



Número: **0800467-28.2018.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**

Última distribuição : **19/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO (AUTOR)		CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31074 192	28/05/2020 12:48	2721776_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11880426

A/C: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170572343 ASL-0414417/17

Vitima: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO

Data Acidente: 03/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00005/00006 - carta_01



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11883027

A/C: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170572343 ASL-0414417/17
Vítima: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO
Data Acidente: 03/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 25/10/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 03/12/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00009/00010 - carta_03



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO**

Nº Sinistro: **3170572343**
Vitima: **WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO**
Data do Acidente: **03/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170572343**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12723962

Pag. 00005/00006 - carta_16 - INVALIDEZ





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO F

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.

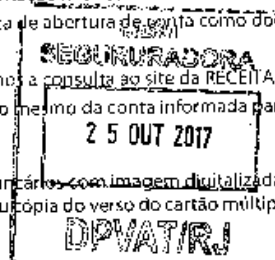
EU, Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério
 PORTADOR(A) DO RG Nº 30.982.571-9 EXPEDIDO POR SECC / RJ EM 15/05/2014
 CPF 033068194-70 / CNPJ 000000000-00/0-00, PROFISSÃO Revisor-Ar
 E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor-Ar NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wanderleia de O. Eleutério 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 aparecerem 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 POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, maliciosa ou em proposta (neste momento) revoga-se a aceitação da 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 POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4838 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000463-3

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 DOJO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017 Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

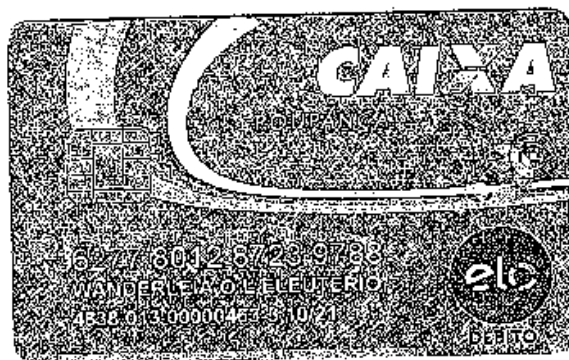
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítima/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:48:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812483062500000029825073>

Número do documento: 20052812483062500000029825073





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº 126/2017

Aos 16 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETES, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) e/ou APC, aí, por volta 11h:09min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO, conhecido por , Identidade nº 309825719 SSP RJ, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: , profissão: , filho(a) de Wanderley Cardoso De Lima E Maria De Lourdes De Oliveira Lima, natural de Paraíba/PB, nascido(a) em 23/08/1987 (anos de idade), do sexo FEMININO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cravassu, nº , bairro: , tendo como ponto de referência: , na cidade de Rio Tinto Pb, fone(s) para contato: .

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CF, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/Informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA;
- 2) DATA DO FATO: 03 de dezembro de 2016;
- 3) HORÁRIO: 20h:0min;
- 4) LOCAL: PISTA RIO TINTO PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE A NOTICIANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO DIA 03/12/2016 POR VOLTA DAS 20:00 NO SÍTIO CRAVASSU NA ZONA RURAL DE RIO TINTO PB; ONDE ESTAVA DE PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA CG125 FAN DE PLACAS MOW6443 PB , CHASSI 902JC4110AR610198 DE COR VERMELHA DIRIGIDA POR SEU VIZINHO; QUE O CONDUTOR SE DESEQUILIBROU DA MOTOCICLETA PERDENDO O CONTROLE DO VEÍCULO LEVANDO A NOTICIANTE AO CHÃO; QUE A NOTICIANTE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE CONFORME LAUDO APRESENTADO

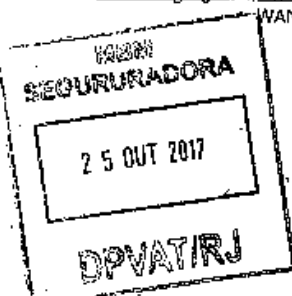
6) OBSERVAÇÕES:

O NOTICIANTE APRESENTOU CARTEIRA DE IDENTIDADE PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

Wanderleia de Oliveira Lima Eleuterio

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO
Comunicante



APC
Matrícula nº

Patricia Reizilda Afilhoque Gomes
Patricia Reizilda Afilhoque Gomes
Agente de Investigação
Polícia Civil
Matrícula 182.027-9



Suelio Moreira Torres
SUELIO MOREIRA TORRES
Substituto

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).
Rio Tinto/PB-05/06/2017
Selo Digital: AFG03677-E80N
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Seguro
DPVAT

O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wanderlândia de O. L. Eleuterio, portador da
carteira de identidade nº 30.982.571-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº
043.068.194-70, residente e domiciliado na
Sítio Casuarina, S/N, Área Rural Cidade
Rio Tinto Estado Paraíba, 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.

