim	Não	NA	Item	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 (tríclos)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)			00	
<b>Observações: Veículo classificado com dano de PEQUENA MONTA</b>									
<b>AVALIAÇÃO POR DANO:</b>									
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			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <b>BPTRAN / 4º CP TRAN</b>          Cópia Conforme Original          Data: 23/02/18  <i>Sandoval Nunes Marques</i>          525026-9 PM       </div> <div style="text-align: center; width: 60%;">           Assinatura do Responsável Pelo Levantamento       </div> </div>									

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

Suzenara Rodrigues de Oliveira

CPF da Vítima

086. 980.004 - 36

Data do Acidente

07/02/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(83) 9 9880-2030

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 atenda 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 Líder 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.

Petrol - PE, 24 de Maio de 2018  
Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL  
28 MAIO 2018

Suzenara Rodrigues de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017





SAMU  
192

# PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: U5B-03

## IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>3-2-18</u>	Ocorrência nº:	Paciente / Usuário: <u>SAYONARA RODRIGUES DO OLIVEIRA</u>	Idade: <u>34</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: <u>SOLAR DA LUCERA</u>	Bairro: <u>Centro</u>	Médico Regulador: <u>Dnº Juci</u>		
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <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 AGRAVO:

<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/OTERRAMENTO	<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"/> P.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTETRICO	
<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 CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

## DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R.P. RESPONSÁVEL: [Assinatura] 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):

Prévia de partura de 10 dias de gestação

## DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
P.A.: 130/90 mmHg / FR: 100 / TEMP.: \_\_\_\_\_ °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 VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz  
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal  
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

## INTERVENÇÕES:

Avaliação de SSV  
Avp + Imobilização completa

## EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de relação consensual, consciente e orientada, normotensa, normotérmica, apresentando elevação na taxa, prévia de partura de 10 dias, que sendo de 10 dias de gestação, sob o cuidado médico. Foi suprimida a SE aberta, 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



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Consumidor não é responsável pela emissão

Recibo para efetuar pagamento da fatura eletrônica da energia elétrica Nº 000.806.992



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pinheiro / PB - CEP 58071-200  
CNPJ 09.985.181/0001-40 Insc. Est. 16.015.222-0

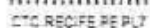
DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA			5/1363017-3		
RIT PAIVA 19N					
MALTA					
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
ABR/2018	27/04/2018	87	07/05/2018	R\$ 46,08	

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

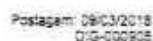
			SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA		
			Roteiro: 17-126-739-1815		
			83620000000-6 48080054000-3 13630172018-3 04500126019-4		
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA			
07/05/2018	R\$ 46,08	1363017-2018-14-5			

28 MAIO 2018



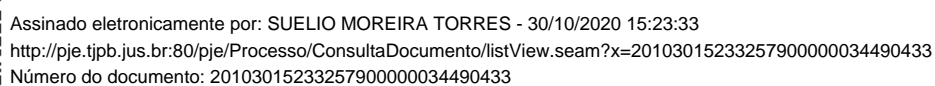


YURE PERREIRA GOMES  
RUA PASTOR EDUARDO MUDIM 226 CASA  
SANTO ANTONIO  
58701-160 PATOS PB



7212123172682920000000000530067315

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 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 SUSEP 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 COAF**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Yure Pereira Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 086.417.024 / 66 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Saionara Rodrigues de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.980.004 / 36 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidas da Vitima Saionara Rodrigues de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.980.004 / 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 Líder-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 <u>R. Pastor Eduardo Mundy</u>		Número <u>226</u>	Complemento <u>Bra</u>
Bairro <u>J. Antônio</u>	Cidade <u>Patos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58101-160</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(85) 9980-2050</u>

Patos - PB 24 de maio de 2018  
Local e Data

Yure Pereira Gomes  
Assinatura do Declarante

DLDR/001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL  
28 MAIO 2018







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

Cod. Intern. 28531

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

Prontuario: 104876  
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 - 56723-000 - 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:

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

*Acidente de trânsito - moto - sc.  
Dor em coluna*

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

*Dor  
extremo + 144  
limitação movimento*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Rx*

28 MAIO 2018

Diagnóstico:

*fx DIAF. femur (E)*

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: ALANE





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Sauana R. Oliver</u>	
DA CLÍNICA <u>Unipar</u>	ENFERMARIA <input type="text"/>
A CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	LEITO <input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Transtorno na marcha</u>	
<small>(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)</small>	
<u>07/02/18</u>	<u>[Assinatura]</u>
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:	
<u>Queda de fôto - SIC.</u>	
<u>" Dor em coxa (D.</u>	
<u>adorno + 144</u>	
<u>Pulso e profusão P.</u>	
<u>no Ex DIN fêmea (D.</u>	
<u>CD: infusão</u>	
<u>TRANS.</u>	
<u>7.2.18</u>	<u>[Assinatura]</u>
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10537 TEOT 15349

