



Número: **0800073-13.2019.8.15.0831**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO (AUTOR)		POLLYANNO HENRIQUE PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36119776	30/10/2020 15:20	Petição	Petição
36119777	30/10/2020 15:20	2639100_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36119783	30/10/2020 15:20	2639100_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**

Vítima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Data do Acidente: **30/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01953/01954 - carta_03 - INVALIDEZ



00050977

Carta nº 13280701



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**

Vítima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Data do Acidente: **30/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180388398**.

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 13281034

Pag. 00983/00984 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**

Vítima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Data do Acidente: **30/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01853/01854 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13342431



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Nº Sinistro: **3180388398**

Vítima: **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**

Data do Acidente: **30/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180388398**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00109/00110 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13448720



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

063 236 454 - 83

Nome completo da vítima

Rosângela Henrique de Macedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rosângela Henrique de Macedo	CPF titular da conta 063 236 454 83	Profissão Recuse
Endereço Rua Luiz Bonifácio	Número 228	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Cacimba de Dentro	Estado PB
Email	CEP 58230-000	Telefone (DDD) (81) 98769-6065

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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V
 (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.

Local e Data

Rosângela Henrique de Macedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 com 16 ou 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
	063 236 454 - 83	Rosângela Henriques de Macedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL					
Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Rosângela Henriques de Macedo		06323645483		Recuso	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Luiz Bonifácio		228		Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Centro	Cacimba de Dentro	PB	58230-000	(83) 9 8764 6065	
Email					
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"/> 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"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 15.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 20.001,00 ATÉ R\$ 25.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 25.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 30.001,00 ATÉ R\$ 35.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 35.001,00 ATÉ R\$ 40.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 40.001,00 ATÉ R\$ 45.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 45.001,00 ATÉ R\$ 50.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 50.001,00 ATÉ R\$ 55.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 55.001,00 ATÉ R\$ 60.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 60.001,00 ATÉ R\$ 65.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 65.001,00 ATÉ R\$ 70.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 70.001,00 ATÉ R\$ 75.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 75.001,00 ATÉ R\$ 80.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 80.001,00 ATÉ R\$ 85.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 85.001,00 ATÉ R\$ 90.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 90.001,00 ATÉ R\$ 95.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 95.001,00 ATÉ R\$ 100.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 100.001,00 ATÉ R\$ 105.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 105.001,00 ATÉ R\$ 110.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 110.001,00 ATÉ R\$ 115.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 115.001,00 ATÉ R\$ 120.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 120.001,00 ATÉ R\$ 125.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 125.001,00 ATÉ R\$ 130.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 130.001,00 ATÉ R\$ 135.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 135.001,00 ATÉ R\$ 140.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 140.001,00 ATÉ R\$ 145.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 145.001,00 ATÉ R\$ 150.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 150.001,00 ATÉ R\$ 155.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 155.001,00 ATÉ R\$ 160.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 160.001,00 ATÉ R\$ 165.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 165.001,00 ATÉ R\$ 170.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 170.001,00 ATÉ R\$ 175.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 175.001,00 ATÉ R\$ 180.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 180.001,00 ATÉ R\$ 185.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 185.001,00 ATÉ R\$ 190.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 190.001,00 ATÉ R\$ 195.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 195.001,00 ATÉ R\$ 200.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 200.001,00 ATÉ R\$ 205.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 205.001,00 ATÉ R\$ 210.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 210.001,00 ATÉ R\$ 215.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 215.001,00 ATÉ R\$ 220.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 220.001,00 ATÉ R\$ 225.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 225.001,00 ATÉ R\$ 230.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 230.001,00 ATÉ R\$ 235.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 235.001,00 ATÉ R\$ 240.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 240.001,00 ATÉ R\$ 245.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 245.001,00 ATÉ R\$ 250.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 250.001,00 ATÉ R\$ 255.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 255.001,00 ATÉ R\$ 260.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 260.001,00 ATÉ R\$ 265.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 265.001,00 ATÉ R\$ 270.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 270.001,00 ATÉ R\$ 275.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 275.001,00 ATÉ R\$ 280.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 280.001,00 ATÉ R\$ 285.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 285.001,00 ATÉ R\$ 290.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 290.001,00 ATÉ R\$ 295.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 295.001,00 ATÉ R\$ 300.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 300.001,00 ATÉ R\$ 305.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 305.001,00 ATÉ R\$ 310.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 310.001,00 ATÉ R\$ 315.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 315.001,00 ATÉ R\$ 320.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 320.001,00 ATÉ R\$ 325.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 325.001,00 ATÉ R\$ 330.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 330.001,00 ATÉ R\$ 335.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 335.001,00 ATÉ R\$ 340.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 340.001,00 ATÉ R\$ 345.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 345.001,00 ATÉ R\$ 350.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 350.001,00 ATÉ R\$ 355.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 355.001,00 ATÉ R\$ 360.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 360.001,00 ATÉ R\$ 365.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 365.001,00 ATÉ R\$ 370.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 370.001,00 ATÉ R\$ 375.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 375.001,00 ATÉ R\$ 380.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 380.001,00 ATÉ R\$ 385.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 385.001,00 ATÉ R\$ 390.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 390.001,00 ATÉ R\$ 395.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 395.001,00 ATÉ R\$ 400.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 400.001,00 ATÉ R\$ 405.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 405.001,00 ATÉ R\$ 410.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 410.001,00 ATÉ R\$ 415.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 415.001,00 ATÉ R\$ 420.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 420.001,00 ATÉ R\$ 425.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 425.001,00 ATÉ R\$ 430.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 430.001,00 ATÉ R\$ 435.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 435.001,00 ATÉ R\$ 440.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 440.001,00 ATÉ R\$ 445.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 445.001,00 ATÉ R\$ 450.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 450.001,00 ATÉ R\$ 455.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 455.001,00 ATÉ R\$ 460.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 460.001,00 ATÉ R\$ 465.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 465.001,00 ATÉ R\$ 470.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 470.001,00 ATÉ R\$ 475.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 475.001,00 ATÉ R\$ 480.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 480.001,00 ATÉ R\$ 485.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 485.001,00 ATÉ R\$ 490.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 490.001,00 ATÉ R\$ 495.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 495.001,00 ATÉ R\$ 500.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 500.001,00 ATÉ R\$ 505.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 505.001,00 ATÉ R\$ 510.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 510.001,00 ATÉ R\$ 515.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 515.001,00 ATÉ R\$ 520.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 520.001,00 ATÉ R\$ 525.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 525.001,00 ATÉ R\$ 530.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 530.001,00 ATÉ R\$ 535.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 535.001,00 ATÉ R\$ 540.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 540.001,00 ATÉ R\$ 545.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 545.001,00 ATÉ R\$ 550.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 550.001,00 ATÉ R\$ 555.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 555.001,00 ATÉ R\$ 560.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 560.001,00 ATÉ R\$ 565.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 565.001,00 ATÉ R\$ 570.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 570.001,00 ATÉ R\$ 575.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 575.001,00 ATÉ R\$ 580.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 580.001,00 ATÉ R\$ 585.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 585.001,00 ATÉ R\$ 590.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 590.001,00 ATÉ R\$ 595.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 595.001,00 ATÉ R\$ 600.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 600.001,00 ATÉ R\$ 605.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 605.001,00 ATÉ R\$ 610.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 610.001,00 ATÉ R\$ 615.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 615.001,00 ATÉ R\$ 620.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 620.001,00 ATÉ R\$ 625.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 625.001,00 ATÉ R\$ 630.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 630.001,00 ATÉ R\$ 635.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 635.001,00 ATÉ R\$ 640.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 640.001,00 ATÉ R\$ 645.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 645.001,00 ATÉ R\$ 650.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 650.001,00 ATÉ R\$ 655.