Wanderlândia de Oliveira Eleuterio

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Rio Tinto/PB, 26 de Setembro de 2017.

Local e Data





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Wanderleia de Oliveira Lima Eleuterio
DATA DE NASCIMENTO 23/08/87
NOME DA MÃE Maria de Lourdes de Oliveira Lima

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99008
BOLETIM DE ENTRADA N.º 965277
DATA DO ATENDIMENTO 04/12/16
HORA DO ATENDIMENTO 00:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial
CID 10 S82.1

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor e limitação funcional em joelho direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho D.

RESULTADOS DOS EXAMES:


RX: fratura de platô tibial D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial D.

ALTA HOSPITALAR: 16/12/16
DATA DA EMISSÃO: 03/02/17




Dr. Juan-Jaimé Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:48:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812483062500000029825073>
 Número do documento: 20052812483062500000029825073

Num. 31074192 - Pág. 9



NET
O MUNDO É DOS NETS



COMUNICADO IMPORTANTE



CTC RECIFE PE UPA PL9
CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO
R OTACILIO DE ALBUQUERQUE 22
TORRE
58040-720 JOAO PESSOA - PB

07/02/2009 - 10:04 - 3AV - NOKIA 6060



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

²Conselho 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Souza do Espírito Santo portador (a) do

RG nº 2.383.364 expedido por SSP/PB

em 14 / 11 / 2011 CPF/CNPJ nº 009 | 670 | 904 | - | 90 na

qualidade de procurador (a) / intermediário (a) do beneficiário (a) Wander

Leia de Oliveira L. Eleutério do sinistro de DPVAT da natureza

invalidez da vítima Wanderleir O L. Eleutério

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações

solicitadas: Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$: -

Documentos comprobatórios: OAB/PB

Suelio Souza do Espírito Santo
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Wanderléia de O. Gomes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>Ortop</u>	Enf.: <u>14</u> Leito: <u>03</u>
Data de admissão: <u>09/12/16</u>		Alta: <u>16/12/16</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Fract. de fêmur tibial</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>O mesmo</u>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">MEM SEGURADORA 25 OUT 2017 DEMAT/RJ</div>	
Diagnóstico Secundário: <u>—</u>			
Principais exames: <u>Radiografias, TC</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>09/12/16 - Dr. Cortez, ortopedista com placa e parafusos</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente com história de fratura de fêmur tibial, que evoluiu cirurgicamente com placa e parafusos</u>			
Dieta: <u>dieta livre</u>		Orientações Pós Alta	
Repouso:			
Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: _____			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão			
João Pessoa: <u>16</u> de <u>12</u> de <u>16</u>		<div style="text-align: right;"><u>Suelio Moreira Torres</u> CRM <u>10835/MG</u> Médico/CRM</div>	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☐ Não ☐ Sim:

MEDICAMENTOS:

☐ Não ☐ Sim:

IMUNIZAÇÃO:

☐ Não ☐ Sim:

PATOLOGIA:

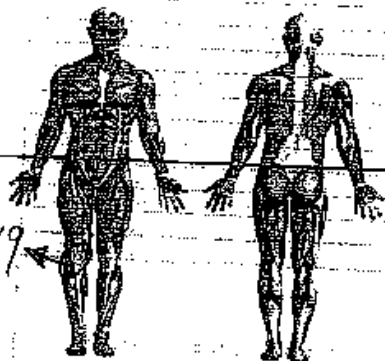
☐ Não ☐ Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

☐ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Nervoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalamento | 26. Mordedura |
| 9. Efusão subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma Branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Contusão | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-Contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-Contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36. |

MBM SEGURADORA

25 OUT-2017

DPVAT/RJ

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Grau de queimadura

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐
- Radiografias
-
- ☐
- Ultrassonografia (FAST)
-
- ☐
- Tomografia computadorizada

- ☐
- Lavado peritoneal
-
- ☐
- Gasometria arterial
-
- ☐
- Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Sola Torçadella

Dra. Tábica Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7296

01-DEZ-2018

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de

Solicito parecer de

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☒ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ Família☐ JML☐ SVODATA
DA
SAÍDA
HORAS:

ASSINATURA/CARIMBO

Assin. Dra. Tábica Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7296

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN.