28 MAIO 2018





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

8º 04 EXTRA

NOME: <u>Sayonara Rodrigues</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <input type="text"/>
A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	LEITO <input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Risco cirúrgico</u>	
<small>ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E VALIAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO</small>	
<u>07/02/17</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Paciente sem sinais Cardiológicos.</u> <u>Neg. Exames de Cs</u> <u>PA = 120 x 80 mmHg</u> <u>ECG - Normal</u> <u>Risco Cirúrgico = Baixo Risco</u>	
<u>07/02/18</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>Klauber M. de Franca</u> <u>Cardiologista</u> <u>CRM 1550</u>

28 MAIO 2018





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Dionísio Rodrigues</u>		Nº prontuário: <u>104876</u>
Data da Cirurgia: <u>19.2.18</u>	Inf.	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. Dionísio</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Diego</u>	
Anestesista: <u>Dr. Vandilmo</u>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>fr. diaf. fêmur @</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>osteotomia fêmur @</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>II</u>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no Ato: <u>NÃO</u>		
Acidente Durante a Cirurgia:		


### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
<u>Tec. de acesso SEM @ RADUI</u>
<u>preparo e antissepsia</u>
<u>colocação campo estéril</u>
<u>incisão lateral na coxa @; alongada por plano, grande</u>
<u>lesão ampla de musculatura</u>
<u>Aceno submóvil, Redução @ fixada com placa e parafusos</u>
<u>Hemostasia, limpeza, sutura por plano, Dreno Porbore</u>
<u>curativo asséptico</u>
<u>As cuidados com ferida</u>

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10437

2.8 MAIO 2018




NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE <i>Saionara Rodrigues de Oliveira</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
21	LITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
<i>01</i>	<i>03</i>	<i>203</i>	<i>34</i>	<i>104876</i>	
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
<i>Dr. Luiz Pinheiro</i>		<i>Dr. Zairim</i>			
ANESTESIA		DATA			RECIO
<i>naque</i>		<i>19.02.18</i>		<i>10:00</i>	<i>11:55</i>
INSTRUMENTADORA		FIM			

### MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue.
	TX. Capnógrafo	L	<i>Serie para pneumologia</i>
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
✓	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley 14
	TX. de Laser		Coletor de 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>usada</i>		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	L	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembulal		Atadura Gessada 10cm
	Guelfoín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilostesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Esparradrapo
	Etodimidata		Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPi Tintura
1	Dimorf	✓	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
L	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
L	Cefalotina 19g <i>Ceftazoxima</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasol		Cat-gut simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
1	<i>Roparín 5000-Vi Nexa</i>		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22	L	Polycot 0 c/ agulha <i>3-0</i>
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha <i>Pylom 2-0</i>
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

28 MAIO 2018



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE: <u>Solamara Rodrigues de Oliveira</u>				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
UT:	SALA:	CONVÊNIO:	IDADE:	
		<u>SUS</u>	<u>34</u>	
REGISTRO: <u>104876</u>				
Cirurgião: <u>Dr. Diego</u>		Anestesiologista: <u>Dr. Cirne</u>		
Anestesia: <u>local</u>		Data: <u>17:50</u>		PM
Instrumentadora:		Hora: <u>17:50</u>		

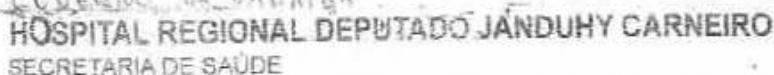
### MATERIAL

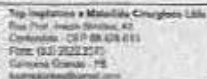
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanyl 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilofesin a 2%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
1	Xilocaína a 2%	2	Esparradrapo
	Etodimidata		Xilocaína Gel
	Ketslar	2	Alcool 70%
	Publucovain 0,8%	2	PVPI Tintura
	Dimorf	2	Gases
	Lanexat 0,5ml	2	Algodão Hidrófilo
	Narcolon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Psaltina de Formol
	Proatigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Diprona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Eparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 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	1	Sio de Kistley 400B

28 MAIO 2018





28 MAY 2018



## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H. R. de Vortals Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: Cirurgia de feitura (7) Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: Saionirne Rodrigues de Oliveira.