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 655.001,00 ATÉ R\$ 660.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 660.001,00 ATÉ R\$ 665.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 665.001,00 ATÉ R\$ 670.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 670.001,00 ATÉ R\$ 675.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 675.001,00 ATÉ R\$ 680.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 680.001,00 ATÉ R\$ 685.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 685.001,00 ATÉ R\$ 690.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 690.001,00 ATÉ R\$ 695.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 695.001,00 ATÉ R\$ 700.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 700.001,00 ATÉ R\$ 705.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 705.001,00 ATÉ R\$ 710.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 710.001,00 ATÉ R\$ 715.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 715.001,00 ATÉ R\$ 720.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 720.001,00 ATÉ R\$ 725.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 725.001,00 ATÉ R\$ 730.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 730.001,00 ATÉ R\$ 735.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 735.001,00 ATÉ R\$ 740.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 740.001,00 ATÉ R\$ 745.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 745.001,00 ATÉ R\$ 750.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 750.001,00 ATÉ R\$ 755.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 755.001,00 ATÉ R\$ 760.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 760.001,00 ATÉ R\$ 765.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 765.001,00 ATÉ R\$ 770.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 770.001,00 ATÉ R\$ 775.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 775.001,00 ATÉ R\$ 780.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 780.001,00 ATÉ R\$ 785.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 785.001,00 ATÉ R\$ 790.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 790.001,00 ATÉ R\$ 795.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 795.001,00 ATÉ R\$ 800.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 800.001,00 ATÉ R\$ 805.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 805.001,00 ATÉ R\$ 810.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 810.001,00 ATÉ R\$ 815.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 815.001,00 ATÉ R\$ 820.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 820.001,00 ATÉ R\$ 825.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 825.001,00 ATÉ R\$ 830.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 830.001,00 ATÉ R\$ 835.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 835.001,00 ATÉ R\$ 840.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 840.001,00 ATÉ R\$ 845.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 845.001,00 ATÉ R\$ 850.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 850.001,00 ATÉ R\$ 855.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 855.001,00 ATÉ R\$ 860.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 860.001,00 ATÉ R\$ 865.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 865.001,00 ATÉ R\$ 870.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 870.001,00 ATÉ R\$ 875.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 875.001,00 ATÉ R\$ 880.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 880.001,00 ATÉ R\$ 885.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 885.001,00 ATÉ R\$ 890.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 890.001,00 ATÉ R\$ 895.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 895.001,00 ATÉ R\$ 900.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 900.001,00 ATÉ R\$ 905.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 905.001,00 ATÉ R\$ 910.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 910.001,00 ATÉ R\$ 915.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 915.001,00 ATÉ R\$ 920.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 920.001,00 ATÉ R\$ 925.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 925.001,00 ATÉ R\$ 930.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 930.001,00 ATÉ R\$ 935.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 935.001,00 ATÉ R\$ 940.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 940.001,00 ATÉ R\$ 945.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 945.001,00 ATÉ R\$ 950.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 950.001,00 ATÉ R\$ 955.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 955.001,00 ATÉ R\$ 960.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 960.001,00 ATÉ R\$ 965.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 965.001,00 ATÉ R\$ 970.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 970.001,00 ATÉ R\$ 975.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 975.001,00 ATÉ R\$ 980.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 980.001,00 ATÉ R\$ 985.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 985.001,00 ATÉ R\$ 990.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 990.001,00 ATÉ R\$ 995.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 995.001,00 ATÉ R\$ 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.000.001,00 ATÉ R\$ 1.005.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.005.001,00 ATÉ R\$ 1.010.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.010.001,00 ATÉ R\$ 1.015.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.015.001,00 ATÉ R\$ 1.020.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.020.001,00 ATÉ R\$ 1.025.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.025.001,00 ATÉ R\$ 1.030.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.030.001,00 ATÉ R\$ 1.035.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.035.001,00 ATÉ R\$ 1.040.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.040.001,00 ATÉ R\$ 1.045.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.045.001,00 ATÉ R\$ 1.050.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.050.001,00 ATÉ R\$ 1.055.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.055.001,00 ATÉ R\$ 1.060.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.060.001,00 ATÉ R\$ 1.065.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.065.001,00 ATÉ R\$ 1.070.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.070.001,00 ATÉ R\$ 1.075.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.075.001,00 ATÉ R\$ 1.080.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.080.001,00 ATÉ R\$ 1.085.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.085.001,00 ATÉ R\$ 1.090.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.090.001,00 ATÉ R\$ 1.095.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.095.001,00 ATÉ R\$ 1.100.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.100.001,00 ATÉ R\$ 1.105.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.105.001,00 ATÉ R\$ 1.110.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.110.001,00 ATÉ R\$ 1.115.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.115.001,00 ATÉ R\$ 1.120.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.120.001,00 ATÉ R\$ 1.125.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.125.001,00 ATÉ R\$ 1.130.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.130.001,00 ATÉ R\$ 1.135.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.135.001,00 ATÉ R\$ 1.140.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.140.001,00 ATÉ R\$ 1.145.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.145.001,00 ATÉ R\$ 1.150.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.150.001,00 ATÉ R\$ 1.155.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.155.001,00 ATÉ R\$ 1.160.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.160.001,00 ATÉ R\$ 1.165.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.165.001,00 ATÉ R\$ 1.170.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.170.001,00 ATÉ R\$ 1.175.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.175.001,00 ATÉ R\$ 1.180.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.180.001,00 ATÉ R\$ 1.185.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.185.001,00 ATÉ R\$ 1.190.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.190.001,00 ATÉ R\$ 1.195.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.195.001,00 ATÉ R\$ 1.200.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.200.001,00 ATÉ R\$ 1.205.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.205.001,00 ATÉ R\$ 1.210.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.210.001,00 ATÉ R\$ 1.215.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.215.001,00 ATÉ R\$ 1.220.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.220.001,00 ATÉ R\$ 1.225.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.225.001,00 ATÉ R\$ 1.230.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.230.001,00 ATÉ R\$ 1.235.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.235.001,00 ATÉ R\$ 1.240.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.240.001,00 ATÉ R\$ 1.245.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.245.001,00 ATÉ R\$ 1.250.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.250.001,00 ATÉ R\$ 1.255.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.255.001,00 ATÉ R\$ 1.260.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.260.001,00 ATÉ R\$ 1.265.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.265.001,00 ATÉ R\$ 1.270.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.270.001,00 ATÉ R\$ 1.275.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.275.001,00 ATÉ R\$ 1.280.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.280.001,00 ATÉ R\$ 1.285.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.285.001,00 ATÉ R\$ 1.290.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.290.001,00 ATÉ R\$ 1.295.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.295.001,00 ATÉ R\$ 1.300.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.300.001,00 ATÉ R\$ 1.305.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.305.001,00 ATÉ R\$ 1.310.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.310.001,00 ATÉ R\$ 1.315.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.315.001,00 ATÉ R\$ 1.320.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.320.001,00 ATÉ R\$ 1.325.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.325.001,00 ATÉ R\$ 1.330.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.330.001,00 ATÉ R\$ 1.335.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.335.001,00 ATÉ R\$ 1.340.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.340.001,00 ATÉ R\$ 1.345.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.345.001,00 ATÉ R\$ 1.350.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.350.001,00 ATÉ R\$ 1.355.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.355.001,00 ATÉ R\$ 1.360.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.360.001,00 ATÉ R\$ 1.365.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.365.001,00 ATÉ R\$ 1.370.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.370.001,00 ATÉ R\$ 1.375.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.375.001,00 ATÉ R\$ 1.380.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.380.001,00 ATÉ R\$ 1.385.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.385.001,00 ATÉ R\$ 1.390.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.390.001,00 ATÉ R\$ 1.395.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.395.001,00 ATÉ R\$ 1.400.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.400.001,00 ATÉ R\$ 1.405.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.405.001,00 ATÉ R\$ 1.410.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.410.001,00 ATÉ R\$ 1.415.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.415.001,00 ATÉ R\$ 1.420.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.420.001,00 ATÉ R\$ 1.425.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.425.001,00 ATÉ R\$ 1.430.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.430.001,00 ATÉ R\$ 1.435.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.435.001,00 ATÉ R\$ 1.440.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.440.001,00 ATÉ R\$ 1.445.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.445.001,00 ATÉ R\$ 1.450.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.450.001,00 ATÉ R\$ 1.455.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.455.001,00 ATÉ R\$ 1.460.000,00 			