F(NG).CC.001-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



180885545468
ANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA
DT. NASC.: 23/06/1987
MÃE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA

END.: CRAVA 60
N. 50 - ZONA RURAL
RIO TINTO
POME: ()
CELULAR: (83) 983787775
IDADE: 29
DT. ENTRADA: 04/12/2016 09:27:57

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente
motorciclista na via pública
com lesão e contusão funcional
na cabeça (D)

EXAME PRIMÁRIO

VIAS () Péricas () Obstruídas
ARÉAS () Sim () Não
CERVICAL IMOBILIZADA () Sim () Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

() Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUIDOS

() Sim
() Não
HTD Rancos
Sibilos
Estertores
HTE Rancos
Sibilos
Estertores

FR: imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

() Normal () Pálida () Cianótica
() Pleotérica () Ictérica
() Normal () Quente () Fria
() Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

SOPRO

BE OU B4

FC:

ECG:

() Regular () Irregular () Ausente
() Normotônicas () Hipotônicas
() Hipofonéticas () Ausente
() Presente () Ausente
() Sim () Não

bmp PA: x mmHg T: °C

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas () Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esponânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC 001-1



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Wanderléia de Oliveira Lima Eleutério
DATA DE NASCIMENTO: 23/08/1987
NOME DA MÃE: Maria de Lourdes de Oliveira Lima

DADOS EXTRAÍDOS
BAM Nº: 163.627
DATA DE ENTRADA: 03/12/2016
HORA DO ATENDIMENTO: 21:10hs
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AVALIAÇÃO INICIAL: Paciente com queixa de dor em joelho direito após queda de moto há mais ou menos 01 hora; Não refere outras queixas.

Ao Exame: Estado Geral Bom; Consciente; Orientado; Eupneico em AA; Afebril; Eucárdico e Anictérico; AR: MV presente bilateral SRA; ACV: RCR 2T BCNF SS; Abdômen: NDN.

Foi evidenciado fratura e encaminhado para o Ortopedia (Hospital de referência).

EXAMES REALIZADOS: Exame médico geral / Radiografia de Joelho.

MEDICAÇÕES: Diclofenaco; Dexametasona.

DATA DA EMISSÃO: 07/02/2017



Dra Tatiane Alves
CRM/PE 7261
Diretora Médica
Hospital Geral de Mamanguape
Dra Tatiane Alves

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





1888888840488 DE. 965277
WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA
DT. NASC.: 23/08/1987
MRE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA
END: CRONA

Emergência e Trauma
CRONA



GOVERNO
DA PARAÍBA

123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 965277



Identificação do paciente

ID 1112627	Nome WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA	Sexo Feminino
Data de nascimento 23/08/1987	Idade 29 anos 3 meses 11 dias	Estado civil OUTROS
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA	Religião EVANGELICA	Prontuário
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Pai WANDERLEY CARDOSO DE LIMA	
Responsável (Parentesco) ISABELA DA CONCEICAO HERMINIO - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993797775	DDD Fixo
Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 309825719	Nº Cns 185436242140001
Local de procedência HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSARIO(MAMANGUAPE)	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
E-mail	Naturalidade TACIMA	CSOR

Endereço

CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro GRAVAÇU
		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 04/12/2016 00:23:57	Número da pulseira 1000005840488	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento

URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMB DE RIO TINTO		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

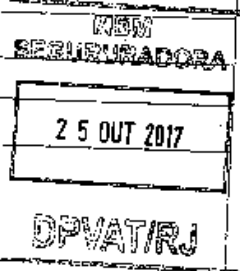
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por NILZA MARINHO DA SILVA	CID
	Tempo 05min 04seg

Imprimir



04/12/2016 00:27





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



18000000000000000000 BE: 965277
MARCELA DE OLIVEIRA LIMA
DT. NASC.: 23/08/1987
MRE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA

END.: CRAVA GU
N. 5N - ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (33) 993707776
IDADE: 29
DT. ENTRADA: 04/12/2016 08:23:57

