



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ESPERANÇA
RUA ISAIAS NOGUEIRA DOS SANTOS, 396 - CENTRO - ESPERANÇA - 58135-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000153/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000153/18 registrada em 06/06/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de ESPERANÇA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ESPERANÇA, quando encontrava-se presente o Bel. KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:26 horas, compareceu o Sr. RODRIGUES OLIVEIRA, com 32 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e VANDA LÚCIA OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ESPERANÇA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Completo, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3136083, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07649124452, residindo à rua MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, S/N, (PRÓXIMO AO POSTO JB), bairro PADRE CÍCERO, na cidade de ESPERANÇA - PB, celular 9 9870-0932.

Declarou que:

QUE NO DIA 23/03/2018, POR VOLTA DAS 14:40 HORAS, CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OFC 5455/PB, COR CINZA, ANO: 2012/2012, CHASSI Nº 9C2KC1670CR541270, REGISTRADA EM NOME DE LEANDRO VICENTE ROGACIANO, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, NESTE MUNICÍPIO, PERTO DA GRANJA, O PNEU DIANTEIRO FUROU, ONDE O NOTICIANTE PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO; QUE DEVIDO OS FERIMENTOS FOI ENCAMINHADO POR POPULARES AO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO, SENDO LEVADO PARA O TRAUMA CONSTATANDO-SE FRATURA NO QUARTO DEDO DO PÉ ESQUERDO; QUE FICOU INTERNADO POR CINCO DIAS; QUE CITA COMO TESTEMUNHAS DO OCORRIDO AS PESSOAS DE: VITAL DO NASCIMENTO E IRACI JUSTINO DOS SANTOS; QUE VITAL ESTAVA COMO PASSAGEIRO E TAMBÉM SOFREU LESÕES. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

ESPERANÇA, Quarta-feira, 6 de Junho de 2018

RODRIGUES OLIVEIRA

Declarante

SAULO RAMOS SILVA

Escrivão

CARTÓRIO UNICO DE REGISTRO ESTADO DA PARAÍBA AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original. dou fé F.m Teste. III
de verdade.

Remisio 07.06.2018

Maria do Socorro Barbosa Fernandes
ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AG048289-K105
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SELO DIGITAL: AG048289-K105
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[/Pages /Acessibilidade.aspx](#)
[/Pages /Atalhos](#)
[/Pages /Acessibilidade.aspx](#)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, adm parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180323500 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RODRIGUES OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A 6524

BENEFICIÁRIO RODRIGUES OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 07649124452

Posição em 02-01-2019 11:15:54

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação aprese favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Boleim de ocorrência	Vitima	Não Conforme	
Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	RODRIGUES OLIVEIRA

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages /Salba-como-pagar.aspx\)](#)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
20/07/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1UybtW0tG9K07bFc/SIQ4oqfMMoo7h5zZ7y4U+qDagDQJ0P+VgHDFND4VpW2oKU9vawwY1bzpqj/+85YJPqT/51zBkLrTTsuw21VQxZZULoAb8+SQ1556HBy9l4qRdQcVTrVnOI7EsxBNLhV7api_key=WCDI
20/07/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/33Mh4wQrMVoje+VWNAz+SqK9OYxsXhza2x0xgDVhwsglqC7xT8rcCv9fp7RfU+YzJx5vBST7VY/IC0bo2ZcVADUc/79USVAh1FK885zh3jgVz9FWSLg1chmSqSURCLDqG4bRDJ5YrVG_KhOLk3CvN3api_key=

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

[App Store](#) (<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvt/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)
[Google Play](#) (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvt.plataformadigital>)

Serviços	Dúvidas e Respostas	Atendimento
Acompanhe seu processo de indenização (/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)	A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages /Quem-Somos.aspx)	Chat - Atendimento On-line (/Contato /Chat-e-Atendimento-On-Line)
Consulte o andamento do seu pedido de indenização (/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)	Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)	Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato /Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)	Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)	Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)	Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)	Ouvidoria (/Contato /Ouvidoria)
Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)	Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)	Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
	Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes/download)	Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
		Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes/download)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

02/01/2019 10:16



Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 17/01/2019 14:37:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011714280185200000018187340

Número do documento: 19011714280185200000018187340

Num. 18689972 - Pág. 1

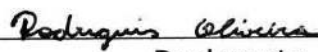
DECLARAÇÃO DE POBREZA

DECLARANTE: RODRIGUES OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade RG nº 313.683 SSP-PB e do CPF nº 076.491.244-52, residente e domiciliado na Rua Maria Enedina da Conceição, nº sn, Padre Cicero, Cep: 58398-000, Remígio/PB, fone (83) 9 98700932.

DECLARO com base no Artigo 98 do Novo CPC, que: "sou pobre perante a Lei, e não dispondo de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família."

DECLARO, ainda, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeita caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Remígio, 02 de Janeiro de 2019.


Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
LEANDRO VICENTE ROGACIANO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3795203 SSOS PB

CPF
114.695.764-57 DATA NASCIMENTO
17/05/1994

FILIAÇÃO
SEVERINO FELIX
ROGACIANO
MARIA ELZA VICENTE
ROGACIANO

PERMISSAO ACC CATIAE
AB

Nº REGISTRO 05461631204 VALIDADE 20/02/2020 1ª HABILITACAO 15/09/2015

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 28/11/2016

Assinatura do Emissor 18525656238 PB033641846

DETRAN-PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1405209392

PROIBIDO PLASTIFICAR
1405209392

ARTÓRIO ÚNICO DE REMÍCIO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original. dou fé F.m Testº. M
e verdade.