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 com 16 ou 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

063236454-83

Nome completo da vítima

Rosângela Henrique de Macedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rosângela Henrique de Macedo	063236454-83	Dono lar
Endereço	Número	Complemento
Rua Luiz Bonifácio	228	Basa
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Caramba de Dentro	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58230-000	(83) 98691-0886

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"/> RECLUSO 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 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 (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (340)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome: Bradesco NRO: 237		BANCO Nome: Bradesco NRO: 237	
AGÊNCIA NRO: 6787 D/V: 8	AGÊNCIA NRO: 6787 D/V: 8	CONTA NRO: 0010492 D/V: 2	CONTA NRO: 0010492 D/V: 2
(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.

João Pessoa, 03 de outubro de 2018

Local e Data

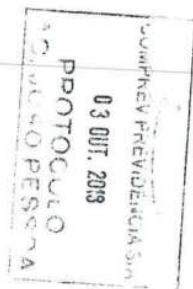
Rosângela Henrique de Macedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





COMPREV PREVIDÊNCIA Sim
03 OUT. 2013
PROCOLO
G. GOAO DESSA

da: struma eb na

Emitido pelo Banco Bradesco S.A, em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA	CONTA
5787 8	0010492 2

THORIZED SIGNATURE

Facil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022
so do Exterior +55 (11) 4002-0022
: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)
ciência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099
idoria: 0800 727-9933
o.bradesco

NO EXTERIOR

ATM
Banco24Horas pulse

Diners Club
DISC

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
3380388398

CPF da Vítima
063.236.754-83

Nome completo da vítima
Rosângela Henrique de Macedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Rosângela Henrique de Macedo		CPF titular da conta	063.236.754-83		Profissão	Receita	
Endereço	Rua Luiz Benício			Número	228	Complemento	Casa	
Bairro	Centro	Cidade	Calimbra de Dentro		Estado	PB		CEP
Email					(83) 98695-0886			

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para depósito em poupança. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (100) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>		CONTA NRO. <input type="text"/>		BANCO Nome <input type="text"/>		NRO. <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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.

João Pessoa 09 de **Novembro** de 2018
Local e Data

Rosângela Henrique de Macedo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO
DA PARAÍBA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
21ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DO MUNICÍPIO DE CACIMBA
DE DENTRO/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



Livro nº. 001/2018

Ocorrência nº124/2018

DESCRIÇÃO:

Aos sete (07) dias do mês de Agosto do ano de **dois mil e Dezoito** (2018), nesta cidade de Cacimba de Dentro/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. JOACIL DE LIMA MOREIRA, Delegado de Polícia Civil, **comigo** escrivão de Polícia Civil, aí pelas 10h e30 min, compareceu o (a) Senhor (a)

Nome: WALISSON HENRIQUE DE MACEDO, Idade: **24 anos**, nascido em **23/07/1994**, Nacionalidade: **brasileira**, Naturalidade: **Rio de Janeiro/RJ**, Estado Civil: **solteiro**, Profissão **servidor publico**, Filiação: **José Diniz de Macedo e Rosângela Henrique de Macedo**, Endereço: **Rua Luiz Bonifácio nº 226 Centro**, Cacimba de Dentro/PB.

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG 4084702 SSP/PB

CPF: 107.396.274.14

HISTORICO

Noticiou: QUE no dia trinta de janeiro de 2018 por volta das 16:30 horas em frente a sua residência no endereço acima mencionado sua genitora ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO portadora da RG nº 1209273 SSP/PB e CPF 063.236.454.83 quando estava passando para outro lado da rua uma motocicleta não identificada atropelou deixando caída no chão não prestando socorro evadindo-se do local imediatamente. Que a genitora do noticiante foi socorrida pelo SAMU para o hospital local da cidade de Cacimba de Dentro/PB, onde foi atendida; Que após o atendimento foi liberada para ir para casa, e que no dia seguinte (31/01/2018) continuou sentindo muitas dores, não suportando mais as dores na coluna, no 1º de fevereiro de 2018 as 09:00 horas retornou ao hospital local onde foi atendida anteriormente, quando foi atendida pelo médico o mesmo encaminhou para o hospital de trauma da cidade de Campina Grande/PB onde foi constatado uma fratura no pé direito e uma fratura na coluna, ficando sete dias internado no hospital de trauma e depois transferida para o hospital Antônio Targino na cidade de Campina Grande/PB, onde passou por cirurgia ficando 5 dias internada. Que apresenta como testemunhas Reginaldo Francelino Bezerra, portador da RG 1248792 SSP/PB, Residente Rua Alfredo Barela sn e Claudio dos Santos portador da RG 2242912 SSP/PB Residente a Rua Capitão Pedro Moreira nº 287 Centro Cacimba de Dentro/PB. Nada mais tendo a consignar, ciente (a) noticiante das implicações penais contida no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não for a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Cacimba de Dentro/PB, 07 de Agosto de 2018

Walisson Henrique de Macedo
Assinatura do (a) noticiante
Evangelista Xavier Duna
Escrivão Ad-Hoc, Matr 1373340/Q



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

Rosângela Henriques de Macedo

CPF da Vítima

063.236.454-83

Data do Acidente

30/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

João Pessoa, 22 de agosto de 2018

Local e Data

Rosângela Henriques de Macedo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA
CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59
ENDEREÇO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA
MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Rosângela Baqueiro Viana SEXO: F IDADE: 54
PROFISSÃO: DOCUMENTO: 1.008.293
ENDEREÇO: R. Luiz Baqueiro
MUNICÍPIO: Cacicmba de Dentro ESTADO: Paraíba UF: PB
CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO: 2103106 CNS 209006847853475
DATA DE NASC.: 06/04/1963 DATA DO ATENDIMENTO: 30/10/18