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA

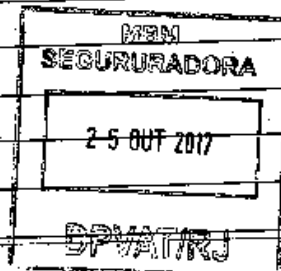
HORA

#ORTOPEDIA#

Paciente admitida de ac. de nota
com fratura de platô tibial da
CD: Traumatismo

Dr. Ricardo Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 7202

0 - DEZ 2016



F(NG).ENF.018-1





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

HEETSIL

Número: 00

Paciente: Wandekia de Oliveira Lima

Procedimento: Trat. cirúrgico de fratura do platô tibial (D)

SUS: () Não SUS ()

Médico: Dr. Kertney

Prontuário: 965277

Data: 14 / 12 / 2016

Reposição:

Data: / /

Caixa Pronta:

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Kompass	Placa 3.5 Placa 3.5 6 Furos	(01)		
	Parafuso Cortical n. 46	(01)		
	Parafuso Cortical n. 46	(01)		
Kompass	Placa 3.5 Placa 3.5 6 Furos	(01)		
	Parafuso Cortical n. 46	(01)		
	Parafuso Cortical n. 46	(01)		
	Fio de Kirschner n. 2.0 (usado como guia)	(01)		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MEDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HERTSUL

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HERTSUL

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Wanderleia de Oliveira Lima

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

23 / 08 / 1987

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

965297

9 - SEXO

Masc. 11

Fem. 13

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

18 - CEP

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Kompaço ex 3.5 - Paroquias cortical n° 46 (1) e n° 48 (1)
Paroquias cortical n° 46 (1)
Kompaço ex 4.5 - Paroquias cortical n° 46 (1)
Acorrela (1)
01 Fio de Kirschner n° 2.0 (usado como guia)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

NETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: 1 - Paciente em Decúbito Dorsal 2 - por Anestesia + Antiespasmódico 3 - Afaseção de cunhas cuneiformes
Incisão: 4 - Incisão Partura-medial 5 - Direção por plano 6 - Amotaxia cutânea
Achados:
Conduta: 7 - Redução da Parta + fixação de fragmentos com placa para costal com Kirsch + colocação de placa Targa de Lame 6 furos + 2 pinos furas costais 8 - Limpeza Alambente com 5% pfo, 97.
Fechamento: 9 - Sutura com Reforço de Placas Praticáveis
Observação: 10 - Curativo estéril. 11 - Rx de controle.

SEGUROSADORA

25 OUT 2017

DEPARTAMENTO

Médico/CRM:

Glauber M. Novais Miranda
CRM - 209220

João Pessoa, 19/12/16

F(NQ).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

02

Nome: Wanderley de Oliveira ^{22ma} BE/Prontuário: 965277
Idade: _____ Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Kátany 1º Assistente: Dr. Roberto Santos
2º Assistente: Dr. Claudio RO 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Abdama
Tipo de Anestesia: Raque Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
• Fratura de Placa Tibial Direta	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Tratamento cirúrgico de fratura de Placa Tibial Direta	

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

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: _____

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

Médico/CRM: _____

Glauber M. Novais Neto
Médico
CRM 9220

João Pessoa, 14/01/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sale Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: **Ulandeiria de Oliveira Lima**
IDADE: **99** SEXO: **F** PRONTUÁRIO: **B-5537** BATERIA: **13** LITRO: **03**

CIRURGIÃO: **Dra. Eunice de Paula do Prado Tiboni D.**
CIRÚRGICO(A): **D. Karmey** ANESTESISTA: **D. Gaudêncio**

ANESTÉSIA: **Raque**
ANESTESISTAS: **D. Michel (D. Sergio UR)**
INSTRUMENTADOR: **Danielle**

DATA: **12.16** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTÉSIA INÍCIO: **15:00** FIM: **17:35** CIRCULANTE: **1676** FIM: **17:35**