Remigio 07/06/2018

Maria do Socorro Barbosa Fernandes
ESCREVENTE

"SELO DIGITAL: AG048286-4102"
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



"SELO DIGITAL: AG048287
Consulte a autenticidade em <https://selo>

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PB Nº 013027591800 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO VIA 1 COD. RENAVAM 0049205716-8 PLACA OFG5455/PB EXERCICIO 2017		PB Nº 013027591800 BILHETE DE SEGURO DPVAT LEANDRO VICENTE ROGACIANO	
NOME LEANDRO VICENTE ROGACIANO CPF / CNPJ 11469576457		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA 11469576457 Seguradora Líder - DPVAT 013027591800 SAC DPVAT 0800 022 1204	
PLACA ANT. / UR NOVO PB		CHASSI 22KC1670CR541270	
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NOVA		COMBUSTIVEL ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI		ANO FAB. / ANO MOD. 2012 / 2012	
CAP. / POT. / CL. 2 P/149 /CI		CATEGORIA PARTIC	
COTA ÚNICA 00/00/0000		VENC. / COTAS 1º	
FAIXA IRVA *****		PARCELAMENTO / COTAS 0	
PREMIO TARIFARIO (R\$) *****		PREMIO TOTAL (R\$) *****	
DATA DE PAGAMENTO 19/07/2017		DATA DE PAGAMENTO 19/07/2017	
SEM RESERVA DE DOMINIO DOCUMENTO DE PORTO OBRIGATORIO ANO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0		SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.245.685/0001-04	
REMIGIO-PB		15520-0929293-20170720	



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

PROTEGE
RODRIGUES OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
3136083 SSP PB

CPF
076.491.244-52

DATA NASCIMENTO
25/03/1986

FILIAÇÃO
VANDA LUCIA OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CATALUA
A/B

Nº REGISTRO
05846570045

VALIDADE
30/01/2023

1ª VASIBILIZAÇÃO
06/08/2013

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
01/02/2018

Assinatura do Emissor

75660750201
PB036151335

PARAÍBA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1549027893

PROIBIDO PLASTIFICAR
1549027893

CARTÓRIO ÚNICO DE REGISTRO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original. dou fé F.m. test. 14
de verdade.

Remigio 07.06.2018

Maria do Socorro Barbosa Fernandes
ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AG048285-0XCU
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



00032916



PC -00

RODRIGUES OLIVIERA
MARIA ENERDINA DA CONCEICAO 22
PADRE CICERO
58398-000 REMIGIO - PB

Postagem: 18/05/2018

Vencimento: 27/05/2018

Emissão: 17/05/2018

Fechamento próxima fatura: 22/06/2018

180518

Itaú



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.002,60
④ Pagamentos efetuados	- 1.002,60
⑤ Saldo financiado	0,00
+ Lançamentos atuais	321,46
● Total desta fatura	321,46

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **RODRIGUES OLIVIERA**
Cartão **5283.XXXX.XXXX.9112**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

27/05/2018

A) pagamento total R\$

321,46

B) pagamento para rotativo (a partir de) R\$

48,21

C) parcelas fixas R\$

29,11
+23x 29,11

D) pagamento mínimo para R\$ financiamento

Não Disponível

Nova opção de pagamento
D) Pagamento mínimo para financiamento: quando disponível, o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.890,00
Limite utilizado no mês	321,46
Retirada de recursos País(saque)	90,00
Retirada de recursos Exterior(saque)	315,00

Consulte outras opções

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
27/04 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 800,00
27/04 PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 202,60
● Total dos pagamentos	- 1.002,60

Lançamentos: compras e saques

RODRIGUES OLIVIERA (final 9112)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
16/05	RECARGATIM	20,00
	RIO DE JANEIR	

Lançamentos no cartão (final 9112) 20,00

RODRIGUES OLIVIERA (final 8207)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
13/05	EDUARDO CALCADOS	31,68
13/05	EDUARDO CALCADOS	19,95

Continuar...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Nome do Pagador/CPF/CNPJ

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ

Endereço do Beneficiário

34191.75421 57149.452047 00173.090002 4 000

00142571494/0043605

RODRIGUES OLIVIERA - 076.491.244-52

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número

Valor do documento

Vencimento

recibo do pagador

175/42571494-5

R\$ 321,46

27/05/2018

Autenticação Mecânica

ARTÓRIO ÚNICO DE REMIO:
ESTADO DA PARAIBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original. dou fé F.m Test. M
e verdade.

Remigio 07.1.06.1.2018

Maria do Socorro Barbosa Fernandes

ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AG048288-00A0
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





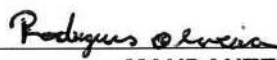
INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO JUDICIAL

MANDANTE: **RODRIGUES OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade RG nº 313.683 SSP-PB e do CPF nº 076.491.244-52, residente e domiciliado na Rua Maria Enedina da Conceição, nº sn, Padre Cicero, Cep: 58398-000, Remígio/PB, fone (83) 9 98700932.

MANDATÁRIO: **MOIZANIEL VITÓRIO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção da Paraíba, sob o nº 11.435 e **EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção da Paraíba, sob o nº 17.980, **RONALDO GONÇALVES DANIEL**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção da Paraíba, sob o nº 22.856 e **TATIANE DE ARAÚJO SILVA LIMA**, brasileira, casada, advogada, inscrita regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção da Paraíba, sob o nº 26.259 com escritório profissional na Rua Bento Vitorio, nº 123, Centro, Remígio/PB, CEP: 58398-000, onde receberá as comunicações dos atos processuais.