RAÇA / COR

☐ 1-BRANCA ☐ 2-PRETA ☐ 3-PARDA
☐ 4-AMARELA ☐ 5- INDÍGENA ☐ 99- SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg TEMPERATURA: 36,5°C
Frequência cardíaca: 70 bpm
Frequência respiratória: 18 rpm

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

() 01- ELETIVO. CARÁ
() 02- URGÊNCIA.
() 03- ACIDENTE NO LOC
() 04- ACIDENTE NO TRA
() 05- OUTROS TIPOS DE
() 06- OUTROS TIPOS DE
QUÍMICOS E FÍSICOS

PROC

SUTURA
NYLON
Frenologia em pele

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA
☐ APLICADA

SERVIÇOS RE

1- _____
2- _____
3- _____

Dr. José Wilson de Sousa
MÉDICO
CRM-PB 1895

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANI

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - cai





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA



MATERIAIS - MEDICAMENTOS

1. 11/11/2020
2. Decabre
3. 4

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ISABEL MOREIRA DE SOUZA
CÓDIGO DO CNES: 2613409 CNPJ: 08.929.648/0001-59
ENDEREÇO: RUA SEVERINO CÂMARA DA CUNHA
MUNICÍPIO: CACIMBA DE DENTRO ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Rosângela Bayme Macedo SEXO: F IDADE: 55a
PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____
ENDEREÇO: R. Luiz Bonifás
MUNICÍPIO: Cacimba de Dentro ESTADO: PB UF: _____
CÓDIGO DO IBGE MUNICÍPIO: 2803106 CNS _____
DATA DE NASC.: 26/04/63 DATA DO ATENDIMENTO: 01/02/18

RAÇA / COR

☐ 1-BRANCA ☐ 2-PRETA ☐ 3-PARDA
☐ 4-AMARELA ☐ 5- INDÍGENA ☐ 99- SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PRESSÃO ARTERIAL: _____ TEMPERATURA: _____

Política

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

RESULTADOS:

() 01- ELETIVO. CARA
(X) 02- URGÊNCIA.
() 03- ACIDENTE NO LOC
() 04- ACIDENTE NO TRA
() 05- OUTROS TIPOS DE
() 06- OUTROS TIPOS DE
QUÍMICOS E FÍSIC

PROC

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA
☒ APLICADA

SERVIÇOS RE

1- | | |
2- | | |
3- | | |

ASS. DO(S) PROF

CNS

ASS. DO PACIENTE / ACOMPAN

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - ca



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05787-8

CONTA: 000000010492-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2211201805000000000023705787000000010492168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>

Número do documento: 20103015204647200000034490095



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente

RODRIGUES N K MICO

necessita de 90 dias dias de afastamento de suas

atividades LABORAL

a partir desta data.

CID T09

Campina Grande, 12, 02, 18

Dr. Marcos Wágner de S. Porto

S N
B 12 FEV. 2018 C
N R
CRM-PB 0002/CRM-PB 14507

Ass. Médico - CRM

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



Ficha de Acolhimento

Nome:	Rosângela Henrique de Macêdo		
End:	Luis Bonifácio	226	Bairro: Cui
Data de Nascimento:	26.04.1963	Documento de Identificação:	
Queixa:	Atrapalha	Data do Atend.:	01.02.18
		Hora:	13:20
Documento:			
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

mento

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo () Fúteis
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:	150 x 100	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	<input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ()
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas	<input checked="" type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 4h
() Azul - atendimento ambula

Assinatura e Carimbo



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernal


Paciente:		Prescrição Médica					
01/2/18	DIETA VO <i>Leve</i>					NCR	
	SF 0,9% 1500ML IV 24H						Fr L3
	Dipirona 2ML + AD EV 6/6H <i>SUSP</i>						
	NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N						
	OMEPRAZOL 40mg 1 amp + abd 10 ml IV po dia						Vitamins
	CAPTOPRIL 25MG VO 8/8H 3E PA> 180 x 110						in the
	HGT 8/8H - CORRIGIR PELO PROTOCOLO						See diff
	CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO!						TC cefal
	SSIV						
	CCGG						
	<i>Clonaz 4mg SC 1x/dia</i>						Ref: J. P. M.
	<i>Aspirina 5.000 SC 1x/dia</i>						Agua
	<i>Refusos absolutos no leite</i>						
	<i>Prescrit Ortopedia Fr. Tórax, abd, pelvica, Ext</i>						

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

PA 00 () 06 ()
HOT 00 () 00 ()



[illegible]

 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO	
NOME:		Rosângela Maria da Silva			
IDADE:	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:
DADOS CLÍNICOS: Atendimento por Horta					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: Raio x de tórax AP Raio x de cervical perfil Raio x de pelve AP Raio x de joelhos direito e esquerdo Raio x de coluna lombar					
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		Carimbo e Assinatura	
DATA: 02/02/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:			

MOD. 002



 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO									
NOME:		Romário de Almeida											
IDADE:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		
DADOS CLÍNICOS: Ate fechamento de mão.													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS: USC FAST													
URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>				ROTINA: <input type="checkbox"/>									
DATA: 02/01/18				HORA DA SOLICITAÇÃO:									

MOD. 002



Alergia a...

Paciente:	<i>Toscano, Jurema Bezado.</i>		3-1	
	Prescrição Médica			
04/02/2018	DIETA	<i>livre</i>	NCR	
	SF 0,9% 2000ML IV 24H		<i>12/18/24/06</i>	
	Dipirona 2ML + AD EV 8/8H	<i>(suspenso)</i>	<i>12/18/24/06</i>	<i>clonazepam</i>
	NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H S/N			
	OMEPRAZOL 40mg 1 amp + sld 10 mL IV ao dia.		<i>06</i>	<i>tiropo</i>
	CAPTOPRIL 25MG VO 8/8H SE PA > 180 x 110		<i>18 (323)</i>	<i>06 (393)</i>
	NOT 8/8H - CORRIGIR PELO PROTOCOLO			
	CABECEIRA ELEVADA 30° ATENÇÃO!			
	SSVV			<i>cond...</i>
	CCGG			<i>C</i>
	PRO			
	PROFENID 100MG + SF 100ML IV DE 12/12H		<i>18/06</i>	
	TRAMAL 100MG + SF 100ML IV DE 8/8H SN			
	<i>Tramal 100mg vo 6/6h.</i>		<i>18/18/24/06</i>	
	<i>Gyproy</i>			

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes



NOME:	ROSÂNGELA RENRIQUE DE LACED									
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:		
	M	F	B	P	A					

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx do PÉ DIREITO (AP. OBLÍQUO)

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura Dr. Suelio Moreira Torres Ortopedia e Traumatologia - PP 57
DATA: 01/02/2018	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002



Paciente: ROSÂNGELA HENRIQUE

07.02.18

Prescrição Médica

DIETA P LIVRE

SF0,9% 2000 mL ev 24h,

Dipirona 2ML + AD EV 6/6h

Cetoprofeno 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h,

Nauseadron 8mg + AD EV 8/8h S/N

Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,

Captopril 25 mg VO se pa maior igual a 180 x 110 mmHg,

Tramadol 100mg + SF0,9% 100mL IV 8/8h

SSVV + CCGG¹

Clexane 40mg SC 1x/dia

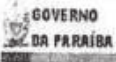
REPOUSO ABSOLUTO

Dr. Amador R. S. Filho
Neurologia/Neurocirurgia
CRM-PO 5273

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes

Obs: Paciente 23 para colarinho



	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
---	---

PACIENTE:	ROSANGELA HENRIQUES DE MACEDO
DATA DO EXAME:	01/02/2018

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

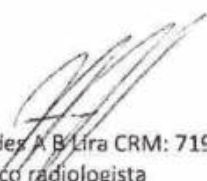
METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-peritoneal, pleural ou pericárdico no presente estudo.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e viscerais ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.