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASA V ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	QTD.	MATERIALS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTÂNILA		SPR 300 mg		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		1 SF 0,9% 500ml		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL				KIT EST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETO MIDATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº 30
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETILÉICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15	1	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	1	PVPi DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	L	FIO POLIGLACTINA Nº 1
FLUMAZENIL		PVPi TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº 20
ISOFLURANO		PVPi TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº 8
LEVOPUPVACAÍNA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENCRERTO		FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOPUPVACAÍNA S/VASO				LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR.	15	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/VASO		MATERIAS	QTD.	LUVIA ESTÉRIL Nº7,0	1	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/VASO		AGULHA 13X4,5	L	LUVIA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN		AGULHA 25X07	L	LUVIA ESTÉRIL Nº8,0	1	FIO SEDA Nº
MORFINA	1	AGULHA 25X08	L	LUVIA ESTÉRIL Nº8,5	1	FITA CARDIACA
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	AL	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFORADOR DE SOBO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORPOL		AGULHA RAQUIN Nº25G		SCALEP Nº19		CLIF ITIFÂNIO LIGADURA
RAMIFENTÂNIA		AGULHA RAQUIN Nº26G	1	SCALEP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUIN Nº27G		SERINGA 3ML	1	FIO DE KIRSCHNER Nº 24
SEVOFLURANO		ALGOODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	1	FIO STEINMAN Nº
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPON	15cm	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/OLOSTOMIA		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº12		PROFESA VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDAS ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO
CEFALOZOLINA	15	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDAS FOLEY 2VIAS Nº1		EMPRESA
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDAS FOLEY 2VIAS Nº4		25 OUT 2017
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO		SONDAS NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDAS NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDAS URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNUELENHA		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALLEOLAR
IDROCORTELONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALLEOLAR
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA DE INJEÇÃO
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTITOMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	1			
TENOXCAN		ESPARADRAPO	OK			
Entropofo	1	GAZES	1			
		GAZES ALGODOADAS				
		GEL ELETROLÍTICO				
		JELCO Nº14				
		JELCO Nº16				





Receituário Médico



71 unidades de 0.75mg

Uso sublingual

11 Cápsulas 40 mg

Cápsulas 20 mg

10 dias

10 cápsulas
na sublingual, 3x dia, por

Data:

16, 12/16

Jessyca Emilia F. Gabêlo
CRM 10451/PB

Médico - CRM

P(NG).CC.002-1.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 30.982.571-9 DATA DE EMISSÃO 15/05/2014

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA

ELEUTERIO

WANDERLEY CARDOSO DE LIMA

MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA

NATURALIDADE PARAIABA DATA DE NASCIMENTO 23/08/1987

C.CASM LIV B7 FLS 28 FERM 2190

RIO TINTO PB

073.048.194-70

001

UF 77110 UE 260063

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0551

Polícia Direto

Carteira de Identidade

Wanderley Cardoso de Lima

MBM

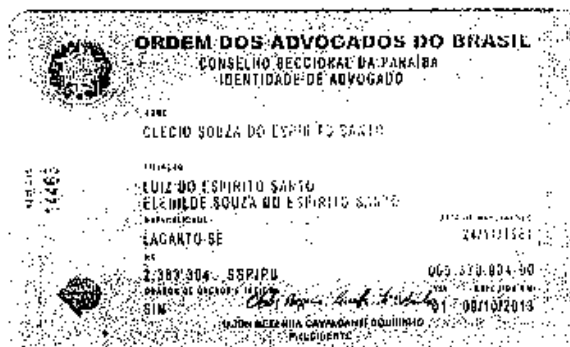
SEGUROADORA

25 OUT 2017

DPVAT/RJ



Documento de Identificação
-0012-



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB 8468703514
11103751042

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRQ 20101500003405 9

1 203916001 00/00000000

SEVERINO ANTONIO DA SILVA
R DO MEIO S/Nº
SERTÃOZINHO
58280000, MANANGUAPE, PB

69453578497 MON6443/PB

MOTOMAR PITA S/C AERES LTDA

NOVO PB JC2JC4110AR610198

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2010 2010

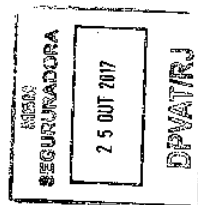
2-P/1.4/CI PARTIC VERMELHA

A.P. EV FINANÇEIRA S.A.

N Motor JC41E1A610198

MANANGUAPE - PB 12/04/2010

32280





SEGURO DPVAT
PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS
INVALIDEZ PERMANENTE

Vítima: Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (autenticado) ~~830~~
- ☒ Documento de identificação
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência atual em nome da vítima, se não tiver no nome dele, assinar declaração de residência.
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização com cópia do cartão do banco.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML ou Declaração de inexistência do IML na localidade do evento.
- ☒ Boletim do primeiro atendimento médico hospitalar
- ☒ Relatório médico descrevendo as lesões, documentação médica
- ☒ DUT e Declaração do Proprietário do Veículo.