OUTORGA: Poderes para o **FORO** em geral, aqueles especificados no art.105 do Código de Processo Civil, para fé dos seus graus atuar em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito, as competentes ações ou a defende-lo nas adversas, seguindo uma e outras até final decisão, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber, dar quitação, agindo conjuntamente, podendo substabelecerem no presente mandato, com ou sem reservas de poderes.

Remígio, 02 de Janeiro de 2019.


MANDANTE



NELFARMA COMÉRCIO DE PRODUTOS QUÍMICOS LTDA
RUA MANOEL RODRIGUES DE OLIVEIRA, 97
CENTRO ESPERANÇA-PB
CEP: 58.135-970
TELEFONE: (83)3361-2949

CNPJ: 70.097.530/0010-76 IE: 161582524
IM: ISENTO

29/03/2018 16:51:46 NR: 000044344

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

Código	Descrição	Qtde	UN	VLUnit	VLTotal
026573	KURAMED SPRAY 5	2,00	UN	12,17	19,47
092280	MENTOS PURE FRE	1,00	UN	1,59	1,59
Qtde. total de itens					3,00
Valor total R\$					25,93
Desconto R\$					4,87
Valor a Pagar					21,06
FORMA PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$
Dinheiro					21,06
Troco R\$					0,00

Consulta pela chave de acesso em
www.receita.pb.gov.br/nfce
2518 0370 0975 3000 1076 6500 3000 0443 4490 0044 3441

CONSUMIDOR-NÃO IDENTIFICADO
Número: 44344 Série: 3 29/03/2018 16:51:31

Via Consumidor
Protocolo de Autorização:
Data/Hora: 29/03/2018 16:51:31
EMITIDA EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização



Val Aprox R\$: 2,87 Fed. 0,27 Est.
Fonte: IBPT/FECOMERCIO-RJ Xe67eQ

PV0000471737
VOCE ECONOMIZOU R\$ 4,87
Atendido por: SUZANE DOS SANTOS COSTA
Vendedor: 489

Caixa: 006 Loja: 023 29/03/2018 16:51:47

FARMAVIDA

BATISTA E MEDEIROS LTDA CNPJ: 08.522.971/0001-03
UA MANOEL RODRIGUES, 107A - CENTRO - ESPERANÇA -
PB - 58135-000 - FONE: 8333612266

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#[COD][DESC][QTD][UN] VL UN R\$[VLTR R\$]: VL ITEM R\$
31 8716 ATAD. CREPE 10CM X 1,8M C/12

4 UNID X 3 11,96

Desconto: 0,00
Valor Total: 11,96

QTD. TOTAL DE ITENS 001
VALOR TOTAL R\$ 11,90
FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago
Dinheiro 11,90
Troco R\$ 0,10

Numero 000092899 - Série 001

Emissão 03/04/2018 10:58:41 - Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

2518 0408 5229 7100 0103 6500 1000 0928 8910 0164 4736

Protocolo de Autorização: 25180307097530000443449000443441

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: MARIA BETANIA Venda: 164473

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 3,66

Digitarme



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ESPERANÇA.

REQUISIÇÃO DE EXAME S/N - 2018

EXAME REQUISITADO: EXAME DE OFENSA FÍSICA

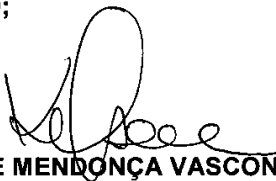
LOCAL: Campina Grande, em 06 de junho de 2018

SENHOR (A) DIRETOR (A):

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que **no prazo legal** (Art. 1600 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o **EXAME DE CORPO DE DELITO**, logo após que seja o LAUDO remetido a DELEGACIA DE ESPERANÇA/PB.

VÍTIMA: **RODRIGUES OLIVEIRA**, do sexo masculino, nascido no dia 25/03/86, ID: 3136083 SSP/PB, AGRICULTOR, filho de VANDA LÚCIA DE OLIVEIRA e de PAI NÃO DECLARADO, , residente na RUA MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, SNº, bairro PADRE CÍCERO, na cidade de ESPERANÇA, PB, FONE: NÃO TEM

HISTÓRICO: QUE NO DIA 23/03/2018, POR VOLTA DAS 14:40 HORAS, CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OFC 5455/PB, COR CINZA, ANO: 2012/2012, CHASSI Nº 9C2KC1670CR541270, REGISTRADA EM NOME DE LEANDRO VICENTE ROGACIANO, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, NESTE MUNICÍPIO, PERTO DA GRANJA, O PNEU DIANTEIRO FUROU, ONDE O NOTICIANTE PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO; QUE DEVIDO OS FERIMENTOS FOI ENCAMINHADO POR POPULARES AO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO, SENDO LEVADO PARA O TRAUMA CONSTATANDO-SE FRATURA NO QUARTO DEDO DO PÉ ESQUERDO;



KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS
DELEGADO PLANTONISTA

AO ILMO. SR.
MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL
CAMPINA GRANDE – PB.