Data da Cirurgia: 18/02/18 Prontuário Nº: 904.876 Convênio: SUS

Cirurgião: Serodio Coódiço: 0000 ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

### DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

### ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

		Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO						
CORTICAL. 3.5mm						
PARAFUSO						
CORTICAL. 4.5mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 4.0mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 6.5mm						
ESP. R/16 CURTA						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 6.5mm						
ESP. R/32 LONGA						
PARAFUSO						
MALEOLAR 4.5mm						

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

## PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F. para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Nº do pedido: \_\_\_\_\_

28 MAIO 2018





Nascimento 10/03/1983 Idade: 34 Sexo: F  
Cod. Pac. 7927 Protocolo: 43080  
07/02/2018 18:53:19  
Leito 01

## HEMOGRAMA

Material: SANGUE  
Metodo: AUTOMATIZADO

Hemócrito:	3.850.000 /mm3
Hemoglobina:	11,5 g%
Hematócrito:	35,1 %
V.C.M.:	92,0 u3
H.C.M.:	30,0 pg
C.H.C.M.:	33,0 %
R.D.W.:	13,7 %

Masculino >13 anos	Feminino >13 anos
4,4 - 6,1 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,4 milhões/mm <sup>3</sup>

13.5-18.0 g% 11.5-15.0 g%

40 - 54 %                      37 - 47 %

80 - 98 u3 80 - 98 u3

25 - 35 pg 25 - 35 pg

31-36 % 31-36 %

11.5 a 14.5 % 11.5 a 14.5 %

SÈRIE BRANCA

Maiores de 13 anos  
4 000 a 10 000 /mm<sup>3</sup>

Neutrófilos	0	0	0	-	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Eosinófilos	2	354	0 a 6	-	0 a 500
Seygmentados	74	13098	40 a 70	-	1.600 a 7.000
Eosinófilos	1	177	0 a 6	-	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Linfócitos					
Típicos	19	3363	20 a 35	-	800 a 3.500
Atípicos	0	0			
Monócitos	4	708	2 a 10	-	80 a 1000

### CONTAGEM PLAQUETAS

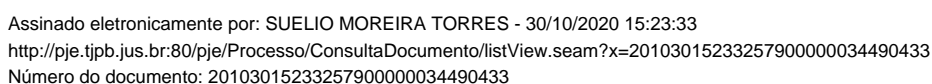
Resultado	290.000
-----------	---------

Morfologia

Método: AUTOMATIZADO

Chris  
Executive Director  
Portland Sea Grant  
503-243-0252

28 MAIO 2018





**CARLOS CHAGAS**  
Medicina Laboratorial

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

Ortopedia

Paciente: SAIONARA RODRIGUES DE 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 com 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:

T.T.P. 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 MAR 2018

Dr. Wald-Quirino Soares Ferreira  
Bioquímico - Membro da Sociedade Brasileira de Microbiologia  
SBM: 2305 - CRF-PB: 1854

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



GOVERNO  
DA PARAIBA

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
Médico:	DIEGO S.SANTIAGO	Cod. Pac.:	7927	Protocolo:	43080		
Laboratório:	INTERNO			07/02/2018	18:53:19		
Enfermaria:	VERDE	Leito:	01				