REPRESENTANTE LEGAL - ADVOGADO

- ☒ Procuração original reconhecida a assinatura.
- ☒ Documento de identificação
- ☒ Comprovante de residência
- ☒ Declaração de Procurador Circular - SUSEP

Data: 26/09/2017



Assinatura: Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério

(83) 98729-6504 (Jordane Souza)

Matr.: Rua Otacilio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB
83 3612.8676 / 33043.2144
www.cleciouzaadv.com.br / cleciouzaadv@gmail.com

Endereço: Sapê - Rio Tinto - Bala da Tração - Pocinhos - Piancó - Cajazeiras

(No 679904)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Wanderleia de O. Lima Cleitério Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: Casada Profissão: Agricultora CPF nº: 073.068.194-70
RG nº: 30.982.571-9 Endereço: Sítio Cravinhos 15/A
Bairro: Área Rural Cidade: Rio Tinto, Estado: PB, CEP: 58.297-000

OUTORGADOS: CLECIO SOUZA DO ESPÍRITO SANTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.463 e OAB/RN 905- A, e VITOR CAVALCANTE DE SOUZA VALERIO, brasileiro, casado, advogado - OAB/PB nº 15.027 e OAB/RN 901- A, **SÓCIOS** do Escritório **CAVALCANTE & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, Sociedades de Advogados, inscrito no CNPJ sob nº 14.719.128/0001-14, e também na qualidade de associados à Dra. MARIA DO SOCORRO H. LEITE - OAB/PB nº 11.708, CLAYTON SOUZA DO ESPÍRITO SANTO, OAB/PB 11.327-E, todos domiciliados profissionalmente na cidade de João Pessoa/PB, na Rua Otacílio de Albuquerque, nº 22, Torre, João Pessoa/PB. Telefones: (83) 3512-8576/8899-8576.

Os Outorgados obrigam-se a prestar a Outorgante os serviços de advocacia na presente ação.

O Outorgante obriga-se a pagar aos Outorgados, a título de honorários pelos serviços ora contratados o percentual de 30% (Trinta por cento) do valor recebido ou do valor da causa, conforme o caso, em qualquer fase do processo (acordo, execução, etc.) em qualquer instância, face aos poderes que a seguir através do **INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO PARTICULAR**, lhe outorga, fica acertado também, que em caso de recebimento dos honorários serão repactuados, sem prejuízos destes.

PODERES

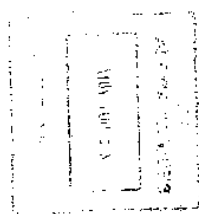
Para os quais confere os mais amplos poderes para representá-lo (a) no Foro em geral e ilimitado, com a cláusula "AD JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA", para, onde com esta se apresentar e se necessário for, para os assuntos referente ao **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, que o OUTORGANTE tem direito, assinando todos os documentos, bem como, em qualquer instância ou tribunal, na esfera administrativa, perante as pessoas jurídicas de direito público, privadas e pessoas físicas, agir em defesa dos seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão; usando dos recursos e acompanhando-os em conjunto ou separadamente, independentemente da ordem de nomeação, podendo, ditos procuradores propor e variar ações, requerer, acordar e discordar, desistir, transigir, firmar compromissos, arrolar testemunhas, substabelecer em todo ou em parte, praticando, enfim, todos e quaisquer atos necessários ao fiel desempenho deste mandato e especialmente para acompanhar junto a Companhia de Seguros competente, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), podendo para tanto, dito procurador, dar entrada ao processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe poderes para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, receber e dar quitação em conjunto ou separadamente, receber qualquer numerário mediante alvará de autorização (judicial) junto à Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, confessar, requerer, firmar compromissos, prestar declarações, substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes se assim lhe convier, sendo que dará a tudo o que fizer o referido procurador, por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante(s) DECLARA para todos os fins de direito e sob as penas da lei, nos termos da Lei Federal n. 7115, de 29/08/1983, que não tem condições e recursos suficientes de arcar com as despesas do processo, para defesa de seu direito, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, prevista no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal e nos termos do Art. 4º da Lei 1060/50.

Rio Tinto, 26 de Setembro de 2017
Wanderleia de Oliveira Lima Cleitério
OUTORGANTE

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO NORTE
PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA
RUA JOÃO DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS - NITERÓI - RJ
CEP: 24.020-000





PROTESTO
ASSINADO ELETRONICAMENTE
SUELIO MOREIRA TORRES
28/05/2020 12:48:30
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:48:30
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812483062500000029825073
Número do documento: 20052812483062500000029825073

Lucas Vermeir de Oliveira
Escrevente Autorizado