SAME
RODRIGUES OLIVEIRA



23/03/2018

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Eduardo de Lima Nascimento
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Rodrigues Oliveira		
End:	Me Euediso do Rosário SN	Bairro:	Amigão
Data de Nascimento:	23.03.1986	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de	Data do Atend.:	23.03.18 Hora: 18:30 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: (X) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo (X) Fúteis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (X) Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre (X) Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

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

- (X) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



[illegible]

2017-2018 *Journal of the American Statistical Association*

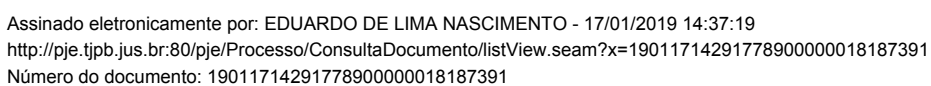
(Cable #) _____

[illegible]

Director of Defense Studies

SECRET

210552





Ao Hosp. de trauma

Encaminho paciente Rodrigues
de Oliveira, com laceração
no pé, após trauma de moto,
com possível rompimento de
estruturas internas.

Solicito avaliação do ortopedista.

Tatiana Carvalho Meneses

MÉDICA

CRM-PB 10163

23103118

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA, / /

Melhore sua letra. Uma má interpretação pode trazer danos ao paciente

CNPJ: 08.993.909/0005-23 - RUA JK, S/N - FONES: (83) 3361-3816 / 3361-3817



[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Rodriguon Oliveira</u>			
IDADE: <u>31</u>	SEXO: <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>/ /</u> às <u>:</u> h	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u></u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☒ NÃO ☐	QUAIS: <u>Dopantam, Midazolam, Clonazepam</u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☒		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐		
	DEÂMBULA ☐ DEÂMBULA C/ APOIO ☒ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	VO ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: <u></u> T: <u></u> FR: <u></u> FC: <u></u> PESO: <u></u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☐ RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u></u>		
☒ RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>AVP 25.03</u>		
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <u></u>		
☐ NÁUSEA	CD/FR: <u></u>		
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA	CD/FR: <u></u>		
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <u></u>		
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
☐ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☐ PARA BANHO	CD/FR: <u></u>		
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <u></u>		
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
☐	CD/FR: <u></u>		
Assinatura do Enfermeiro Responsável: <u>David Nogueira</u>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
COREN: <u>318625</u>		FR: FATOR RELACIONADO	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.	APRAZAMENTO	ASSINATURA	
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.	<u>12 29</u>	<u></u>	
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).	<u>Sempre</u>	<u></u>	
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.	<u>contínuo</u>	<u></u>	
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.	<u>Sempre</u>	<u></u>	

ANO 125



[illegible]

REGISTROS

[illegible]

INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>Rodrigo Colares</u>			
IDADE: <u>22</u>	SEXO: M ☒ F ☐	DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às</u> : <u>h</u>	
SETOR: <u>Amarela</u>		LEITO: <u>9</u>	
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS:	SIM ☐ NÃO ☒	QUAIS:	
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM ☒ NÃO ☐	QUAIS: <u>Aspirina, Flich</u>	
DOENÇA CRÔNICA:	SIM ☒ NÃO ☐	QUAIS: <u>RAAS</u>	
PRESENÇA DE ESCARA:	SIM ☐ NÃO ☒	LOCAL:	
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO ☐ NORMOPOTENSO ☐ HIPERTENSO ☐		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE ☒ INCONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÊNICO ☐ TAQUIPÊNICO ☐ EUPNÉICO ☒ BRADIPNÉICO ☐		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL ☒ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVD ☐		
MOBILIDADE:	DUSÚRIA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)	DEÂMBULA ☒ DEÂMBULA C/ APOIO ☐ ACAMADO ☐ S/ DEFICITE MOTOR ☐		
	TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PAREIA ☐ RESTRITO NO PEITO ☐		
	VO ☒ SNG ☐ SNE ☐		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐		
DADOS VITAIS:	PA: <u>1</u> T: <u>FR:</u> FC: <u>PESO:</u>		
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA		CD/FR: <u>potência</u>	
☐ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD/FR:	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CD/FR: <u>procedimento a ser realizado</u>	
☐ RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD/FR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD/FR:	
☐ RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA		CD/FR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO		CD/FR:	
☐ NÁUSEA		CD/FR:	
☐ DOR AGUDA ☐ DOR CRÔNICA		CD/FR:	
☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD/FR:	
☐ MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD/FR:	
☒ DÉFICIT NO AUTO CUIDADO ☐ ALIMENTAR-SE ☒ PARA BANHO		CD/FR: <u>potência</u>	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD/FR:	
☐ RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
☐		CD/FR:	
<u>Emanuela Natalie S. de França</u>		CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA	
ENFERMEIRA		FR: FATOR RELACIONADO	
COREN-PB: 499954			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>28</u> <u>20</u>	<u>2</u>
☐ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
☐ ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
☐ INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
☐ AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
☐ ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
☐ POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
☐ MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
☒ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>Contínuo</u>	<u>2</u>
☒ ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>Contínuo</u>	<u>2</u>
☒ REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>Contínuo</u>	<u>2</u>