BIOQUIMICA I

GLICOSE

109,0 mg/dL

Material: PLASMA

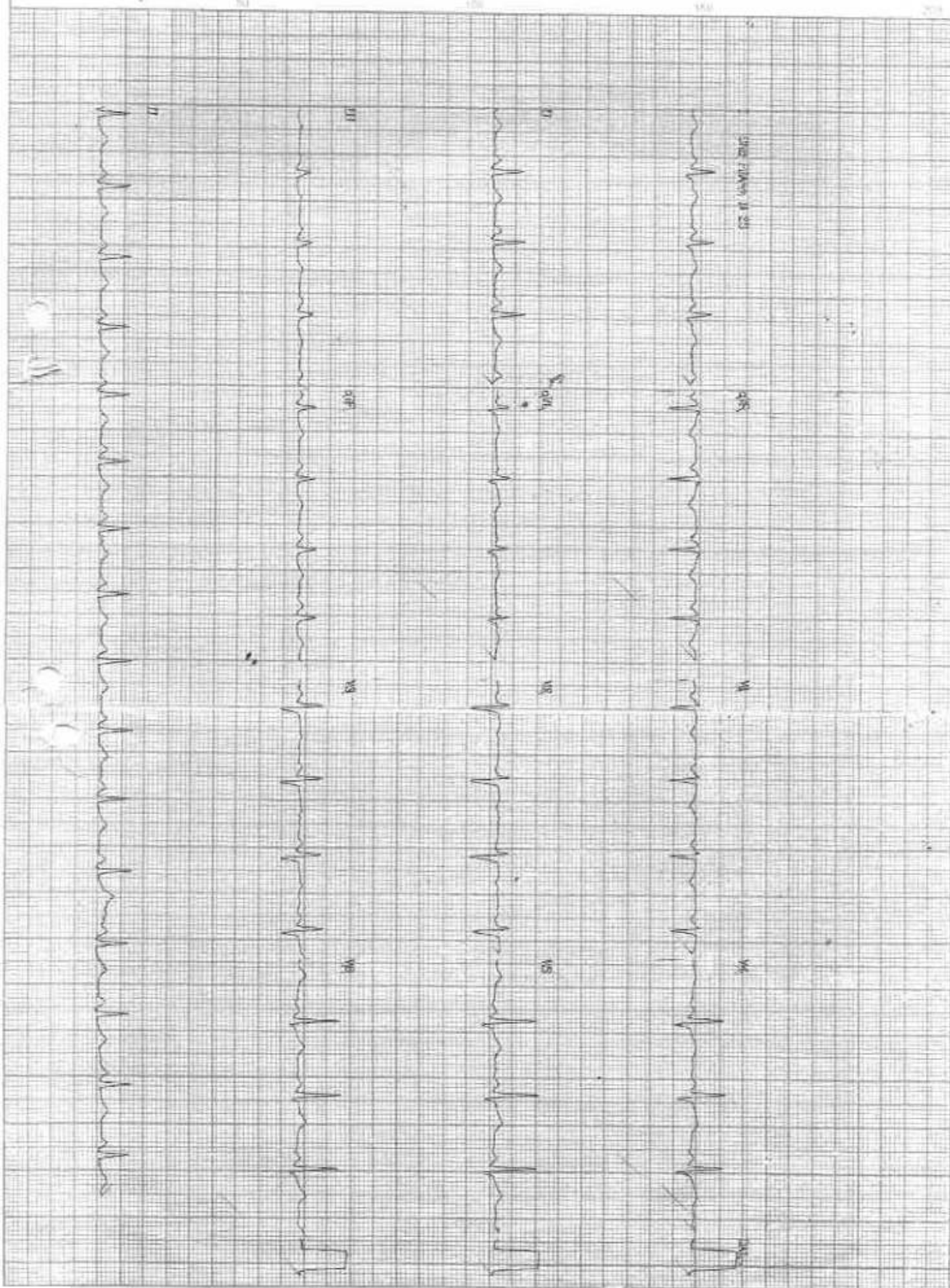
Referencia: -

Método: ENZIMATICO AUTOMATIZADO

28 MAIO 2018

*Suelio*  
Enfermeiro(a)  
CRP-PA 000.000.000





28 MAIO 2018





GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL "DEB. JANDURY CARNEIRO"



2.º MDS BATERIA

Mendi SAICHARI RODRI-  
GUES DE OLIVEIRA que se  
certificou de morte  
no dia 27.02.18  
YUSMIL FRAZAO  
FÉLIX DA SILVA  
MORTA A PRIMA  
QUINTA A 2  
L. B. DA SILVA  
F. R.

27.02.18  
Stenio G. M. M.  
C. M. M.  
M. M. M.  
M. M. M.

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (33) 3423-2741 - Patos - PB.

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018





28 MAIO 2018





28 MAIO 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: **ARLINDO JOSE GOMES**

CPF: **000.117.004-66** Data de Nascimento: **03/11/1967**

Endereço: **AV. ARLINDO JOSE GOMES, 100 - JARDIM DO SOCORRO, PONTA GROSSA - PR**

Valor: **2482178195** Data de Emissão: **30/10/2018** Data de Validade: **26/11/2029**

971913480

28 MAIO 2018

28 MAIO 2018





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013221853415  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 PRT 20170400016252-1

1 009B897537-8 00/00000000 2017

SAIONARA RODRIGUES DE OLIVEIRA

08698000436 MON1485/PB

NOVO PB 9C6KE12209001775

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

YAMAHA/FACTOR YBR125 K 2008 2009

2ª P7124 /C1 PARTIO VERMELHA

COTA ÚNICA 00/0070000 1ª 2ª 3ª

1 009B897537-8 00/0070000 1ª 2ª 3ª

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
 NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SAO JOSE DE ESPINHARAS-P

17221 27/08/2017 35688

**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 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 22/08/2017

1ª 08698000436 CNPJ MON1485/PB

009B8975378 YAMAHA/FACTOR YBR125 K

2008 CAT 9 9C6KE12209001775

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 12/07/2017

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

**SEGURO LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 08.348.008/0001-04  
 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:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Saionara Rodrigues de Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira  
Profissão: Agricultora  
Identidade: 3.331.220 CPF: 036.930.004-36  
Endereço: R. Ritor Eduardo Mundy 226, S. Antonio Ritor - PB

### OUTORGADO:

Nome: Yuse Pereira Gomes  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Advogado  
Identidade: 3.260.218 SSP/PB CPF: 086.417.024-66  
Endereço: R. Ritor Eduardo Mundy 226, S. Antonio Ritor - 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

Saionara Rodrigues de Oliveira

Ritor PB 24 de Junho de 2018

Local e data

ALDO  
XAVIER

Saionara Rodrigues de Oliveira

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



DOCUMENTO ORIGINAL  
28 MAIO 2018





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª 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.joaobarbosaadvass.com.br



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