Dr. Arquimedes A. B. Lira CRM: 7197
Médico radiologista



3-1

ROSANGELA HENRIQUE

Dieta LIVRE

SF0,9% 2000 mL ev 24h,

Omeprazol 40mg 1 amp + abd 10 mL IV ao dia,

Clexane (Enoxaparina) 40mg SC 1X/dia

Nauseadron 8mg IV se necessário

Sinais vitais 6/6h,

17/02/2018 15:40
38 *rate* *pequena*
33 *Ab* *quadrado* *24* *amarelo* *quadrado* *30* *quadrado*

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

05/02/2018



04. por este comitê orientada a ser dada
02. Medida de acordo com este regime de custódia
58 de segurança e com a tutela de
a elegia a diplomação, segue o seguinte
dados da segurança; Nup
01/03/18. Por este e voto: a favor
Comitê de Custódia de Segurança
seja o custódia da segurança; segue



01701301R

Paciente vítima de etoplemento
referindo dor lombar e
em ambos os joelhos e pé (P)
FRANKEL E BICATERAL
Nº 108 de 1ª parte de L3 e
de lombo de fêmur (C)
L: 50% de volume
lombar
Qualidade do Neurodin

Dr. André Roberto Araújo de Mesquita
Traumatologia/Ortopedia
CRM-PB 5793

()Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

[illegible]

03-02-18

08h.

- Paciente evolui regular, orientado
suprimeica, foi realizado banho
no leito + curativos na ferida,
monitorar. Reparo. Este mal
evoluindo. gerias. deuse

03-02-18

11h.

Paciente evolui regular, orientado
apresenta Sudorese, paciente segue
mal evoluindo. gerias. deuse

11h
12h
13h
14h
15h
16h
17h
18h
19h
20h
21h
22h
23h
24h



05/02/18
partida avulsa
monetário segue
com a nota com a
cuidados Elym

10/02/18
Lorena

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Antônio José

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 Abr. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



2025-05-01
15:00:00
15:00:00



[Faint, mostly illegible text from a document or table, possibly containing names and dates.]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



1000

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
11 de 2018
PROTOCOLO
ACÇÃO PESSOA









HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 07/02/2018
HORA: 16:37:21

Prontuário
934807



Atendimento
2275388



Reserva/Guia

Data 07/02/2018 Hora 16:34

Paciente
ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO [CPF: 6323645483]

Sexo Est. Civil
F Casado

Dt Nasc.
26/04/1963

Telefone
981119208

R.G.
1209273

Código CNS
709006847853415

Endereço
LUIZ BONIFACIO

Num. Complemento
226

Profissão

Bairro

Cidade
CACIMBA DE DENTRO

UF
PB

CACIMBA DE DENTRO

Nome da Mãe
ESTELINA DE MACEDO PEREIRA

Responsável

Endereço

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Cidade

Bairro

CACIMBA DE DENTRO

CACIMBA DE DENTRO

Médico Atendente

1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]

Médico Acompanhante

1708 LUCIANO FERREIRA HOLANDA [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]

Procedimento

Cid

Sector

3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Origem

Acomodação

POSTO - ENFERMARIA - LEITO:

Data min. para alta - 07/02/2018

Data máx. para alta - 07/02/2018

Atendente - SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? ☒ Sim [] Não Data admissão 07/02/2018

Data alta 12, 02, 18

Internação anterior..? ☐ Sim [] Não Hora admissão :

Hora alta 08 : 00 :

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: ☒ Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []

Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

+ R M

Internação..:

0415030013

Cid

M 51 1

Definitivo..:

Histórico:

ORTOSE PROTESE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Raio X:

☒ Simples

☐ C/Contraste

Uti

Entrada ____/____/____

Saída ____/____/____

Motivo

Caract. Trat.

[] Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] C [] D [] E []

Cd. donz/L

RX REALIZADO

EM 08, 02, 18

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
COLETA: 08, 02, 18
HORA: 07:35
RESPONSÁVEL: Suelio

RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 08, 02, 18

Carimbo e Assinatura do Médico
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR 2018
PROTOCOLADO
AG. JOIÃO PESSOA



ANTONIO TARGINO

NOTA DE SALA

Nº 043158

PACIENTE: ROSANGELA TEIXEIRA DE MACEDO

CONVÊNIO: SUS SUS ☒ PRONTUÁRIO: 934807/225388 DATA: 09.02.78

CIRURGIA: FIXAÇÃO DE COLUNA LOMBAR

CIRURGIÃO: DR. RAFAEL TEIXEIRA

AUXILIAR: DR. MARCOS WAGNER

ANESTESISTA: DR.

CIRCULANTE: VERONIANE SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 09:20 FINAL: 11:30

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	04
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	04
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122769	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4655	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	
5673	DOPAMINA	
32190	EFEDRINA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	40mg 03
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	
69906	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	04
70238	QUELICIM	01
28819	RANITIDINA	
70335	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70971	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8885	DIEMPAZOL 10mg	01
3028	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
125149	DIMORF 10mg	
89655	DORMONID	01
89639	DORMONID COMP.	
46850	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
89620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146832	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	01
126233	CISATRACURIO	01
8091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	01
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2810	LIDOCAINA GELEIA	01
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
1996	NEOCAINA PESADA	
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI C/V	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI S/V	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURÔNIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI PI OBESO BD	
4042	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	04
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	33
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA CREPON Nº	10 02
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	01
	COMPRESSAS	35
142341	COMPRESSAS 25X28	
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	6.4 01
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	03
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	150cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5X7,5	50 UN.
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº	18 01
	LÂMINA BISTURI Nº	15+24 02
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	02
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
69752	MICROPORE LARGO	150cm
	SCALPS Nº	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	04
3669	SERINGA DE 10cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	14 01
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	15 01

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO C/A Nº	
	ALGODÃO S/A Nº	
	CROMADO C/A Nº	
	CROMADO S/A Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	2-0 08
	MONONYLON Nº	
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	400ml
149217	ALCOOL	200ml
304000	CLOREXIDINA	
2631	ÉTER	
3603	PVPI DEGERMANTE	200ml
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	

COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	1-5
	BISTURI ELÉTRICO	1-2
	CAPNOGRAFO	1-2
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	1-2
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	
	NITROGÊNIO	
	OXÍDIO NITROSO	
	OXIGÊNIO	2L MIN 7-2
	OXÍMETRO DE PULSON	1-2
	VÁCUO	1-2

COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
98229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	03
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	03
9148	S. RINGER 500ml	
134489	VOLUMEN 8%	

COD.	OUTROS	QUANT.
	ELABORADO	01

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 S. FISIOLÓGICO 1000ml
 S. FISIOLÓGICO 100ml
 S. FISIOLÓGICO 250ml
 S. FISIOLÓGICO 500ml
 S. GLICOSADO 250ml
 S. GLICOSADO 500ml
 S. RINGER 500ml
 VOLUMEN 8%
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 22.06.2018
 PROTOCOLO
 JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095

Número do documento: 20103015204647200000034490095

NOME: Pontingela Henrique de Macedo APTO: _____
CONVÊNIO: SUS IDADE: _____ SEXO: ☐ M ☒ F
NÚMERO DA CARTEIRA: _____ INÍCIO: 09:20
GUIA DE INTERNAÇÃO: _____ TERMINO: 11:20
SENHA: _____ HORÁRIO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO
DATA DE NASCIMENTO: _____ DATA: 09/04/18

CIRURGIA

☒ ELETIVA ☐ URGÊNCIA
☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA: 09/04/18

Diagnóstico Pré-Operatório: TRM

1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Marcos Wagner + Rafael Holanda

2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

Equipe Anestesiológica

B. Viana

Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados:

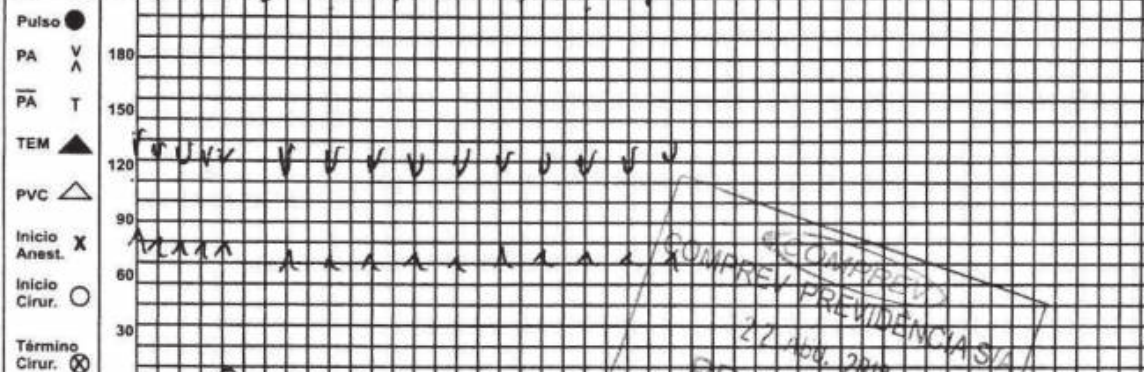
Fixação de Coluna Lombo

Códigos

Horário →

AGENTES	Oxigênio	N ₂ O/AR	SuO ₂
LIQUÍDOS VENOSOS	SOL. FISIOLÓGICA	SOL. DE RINGER	CONC. HEMACIAS
MONITORIA	ECG	SpO ₂	EICO ₂
	RS RS RS RS RS RS RS RS RS RS RS RS	99 99 99 99 99 99 99 99 99 99 99	40 35 33 33 32 33 32 33 32 33 32
	DIURESE		

TORNIQUETE Tempo LOCAL: 09:20 10:20 11:20



RESP. ASS. QONT. R 0

INTERFERÊNCIA: Anestesia Geral balanceada
VMC: Vt=500 Fv=12 Fv=50%

INDUÇÃO: ☐ Inalatória ☐ Venosa
MANUTENÇÃO: ☐ Inalatória ☐ Venosa
INTUBAÇÃO TUBO Nº: ☐ Oral ☐ Nasal ☐ C/Balão ☐ S/Balão
ANESTESIA REGIONAL: ☐ Peridural ☐ Raquianestesia ☐ Epidural Sacra ☐ N. Periférico
ANESTESIA REGIONAL: ☐ P. Braço/Cervical ☐ Braço/Cintura ☐ Interscafénico ☐ Axilar
PUNÇÃO: ☐ Mediana ☐ Pacomediana ☐ Sentada ☐ Deitada

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

☐ Baraka ☐ Bis ☐ Biotec

Adrc 3
Atropi
Bextra
Bupiv
Bupiv
Bupiv
Cipro
Clexan
Decadr
Dipiror
Dipriva
Dipriva
Dobutr
Dormoi
Efedrin
Esmarc
Fentani
Flagyl
Korona
Halotan
Hidrocc
Hypnon
Kefazol
Ketlin C
Ketalar
Lasix
Liquem
Matherg
Morfina
Narcan
Naporin
Nimbium
Niprid
Noradre
Norcuror
Oclitocin
Pavulon
Plasli
Profenid
Prostigm
Quelicin
Rapfen
Ravivan
Sevorane
Sufenta
Tilatil
Tacrimum
Ultiva
Valium
Xylocaina
Xylonalina
Xylocaina
Zofran
Água Dest
Água Dest
S. Fisiológ
S. Glicosac
S. de Ring
C. Hemacia
Plasma
Oxigênio (L
N²O (L/MIN
Ar Medicin
CO₂ (L/MIN
MATERIAL:
Aquecedor
Agulha Peri
Agulha Raq
Agulha Stin
Cal Sodade
Cateter Epic
Cateter Nas
Cateter Veni
Eletrodo EC
Equipo de S
Equipo Perh

CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



Paciente: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
Data do Exame: 01/02/2018
Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Lombar

Técnica:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando os interespaços.....

Indicação:

Análise:

- Fratura cominutiva no corpo vertebral de L3, com extensão para o muro posterior, com sinais de retropulsão, comprimindo a face ventral do saco dural, sem extensão para os neuroforames. Não há sinais de envolvimento dos pedículos por fratura nem dos elementos vertebrais posteriores.
- Não há evidência de herniação discal significativa, seja difusa ou localizada nos interespaços estudados.
- Demais porções do saco dural e tecido adiposo epidural de configuração anatômica.


Dr. Ramonie de Miranda Araujo
Médico Radiologista - Membro Titular do C.B.R.
CRM-PB 8220

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANDRÉ DE TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL=FRATURA DE COLUNA LOMBAR

CONTROLE=FRATURA DE COLUNA LOMBAR COM OSTEOSSINTESE

DATA 07 / 02 / 18

Rosale Andrade dos Santos
CRM 1508
MEDICINISTA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Regiane Henrique de Macedo*

IDADE:

ALA: *Ortopedia*

LEITO: *68-1*

MÉDICO:

DATA: *07 / 02 / 18*

MANHÃ

TARDE

Paciente admitida, oriunda de trauma, (com TMM + fratura fêmur)
locamente orientada em membros, dente espontâneo em pulso
realizado cca de exame, com Rx da perna para se fixar
um enclavado SSW, curativo, luxação, expresse,
aguarda conduta médica. Foi visto e avaliado pelo ortopedista.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

[Assinatura]
COORDENADOR

NOITE

Paciente consciente e orientada,
refere dor intensa na coxa esquerda
e um MTD feito imobilização no membro
e medicado ACP + SSW. Dado
pela do ortopedista p/ tratamento
conservador.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGU. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[Assinatura]
Marta Cristina Silva
Auxiliar de Enfermagem
COREN 604317



NOME: Rosângela Henrique de Fátima

IDADE:

ALIA: Quiriquis

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 08/02/18

MANHÃ

Paciente evolui em repouso vítima de queda de própria altura realizar Rx da coluna, + ECG aguarda procedimento cirúrgico. Segue em hidratação venosa e os cuidados da enfermagem.

[Assinatura]

TARDE

Paciente mantendo o quadro regular, em repouso no leito com (TRM) proveniente de um descolamento, a partir de um teste zero, porém foi suspensa a cirurgia liberada de um consólio, devido a dor, mantendo em gástrica, realizou ecga de esforço, aguil, supineu, normotense, procedimento cirúrgico amanhã, segue med e pm.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

[Assinatura]
Quiriquis

NOITE

Dia 08/02/18:

Paciente evolui acordada, orientada em repouso no leito, aguarda procedimento cirúrgico, provável mente p/ amanhã, evolui em dieta zero após 24 hs, m.e.p. realizado os cuidados e controles de enfermagem. Pac. tem alergia a várias medicações.

Laudiciana Neto Azevedo
PA de Enfermagem
CGRN 244583



NOME: Rosângela

IDADE:

ALA: Emergência

LEITO: 631

MÉDICO: Nuno

DATA: 09/02/18

MANHÃ

Paciente consciente e orientada verbalmente quando colocada em uma sala de emergência, glicemia, supine, no noturno e segue sob cuidados da equipe.

✓

TARDE

Paciente em POS de jejum de celera, consciente e orientada verbalmente no hnt, nítida e orientada SSIV, glicemia normal, supine, em uncoeliv, realizado ecga de emergência, até o momento as alterações do quadro com SVD e drona de sucação, regre and em.

Fabiana Dantas da Silva
Téc. de enfermagem
COREN 56315

NOITE

Paciente consciente, orientada verbalmente no momento, com S.V.D + drona hemorrágica, medicada com Adu + SSIV. Paciente alérgica a várias medicações.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Maria Cristina Silva
Auxiliar de enfermagem
COREN 604317



ROSAÍSSA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: ROSAÍSSA HENRIQUE DE MACIEL

IDADE:

ALIAS: CRISTIANE

LEITO: 08

MÉDICO:

DATA: 10.02.18

MANHÃ

Paciente evolui, mantendo quadro estável, porém com dor e irritação, dor no abdômen, mantendo bem a dieta, diurese presente em SVD, mantendo diurese de SVD. Segue aos cuidados da enfermagem.

Zenaido da Silva
ENFERMEIRO

TARDE

Paciente evolui com quadro estável, em SVD de jejum, dor no abdômen, mantendo bem a dieta, diurese presente em SVD, mantendo diurese de SVD. Segue aos cuidados da enfermagem.

Josiano

NOITE

Paciente evolui, em SVD, dor no abdômen, mantendo bem a dieta, diurese presente em SVD, mantendo diurese de SVD. Segue aos cuidados da enfermagem.

Edite Ramos da Silva
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN-PA 75.177

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

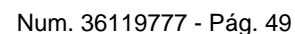
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Médico (DR):

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
22 ABR 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosângela Henrique de Macêdo IDADE: 68
ALIA: Carla LEITO: 081 MÉDICO:

DATA: 11/02/18

MANHÃ

paciente evolui mantendo quadro estável. Afetiva, consciente e orientada, Alérgica a várias medicações e corantes, Refinado de trato e SVD por prescrição médica, Aceitando bem a dieta, Segue as cuidados da enfermagem. Semar.

TARDE

paciente evolui consciente, orientada, verbaliza eufórico, afetuoso, restrito ao leito, mcpm, Simulacres espontâneos, aceita dieta segue as cuidados e sujeições no momento.

Cicera Almeriana S. Araújo
Téc. de enfermagem
COREN-PB 412951

NOITE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

TRM L3

DATA: 07/02/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1) Paracetamol

2) Amoxil 250mg 1x1h

3) Amoxil 250mg 1x1h

4) Amoxil 250mg 1x1h

5) Paracetamol 500mg 1x1h

6) Paracetamol 500mg 1x1h

Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGIÃO
CRM 2948
www.lucianoholanda.med.br

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente em estado de
tranquila respiratória após
análise.
Exame físico normal.
Sinais: TRM

Prof. Dr. Luciano Holanda
NEUROCIRURGIÃO
CRM 2948
www.lucianoholanda.med.br

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 Abr. 2018
PROTOCOLADO
TAG. JOÃO PESSOA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

07/12/2019
Paciente 15:30h
Paciente virou de abrupto para
lado, q TAM. Grosseira - 15:00h
do L. para D e fecho
ca - RX perne 2 RP, P e RX joelho e
A. M. - Ext. Coluna do joelho
Hto. Comprimidos
Ext. Tala compressiva e abertura
Prescrita após 15 dias
Retorno 15 de 3

COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA S/A
22-05-2019
JOÃO PAULO BESSO

Dr. Ronaldo da Silva
CRM-PB 9107
CRM-RN 9107
CRM-PB 9116 - TEOT-16283

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS		HORÁRIO			
8/2	1) 100 mg 1x				
	2) 100 mg 1x				
	3) 100 mg 1x				
	4) 100 mg 1x				
	5) 100 mg 1x				
	6) 100 mg 1x				

Dr. Rafael R. Holgado
NEUROLOGIA - NEUROPSICHIATRIA
CRM-128 12-1

COMPREV
COMPREV
PREVIDENCIA S/A
22 ABR 2018
PROTOS
10

EVOLUÇÃO MÉDICA

8/2. April 1945, 14 days
dura (m. 19-15) then 49
+ glassy, running, ECG
at aneur.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
GUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

~~Dr. Rafael H. Holand
NEUROLOGIA-NEUROLOGIA
CRM 1291~~



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *Isaury de Almeida*

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS		HORÁRIO			
9/2	1) <i>hita 100mg</i>				
	2) <i>fenbafita 100mg</i>	<i>14:30</i>	<i>19:30</i>	<i>3:30</i>	<i>06</i>
	3) <i>clonazepam 1mg</i>	<i>14:30</i>	<i>19:30</i>	<i>3:30</i>	<i>06</i>
	4) <i>ceftriaxona 1g</i>	<i>18</i>	<i>06</i>		
	5) <i>omeprazol 20mg</i>				
	6) <i>lactulose</i>				

EVOLUÇÃO MÉDICA

9/2 *SO* *laurentisidreus*
Rituximab
+ anticópsia de 100mg

22 ABR. 2018

Pacien de V.T.I **PROTOCOLO**
AG. JOÃO PESSOA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. *Roberto*
NEUROLOGIA
CRM: *10000*



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Rosângela moreira
ALA: Quirúrgica LEITO: 68-1 CONVÊNIO: SUS

DIAGNÓSTICO:

DATA: 10.02.18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Dileno Uma
F. de Glosol
Dileno 1031 36/4 5 (Quirúrgica)
Dileno 40 12/p.
Am
Assuma 10/10 8/m 14/200
previd. 10 mais
Am
Amor

Dr. Marcos Wagner de S. D. 11
10 FEV. 2018
CRM-PA 10001-PE 14287

EVOLUÇÃO MÉDICA

meth re/5
Boe meth

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

COMPREV
COMPREV
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Dr. Marcos Wagner de S. D. 11
10 FEV. 2018
CRM-PA 10001-PE 14287



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *ROSÂNGELA MOREIRA*

ALA: *QUIRÚRGICA*

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: *11.02.18*

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

DIETAS *10*
Fisio *06/6*
VITAMINA D3E
ASPIRINA-5
ALBUTEROL *10*
SU2

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
N
S
11 FEV. 2018
C
11
CRM-PB 00011/2018-PE 14557

EVOLUÇÃO MÉDICA

Suelio de Almeida Torres
Dr. Marcos Wágner de S. Porto
11.02.18

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

COMPREV
COMPREV
22 ABR. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO

Dr. Marcos Wágner de S. Porto
N
S
11 FEV. 2018
C
11
CRM-PB 00011/2018-PE 14557



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Rogério

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

*with clonidine
100 mg 2x daily
as needed*

Dr. Marcos Wilson de S. Porto
12 FEV. 2018
14587

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

COMPREV
22 Ago. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Donatela

IDADE:

ALA:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: *11/02/18*

MANHÃ

TARDE

NOITE

*Paciente evoluiu estável
sem alterações a depender
m.e.p.m. segue com cuidados
de enfermagem*

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Henika Simone S. Arruda
Técnica de Enfermagem
COREN 487.425

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rosângela Henrique de Macedo

IDADE:

ALA: Intensiva

LEITO: 681

MÉDICO:

DATA: 12/02/18

MANHÃ

Paciente em repouso, mantendo quadro estável. Afetiva, consciente e orientada, seguindo bem a dieta. Pulso regular, sem febre. Segue aos cuidados da enfermagem. Receberá alta hospitalar amanhã.

TARDE

NOITE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PACIENTE:	Francisco Xavier de Almeida		
Nº DO PRONTUÁRIO:	912/18	Nº DO ATENDIMENTO:	
DATA DA OPERAÇÃO:	9/2/18	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	H. Neves de Aguiar		
1º AUXILIAR:	D. Nunes	AUXILIAR:	A. Teves
3º AUXILIAR:			
INSTRUMENTADOR:			
ANESTESISTA:	A. Almeida	TIPO DE ANESTESIA:	Genl
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	R. de L. de L.		
TIPO DE OPERAÇÃO:	L. de L. de L. 4020103.		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	T. de L. de L. 402250.		
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	T. de L. de L. 402250.		
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:	M. de L. de L. 4022033		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURA-S-DRENAGEM-SUTURA-MAT EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

- 1) L. de L.
- 2) L. de L.
- 3) L. de L.
- 4) L. de L.
- 5) L. de L.
- 6) L. de L.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. Rafael R. Holanda
NEUROLOGIA-NEUROPSQUIQUIA
CRM-PB-1294

PROTOCOLO
22 Abr. 2018
PREVIDENCIA S/A
Pessoa



ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

54 ANOS

0110064516 Dt Coleta: 08/02/2018 - 08:34:15

Dr(a): RAFAEL RODRIGUES HOLANDA/1291

Convenio: SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO

Emissão: 08/02/2018 - 12:36:53 Local: CIRURGICA



HEMOGRAMA COMPLETO



ERITROGRAMA	Valores Encontrados		Valores de Referência	
Hemácias	4,04		milh/mm3	3.90 a 6.70
Hemoglobina	13,0		g/dL	H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	38,0		%	H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	94,1		u3	80.0 - 98.0
H.C.M.	32,2		pg	26.0 - 32.0
C.H.C.M.	34,2		g/dL	32.0 - 36.0
RDW	12,3			11.0 - 14.5
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.			
LEUCOGRAMA				
Leucócitos	11354		/mm3	3800 - 10000
Bastonetes	0	0		0-2 0-500
Segmentados	90	10219		46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	114		1-5 36-500
Basófilos	0	0		0-2 0-100
Linfócitos	7	795		20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0		0-1 0-100
Monócitos	2	227		2-10 72-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.			
PLAQUETAS	417000		/mm3	140.000 - 450.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.			
Método: AUTOMAÇÃO XT1800				
Material: SANGUE TOTAL				

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

Dr. Talita Nunes Cardoso
Dra. Talita Nunes Cardoso
FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
CRF - PB 4096

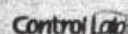


Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br Central de Atendimento: (83) 2102.5577 (83) 2102.5555 (83) 9843.10102

UNIDADE CENTRO Rua Santa Barbara, 1.61	UNIDADE CATOLE Av. Vitorino Coxito, 877	UNIDADE PRATA Rua Rodrigues Alves, 1049	UNIDADE CATINGUEIRA R. Severino Szeleto de Almeida, 12	UNIDADE JOÃO XXIII Rua Nilo Peçanha, 83 - Pr. 1
UNIDADE INTEGRAÇÃO Rua Sebastião Benedito, 25	UNIDADE CRUZEIRO Av. Américo Barroso, 1493	UNIDADE JOSE PINHEIRO Rua Camões Sales, 481	UNIDADE QUEIMADAS Rua Manoel Martins Silva, 77	UNIDADE ANTONIO TARGINO R. Domíngos Loureiro, 349 - Centro, João Pessoa

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratório Médicos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:20:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015204647200000034490095>
Número do documento: 20103015204647200000034490095

TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Antônio Targino.

Nome do Paciente: _____ RG: _____

Nome do Médico: _____ CRM: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi do meu médico todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais.
4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: Elizângela B. de Macedo Nascimento

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

Campina Grande, 07 de Janeiro de 2018

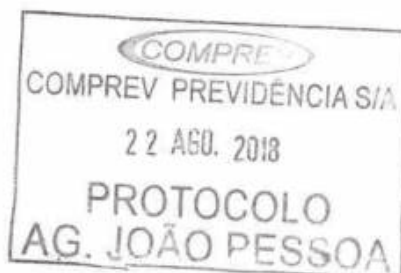
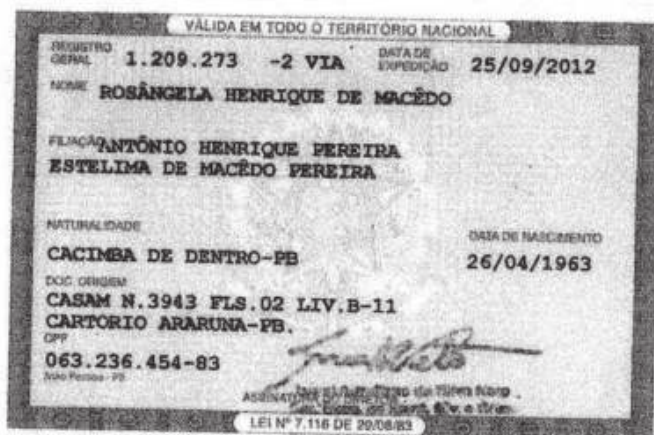
CUJAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

Código de Ética Médica - Art. 22º. É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.
Art. 34º. É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
22 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388398 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 3º VÉRTEBRA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA LOMBAR.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF: 063.236.454-83

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
CPF: 063.236.454-83

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF: 063.236.454-83

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
CPF: 063.236.454-83

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0306881/18

Número do Sinistro: 3180388398

Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF: 063.236.454-83

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/01/2018

Titular do CPF: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO : 063.236.454-83

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/09/2018
Nome: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO
CPF: 063.236.454-83

ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180388398 **Cidade:** Cacimba de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 3º VÉRTEBRA LOMBAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DA COLUNA LOMBAR.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:





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

Processo: 08000731320198150831

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 **ROSANGELA HENRIQUE DE MACEDO**, 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 indenitória na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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,

ARARUNA, 28 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