1400 125







GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	IDADE:	PRONTUÁRIO:
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA ▶▶		
ENTRADA	ANTES DA INCISÃO ▶▶▶▶▶▶▶▶▶▶	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA SAÍDA
☒ CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - SÍTIO CIRÚRGICO - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO - CONSENTIMENTO	☐ CIRURGIÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - SÍTIO CIRÚRGICO - PROCEDIMENTO	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS	☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO
☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO	☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO: HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSÍVEIS PERDAS SANGÜÍNEAS?	☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM
☐ O PACIENTE POSSUI:	☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? -	☐ BIÓPCIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE
ALERGIA CONHECIDA? NÃO SIM	☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)	☐ HOUE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO? NÃO SIM E HÁ EQUIPAMENTO DISPONÍVEL	HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?	O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? NÃO SIM E HÁ ACESSO VENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA REPOSIÇÃO	A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? SIM NÃO SE APLICA	
	AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? SIM NÃO SE APLICA	 Assinatura



RECEBUEMOS
18690023
2019/01/17 14:37:19

18690023

18690023

Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 17/01/2019 14:37:19
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011714291778900000018187391
Número do documento: 19011714291778900000018187391





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): RODRIGUES DE OLIVEIRA Protocolo: 0000393727 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 24-03-2018 10:41 Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE COAGULACAO 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 24/03/2018 11:19]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:
De 5 a 11 minutos

TEMPO DE SANGRAMENTO 2'00''

[DATA DA COLETA: 24/03/2018 11:19]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:
De 1 a 3 minutos

Carlos Felipe Souza de Miranda Detúo
Biotécnico
CRB 12.5405

Emissão : 24/03/2018 13:10 - Página 3 de 3





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): RODRIGUES DE OLIVEIRA Protocolo: 0000393727 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA Data: 24-03-2018 10:41 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 31 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 24/03/2018 11:17]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referências
Eritrócitos.....	4.53 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	13,9 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	42 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	93 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

	7.100 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 à 10.000 /mm ³
Leucócitos.....			
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	284	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Segmentados.....	69,0	4.899	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	2,0	142	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos			
Típicos.....	22,0	1.562	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos.....	0	0	
Monócitos.....	3,0	213	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	145.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

Carlos Felipe Souza de Miranda Botelho
Biomédico
CRM 5609

Emissão : 24/03/2018 13:10 - Página 2 de 3







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	RODRIGUES OLIVEIRA															PRONTUÁRIO:	325	
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:								
	M	F	B	P	A													

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de moto

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de pé @ AP e Oblíqua
Tórax - PA
Bacia - AP

Leandro Tiago Santos de Oliveira
Fisioterapeuta
CRM-PB: 7.983

RAIO X
23/03/2018

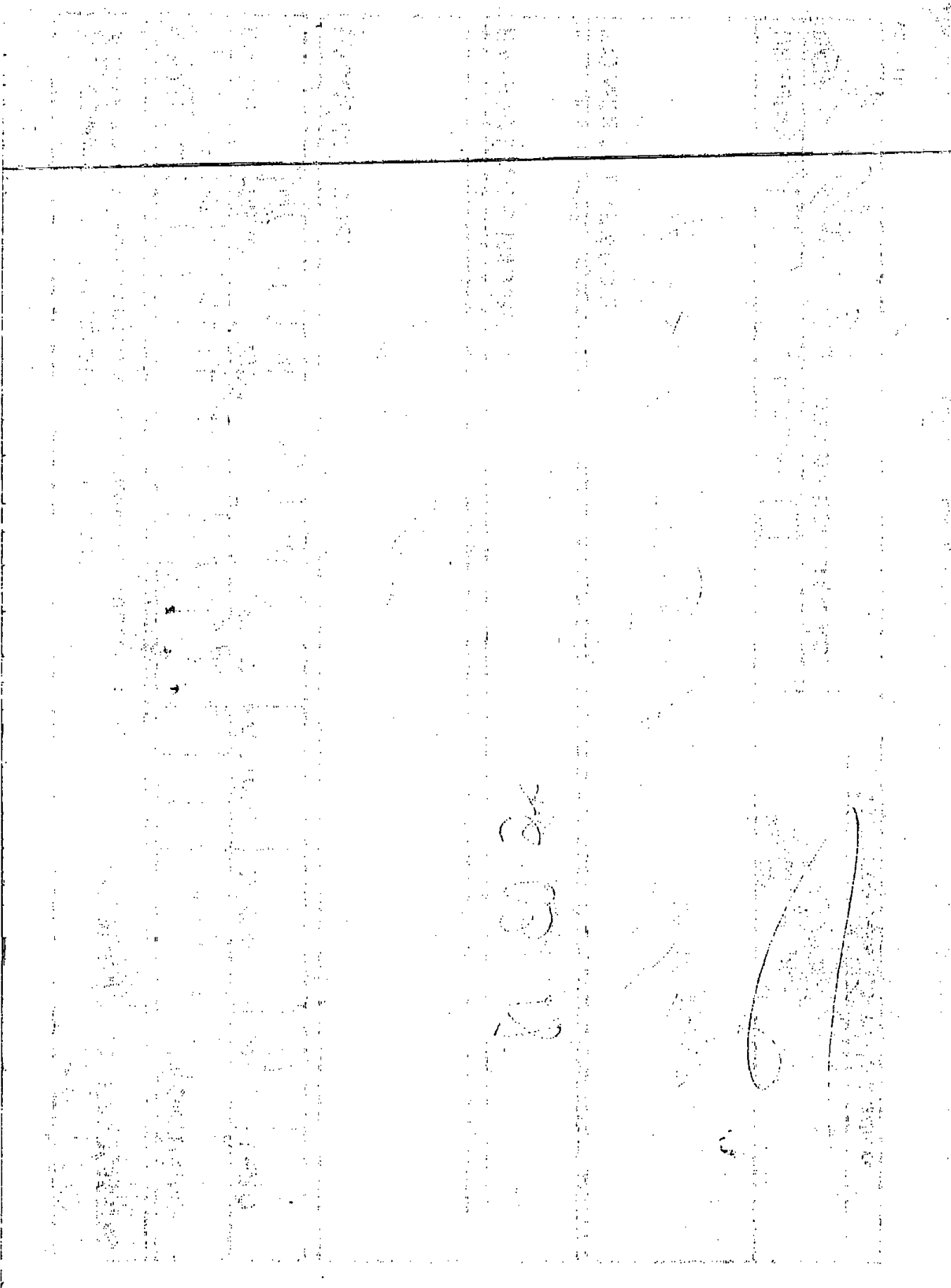
URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	23/03/2018	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Gabriel Ribeiro
Cirurgião do Trauma
CRM-PB: 7.983

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Rodrigo Oliveira										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:		
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐						9			

DADOS CLÍNICOS:

759 - 07

MATERIAL A EXAMINAR:

26.03.18

EXAMES SOLICITADOS:

R-x de PE (E) A7 e Obliga

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	 Dr. Wagner Paicão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 26/03/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

MOD. 002

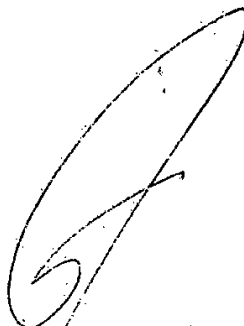


27/01/19

Foro

01/11/19

Edmundo 12/31/19



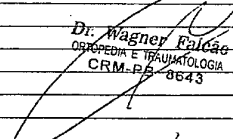
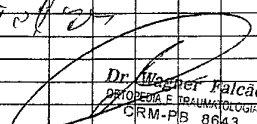
(Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK OK

$$f \times \exp, y = \nabla \nabla (f)$$

Paciente	Edyara Nogueira	Alojamento	2	Leito		Convênio	
----------	-----------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
26/12	1 - Dieta livre	c				
	2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.	12	24			DEG. 2474nd
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	14	22	06		c 27.07.14
	4 - Ilatil 20 mg I. V. 12 / 12 h.	12	24			601. F. 2
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	06				Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643
	6 - C. C. G.	c				
	@fz. Pizotone 106017117h	12	24			
	 Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643					
27/03	A 172 Hospitalar					 Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

MOD. 035



1
6

546

10/10/2019

Ed. Nascimento 10/10/2019

9



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Q.

0/5

At 10:45 PM

Paciente	RODRIGO OLIVEIRA	Alojamento	Leito	Convênio
----------	------------------	------------	-------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
7/7/20	1 - Dieta livre	5ND	
	2 - S R L 500 ml I.V. 12/12 h.	12 00	
	3 - Dipirona 02 ml I. V. 8/8 h (lento).	14 22 06	
	4 - Tilatil 20 mg I.V. 12/12 h.	12 00	
	5 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 x dia.	06	
	6 - C.C.G.		
	Ref. Miza e me 19/8/20 14/11/20	12 00	
	Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643

MOD. 035



[illegible]

Diagnóstico

Le export de 4⁹ PDD(E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
25/03			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/03	① Dietas Lixo ② Jato Salinizado ③ dipirona 0,2 ml + ABD EV 6/6 h ④ ceftriaxona 1g + ABD EV 12/12 h ⑤ gentamicina 240 mg + SF EV 1 x dia. ⑥ mauseidon 1 FL + AD EV 8/8 h 5 N // ⑦ analógico ⑧ OGG + SS VV	07 08 18 24 26 18 06 18 11 07	2º DPO EGA conserto curado mega dor e outras queixas FEN.
	Dr. Antônio Costa Otorrinolaringologista CRM 5592		Dr. Antônio Costa Otorrinolaringologista CRM 5592

MOD. 035



[illegible]

Diagnóstico

E_x res. de 4° PDT (E).

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

CK: 1002 01:

Paciente	Robinson Oliveira	Alojamento	9	Leito		Convênio	
----------	-------------------	------------	---	-------	--	----------	--

Data	Prescrição Médica	SND	Horário	Evolução Médica
24/03/16	① Dieta 3000 calorias, LMS. ② SRT 1500 EV em 24h ③ diphenidram 0,2 ml + AD EV 06/6h ④ clonazepam 1g + 4RD EV 12/12h ⑤ gentamicina 80 mg + SF EV 1x/dia ⑥ Isonial 100 mg + 100 ml SFEV 8/8h/12h ⑦ marmectol FA + AD EV 8/8h SN ⑧ SSVV + CCGC	SND 4 12 12 12 12 12 12 12	24 18 18 18 18 18 18 18	EGB sem queixas unguem 1 febre
	Dr. Breno C. Torres Ortopedia/Cirurgia do Quadril CRM - PB 72327/EBOI 13921	Dr. Schuberl Costa Ortopedia/Cirurgia do Quadril CRM 5843		Dr. Schuberl Costa Ortopedia/Cirurgia do Quadril CRM 5843

MOD. 035



Num. 18690023 - Pág. 31

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Rodrigues Oliveira On 25/03/86</u>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
			<u>31 anos</u>	<u>1621394</u>		
TIPO DE LESÃO: <u>fratura expa do pé esquerdo</u> ANESTESIA: <u>Raque</u>			CIRURGIÃO: <u>Dr. Renan</u> ANESTESIA: <u>Dr. Kaudinhe</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
		<u>23.03.18</u>	<u>23:40</u>	<u>00:40</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	<u>01</u> <u>Eufedrina</u>	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	<u>02</u> <u>Eufedrina</u>	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	<u>02</u> <u>Flanax</u>	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	<u>02</u>	Mononylon <u>2.0</u>	
	Thionemibutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico <u>100ml</u>		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda foiley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<u>05</u> <u>Atredos</u>			
	Agulha p/ raque nº <u>25</u>				
	Álcool de Enfermagem <u>70%</u>				
	Álcool Iodado ml				
	<u>02</u> <u>Ataduras de Crepon 10cm</u>				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
☒ Oxímetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar
☐ Serra	☒ Eletrocautêrio
☐ Desfibrilador	☐ Oxícapnógrafo
☐ Foco Frontal	☐ Cardiomonitor
☒ Fonte de Luz	☒ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

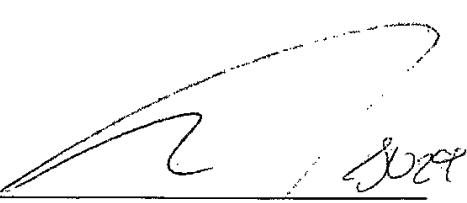


MOQ 006



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10


Assinatura do anestesista



Paciente: <u>Rodrigues Oliveira</u>	Idade: <u>35a.</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data:
Procedimento: <u>1º Cirurg de Frac do Uº PDE" + Sutura e Curativo</u>	
Cirurgião: <u>Drº RENA</u>	Anestesista: <u>Drº Karoline</u>
Início: <u>23:40</u>	Término: <u>00:40</u>
Anestesia: <u>Rapim</u>	

[illegible][illegible][illegible]

MOD. 103





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente Rodrigues Oliveira		Nº Prontuário	
Data da Operação 23/03/78	Enf.		Leito
Operador Dr. Renuá Gomes		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia Raqui	
Diagnóstico Pré-Operatório Fratura Exposta do PE Esquerdo com ferimento contaminado			
Tipo de Operação Limpeza cirúrgica + fixação de Fratura do 4º PDE + sutura e curativo.			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
- Paciente em BDH sob anestesia
- Assepsia + Antineptiza
- Passagem de garoto hemostático
- Fratura exposta do 4º metacarpo Esquerdo e ferimento contuso do 1º Esquerdo.
- Fixação percutânea do 4º metacarpo (C)
- Com fio KC - 9/1 mm
- Compilação Com 15 dias com 15 dias
- Sutura e esparadrapo com 15 dias de ferimento
- Sutura + curativo estéril
- FCK Bate

Dr. José Panna Gomes
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PE 21437
TEST 15262

Mod 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fr. Exposta 42 VIT (E)

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
RODRIGUES OLIVEIRA	3		
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/03	(1) Dieta Zero Ate 22 Orçamento.	09	A Admissão
	(2) SFO. 9%. 2.000 ml EV pl 24h.	12	Tram. em pte. e no q. de m. h. e t. h.
	(3) Ceftriaxona 1g + ABID EV 12/12h.	06	Pro. q. de m. h. e t. h. pte.
	(4) Gentamicina 240 mg + SF EV 12/12h.	06	Leis. exp. h. f. m. g. m. f.
	(5) Dipirona 1g + ABID EV 6/6h.	06	Col. Ao H. de ur. g. m. f.
	(6) SAT 5.000 UI IM	06	
	(7) Tolamyl 100 mg + 100 mg EV 6/6h SIV.		
	(8) Naloxona 1mg + ABID EV 6/6h SIV.		
	(9) Curat.	09	
	(10) SIV + CCG	09	

Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 11.441

Dr. Ywry Paiva
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 11.441



Data da internação: 23/03/2018 Hora: 20:01:51

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE RODRIGUES OLIVEIRA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1621435
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 25/03/1986
9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL VANDA LUCIA OLIVEIRA	11 - TELEFONE DE CONTATO 83 99292701
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) MARIA ENEDINA DA CONCEICAO, 0, CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Remígio	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 251270
15 - UF PB	16 - CEP 58398000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Q. com a nota de internação p/ o</i> <i>10x 1/ 1p 212 pnt (E), 20/03/18.</i>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>10x com a nota de internação p/ o</i>	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>10x com a nota de internação p/ o</i>	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 10x exp. 42 POT (E)	21 - CID 10 PRINCIPAL S925
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento clínico de Fratura de Músculo	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 01020.0594	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 700501777865557
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE YWRV DE PAIVA CAMARA	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/03/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. YWRV DE PAIVA CAMARA CRP 139/2018	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - N° DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 / 1	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



2032

01080000 01080000



Data da internação: 23/03/2018 Hora: 20:01:51

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
RODRIGUES OLIVEIRA		1621435			
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
		25/03/1986		Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO			
VANDA LUCIA OLIVEIRA		83 99292701			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
MARIA ENEDINA DA CONCEICAO, 0, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓDIGO MUNICIPAL		15 - UF	
Remígio		251270		PB	
		16 - CEP		58398000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Queixa de náusea e vômito por 6 dias. Apresenta febre 38,5°C, 02/03/18.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Necessidade de tratamento cirúrgico.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Hemograma + ECG + RX					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
Gr. Bpp. 42 PDT (E)		S925			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tratamento cirúrgico de fratura de ulna				0408050692	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
		02		70050177865557	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
YWRV DE PAIVA CAMARA		23/03/2018		Dr. YWRV de Paiva CRM-PB 10.997	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CHAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RODRIGUES OLIVEIRA
PORTADOR(A) DO RG Nº 313.683 EXPEDIDO POR SEF-PB EM 1/1/18 E
CPF 076491244-52 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RODRIGUES DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 21861-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSA, 25 de JUNHO de 2018
LOCAL E DATA

Rodrigues Oliveira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RODRIGUES OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 313683
ORGÃO EMISSOR: SSB PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1/
Nº CPF: 076.491.244-52 **ENDEREÇO:** RUA MARIA GUERINO
DA CONCEIÇÃO, SN, PADRE CICERO REMÍGIO - PB CEP: 58298-000

OUTORGADO: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 2956251
ORGÃO EMISSOR: SSB PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1/
Nº CPF: 053.038.084-67 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VITORIO
723, CENTRO REMÍGIO - PB CEP: 58398-000

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário _____, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA 25 de JUNHO de 20 18.

Rodrigues Oliveira

Assinatura



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REGISTRO - Autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB

ESCREVENTES:

- ☒ Maria do Socorro Barbosa Figueiredo
☐ Mércia Maria Serafim dos Santos
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de

João P. SSS

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.

Dou fé Remígio, 08/06/2018

"SELO DIGITAL" 99380-617 W ESCREVENTE
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEANDRO VICENTE ROGACIANO,
RG nº 3795203, data de expedição 1/1/,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 114.695.764-57,
com Domicílio na cidade de REMÍGIO, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SISÍNIA VITÓRIO SARAIVA
nº 77, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do acidente ocorrido com a vítima
RODRIGUES OLIVEIRA, cujo o condutor
era O PRÓPRIO RODRIGUES DE OLIVEIRA.

Veículo.....: MOTOCICLETA
Ano.....: 2012
Modelo.....: HONDA CG 150
Placa.....: OPG 5455 PB
Chassi.....: 9C2KC1670CR541270
Data do acidente.: 23/03/2018

Local e data: JOÃO PESSOA 25/06/2018

X Leandro Vicente Rogaciano
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X Rodrigues Oliveira
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RODRIGUES OLIVEIRA,
portador da carteira de identidade nº 313.683 e inscrito no
CPF nº 076.491.244-52, residente e domiciliado na
RUA MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, Nº 22, PADRE CICERO,
CAP: 58398-000, REMIGIO - PB CEP: 58398-000,
Cidade REMIGIO, Estado PB, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a
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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rodrigues Oliveira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 25/06/2018
Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGUES OLIVEIRA

RG nº 313.683, data de expedição / / ,

Órgão SSP-PE, CPF nº 076.491.244-52, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA MARIA ENE DINA DA CONCEIÇÃO
Número	22
Aptº / Complemento	CASA
Bairro	PADRE CICERO
Cidade	REMÍGIO -
Estado	PB
CEP	58398-000
Telefone de contato	(83) 99870-0932
E-mail	EDUARDO@ABPB@HOTMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____, ____/____/____

x Rodriguez Colina

Assinatura do Declarante



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RODRIGUES OLIVEIRA
 DATA DO ACIDENTE 23/03/2018 CPF DA VÍTIMA 076.491.244-52
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA Rodrigues Oliveira



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF/CNPJ 033038084 / 67, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODRIGUES OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.491.244 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RODRIGUES OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.491.244 / 52, 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>RUA BENTO VITORIO</u>		Número <u>723</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>REMÍCIO -</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58398-000</u>
Email <u>EDUARDO OABEB@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 996232960</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 991828541</u>

JOÃO PESSOA, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

Eduardo de Lima Nascimento. 
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800022-66.2019.8.15.0551

DESPACHO

Intime-se a parte autora para juntar aos autos cópia da negativa do requerimento administrativo, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

REMÍGIO, 7 de fevereiro de 2019.

Juiz(a) de Direito



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUÍZ DA ÚNICA VARA CIVEL DA COMARCA DE
REMÍGIO, ESTADO DA PARAÍBA.**

PROCESSO Nº **0800022-66.2019.8.15.0551.**

RODRIGUES OLIVIERA, já devidamente qualificada, nos autos do processo epigrafado, em face de **INSS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**, vêm tempestivamente, por intermédio de seu advogado que está subscreve, com todo o respeito, perante Vossa Excelência, tempestivamente, e em atendimento a despacho de id. 19071480 requerer a juntada da cópia da negativa do requerimento administrativo, requerendo seja dado seguimento ao feito por ser medida de justiça.

Termos em que,

Pede e Espera Deferimento.

Remígio, 19 de fevereiro de 2019.

EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO



OAB-PB Nº 17.980





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180323500

Vítima: RODRIGUES OLIVIERA

Data do Acidente: 23/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RODRIGUES OLIVIERA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01937/01938 - carta_16 - INVALIDEZ

00010969



Carta nº 13817404





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio

0800022-66.2019.8.15.0551

DESPACHO

Defiro a Gratuidade da Justiça (CPC, art. 98, §1º). Anotações de estilo.

Entendo por incabível a designação da audiência de conciliação a que se refere o artigo 334, do CPC, haja vista que, nos casos como o do presente processo, a parte ré se recusa a realizar qualquer tipo de acordo, sem a anterior realização de perícia médica, para avaliar a situação física da parte autora.

Assim, cite-se o réu para, querendo, apresentar resposta à inicial, no prazo de 30 (trinta) dias.

Remígio, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito

