



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	<u>2721776_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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 inicio 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



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
Vitima: 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

Pag. 00009/00010 - carta_03

00040005


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



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.

00010003



Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12723962





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Anexo 03 do instrumento

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.

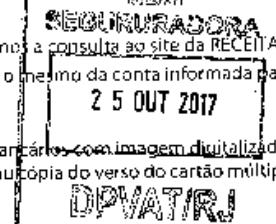
EU, Wanderley de Oliveira Lima Eletrônico, PORTADOR(A) DO RG N° 30.982.571-9, EXPEDIDO POR SECC/ RJ EM 15/05/2014, CPF 033.061.945-70 (NPI) 00000000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista, E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wanderley de Oliveira Lima Eletrônico. 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 Ipu FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADIFISCO, BNH, 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 DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

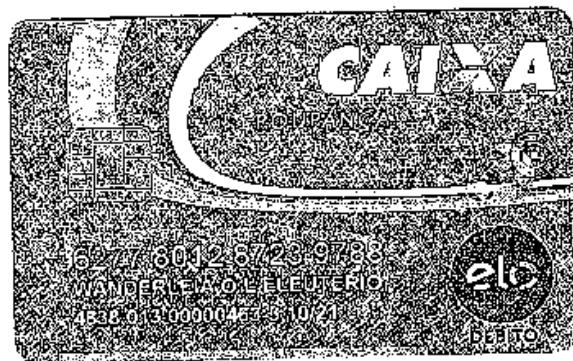
Rio Tinto, 26 de Setembro de 2017, Wanderley de Oliveira Lima Eletrônico
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.







GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorre a nº. 126/2017

Protocolo de Documento



000017

Aos 16 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, 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, escrivã(o) e/ou APC, ai, por volta 11h:09min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO, conhecido por , Identidade nº 309825719
3SP R1, 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)
na(a) Sítio Cravassu, nº , bairro: , tenho como ponto de referência: , na
cida 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
noticiar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA;
- 2) DATA DO FATO: 03 de dezembro de 2016;
- 3) HORÁRIO: 20h:00min;
- 4) LOCAL: PISTA RIO TINTO PB.

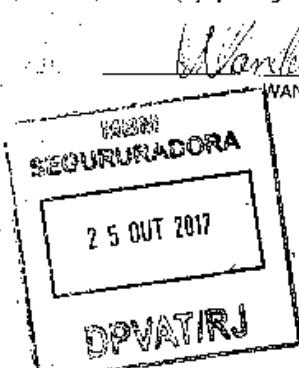
5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE A NOTICIANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO DIA 03/12/2016 POR
VOZ DA 20:00 NO SITIO CRAVASSU NA ZONA RURAL DE RIO TINTO PB; ONDE ESTAVA DE
PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA CG125 FAN DE PLACAS MOW6443 PB , CHASSI
9CJJC4110AR610198 DE COR VERMELHA DIRIGIDA POR SEU VIZINHO; QUE O CONDUTOR SE
DESEQUILIBROU DA MOTOCICLETA PERDENDO O CONTROLE DO VEICULO LEVANDO A
NOTICIANTE AO CHAO; QUE A NOTICIANTE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GERAL DE
MAMANGUAPÉ 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, escrivã(o) que digitei.



WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO
Comunicante

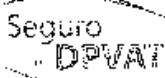
APC
Matrícula nº

Patrícia Nezilda Almouroque Gomes
Agente de Investigação
Polícia Civil
Matrícula 182.027-3



AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-II do CPC).
Rio Tinto/PB-05/06/2017
Selo Digital:AFG03677-E8ON
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>





O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wanderley de Oliveira Eleuterio, portador da carteira de identidade nº 30.982.571-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 073.068.194-70, residente e domiciliado na Sítio Cavaasso, s/n, Área Rural, Rio Tinto, Cidade Rio Tinto, Estado Poáiba, 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:

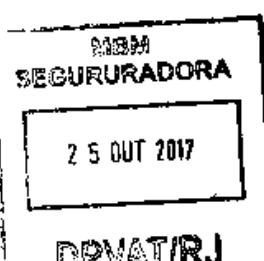
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) 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 pericia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Wanderley 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
SECPETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Wanderlei 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 direit. 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-Jaime 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





NET
O MUNDO DOS NETS

www.net.com.br | 0800 771 11 11 | 0800 771 11 12



COMUNICADO IMPORTANTE

CTC RECIFE PE/PA/PI/9
CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO
ROTACILIO DE ALBUQUERQUE 22
TORRE

58040-720 JOAO PESSOA - PB

07/02/2020 10:04 - SAV - NIGUA/0000



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. 10



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 Clelio Souza do Espírito Santo, portador (a) do RG nº 2.383.364, expedido por SSP/PB, em 14/11/2014 CPF/CNPJ nº 009.670.904-190, na qualidade de procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a) Wanderl
Jéia de Oliveira L. Eleuterio do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Wanderl eur J. L. Eleuterio e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações

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

Documentos comprobatórios: OAB/PB

Clelio Souza do Espírito Santo
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





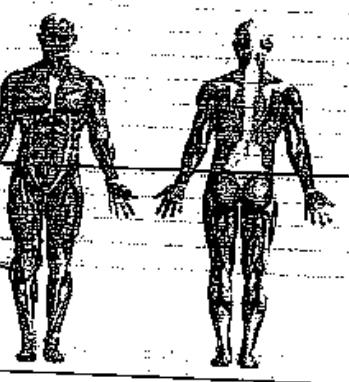
Laudo Médico/Resumo de Alta

Documentação Pública Hospitalar

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:48:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005281248306250000029825073>
Número do documento: 2005281248306250000029825073

E(NG) API 2012-3



EXAME SECUNDÁRIO			
ALERGIA: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
IMUNIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
PATOLOGIA: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
ALIMENTOS INGERIDOS: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado: 		
	19	1	Abrasão
		2	Amputação
		3	Avulsão
		4	Contusão
		5	Crepitação
		6	Dor
		7	Edema
		8	Empinamento
		9	Efusão subcutânea
		10	Esmigamento
		11	Equimose
		12	F. Arma Branca
		13	F. Arma de Fogo
		14	F. Contusão
		15	F. Cortante
		16	F. Contuso-Cortante
		17	F. Perfuro-Contusão
		18	F. Perfuro-Cortante
OBS:	B100 479 479 479 479 479		
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma)% <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau		
EXAMES SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada		
EXAMES SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS: <i>Tela longamente</i>		
1		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
2			<i>01 DEZ 2010</i>
3			<i>Dra. Tibirica Medeiros - Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 2296</i>
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO			
Solicito parecer da _____			
Solicito parecer da _____			
DESTINO DO PACIENTE			
DATA: _____ DA SAÍDA: _____ HORAS: _____			
() Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Tranferência (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor) <i>Ortopedia</i>			
() Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> Óbita <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <i>01 DEZ 2010</i>			
() A pedido <input type="checkbox"/> A revália <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO			
ASSINATURA/CARIMBO: <i>Dra. Tibirica Medeiros - Ortopedia e Traumatologia CRM-SP 2296</i>			
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: <i>ASSIN</i>			

P(NG).CC.001-1



Primo Atendimento Médico

1800866846469 BE: 985277
WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA DT. MASC: 23/08/1987
MARI MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA

END: CRAVA SU
N. SN: ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: (11) 283787775
IDADE: 29
DT. ENTRADA: 04/12/2016 00:27:57

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NAME DO PACIENTE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente
motociclistico na ultima
com dor e contusão escoriação
na sobrancelha

EXAME PRIMÁRIO

IAS: Pêrvias Obstruídas

ÁREAS:

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade

Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNEIA:

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

HTE: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2- RUIDOS

HTD: Sim

Rancas

Rancos

HTD: Sibilos

Sibilos

HTD: Estertores

Estertores

FR: Não

imp

SaO₂ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO:

Pupilas: Fotonegante

Paralisadas Isocônicas

Escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1



SECRETÁRIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

PACIENTE: Wandérléia 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; Eucardico e Anictérico; AR: MV presente bilateral SRA; ACV: RCR 2T BCNF SS; Abdômen: NDN.

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

EXAMES REALIZADOS: Exame médico geral / Radiografia de Joelho.

MEDICAÇÕES: Diclofenaco; Dexametasona.

DATA DA EMISSÃO: 07/02/2017



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





Cruz Vermelha Brasileira

1000005840488
EMERGÊNCIA DE OLIVEIRA LIMA BE 965277
DT. Nasc.: 23/08/1987
MRE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA
END: CRAVAÇU

Emergência e Trauma
Casa

123812 - 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 MÉDIO (INCOMPLETO)	Pai WANDERLEY CARDOSO DE LIMA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 99379775	Responsável (Parentesco) ISABELA DA CONCEICAO HÉRMÍNIO - ACOMPANHANTE
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		DDD Fixo
Número documento 309825719		Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO (MAMANGUAPÉ)		Nº Crm 165436242140001
Email	Naturalidade TACIMA	Tipo UNIDADESAUDE
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58287000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro CRAVAÇU
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 04/12/2016 00:23:57	Número da pulseira 1000005840488	Comunidade SUS
Especialidade CLÍNICA GERAL	Clinica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
Classificação de risco		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MÔTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaga de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte AMBULÂNCIA		Quem transportou AMB DE RIO TINTO	

Sinais Vitais

PA X mmHg	Peso	Temperatura	NEM SEGURADORA 25 OUT 2017 DPVAT/RJ

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	CID Tempo 06min 04seg
Dados clínicos							

Diagnóstico

Atendido por NILZA MARINHO DA SILVA	
--	--

Imprimir

04/12/2016 00:27



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

16000000004008 BE.: 965277
WANDERLIA DE OLIVEIRA LIMA
DT. NASC.: 23/08/1987
MARE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIN

DATA	HORA	DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p>HORTOPEDIA #</p> <p>paciente queixa de dor de rosto com queixa de plato tibial da M: Tolamento</p> <p><i>DR. Henrique Medeiros Ortopedia - Traumatologia CRM-RJ 7294</i></p> <p>0 DEZ 2016</p> <p>MEM SEGURADORA 25 OUT 2017</p> <p>DPVAT/RJ</p>

F(NG).ENF.018-1



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

HECTSHL

Número:00
 Paciente: Wendelice de Oliveira Lima
 Procedimento: Retirada de pinos de fixação do plato tibial (1)
 SUS: () Não SUS ()
 Médico: Dr. Kortney

Prontuário: 965277
 Data: 14/12/2016
 Reposição: _____

Data: _____/_____/
 Caixa Pronta: _____

DISPENSAÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Kompage	Ex 3,5 - Placa esférica x 3,5 furos (01)	(01)		
	Arco de fixação cortical n° 46	(01)		
	Parafuso cortical n° 48	(01)		
Kompage	Ex 6,5 - Parafuso cortical n° 46	(01)		
	Arco de fixação cortical	(01)		
	Fio de Kirschner n° 3,0 (usado como agulha). (01)			

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO CRM-20

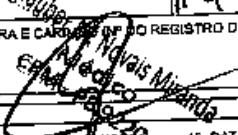
Vanessa Gomes Marinho Santos
 Enfermeira
 COREN-PE

Vanilda Menina de Oliveira
 Enfermeira
 COREN-PE

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2



 SUS Sistema Único de 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 Hospital		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE Wanderlei de Oliveira Lima		6 - NP DO PRONTUÁRIO 965277		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 23/08/1982		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO Masculino M Feminino F		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - FONE DE CONTATO N° DO FONE		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO		
		15 - UF		
		16 - CEP		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD PROcedimento - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD PROcedimento - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO GERAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
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 <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <p> Kompre ex: 3,5 - Vértebra 3,5 estourada GF (01) Paroquiss. Cervical n° 46 (1) e n° 48 (1) Kompre ex: 4,5 - Paroquiss. Cervical n° 46 (1) - Sorvella (1) O1 Fio de Kirschner n° 2,0 (usado como guia). </p>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. DATA DA SOLICITAÇÃO 05/02/2018		
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 
AUTORIZAÇÃO		44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
		45. CÓD ORGÃO EMISSOR		
		46. DATA DA AUTORIZAÇÃO		
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>1 - Paciente em Decúbito Dorsal 2 - Far 1 Anestesia e Analgesia 3 - Afissação de camadas amigdais</p>
Incisão:	<p>4 - Traçado Postero-medial 5 - Desraçado por planos 6 - Hemostasia Colateral</p>
Achados:	
Conduta:	<p>7 - Reduções Díctio + fricção de forame nígeo com calota fresa cortical de bivalva + calota gorda de placa Tonga de lama 6 furos + 2 perfurações cortecais</p> <p>8 - Enfrega Plastilina 660,97</p>
	<p>SEGURO 25 OUT 2017</p>
Fechamento:	<p>9 - Sutura com refinadura planos parafônico</p>
	<p>10 - Curativo estéril.</p>
Observação:	<p>11 - Rx de controle.</p>

Médico/CRM:

Glauber M. Novais Mira
CRM: 00320

João Pessoa, 14/12/96

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Wanderlei da Cunha Série: 26 BE/Prontuário: 965277Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Kartney 1º Assistente: Dr. Roberto Sander2º Assistente: Dr. Glauber R. 3º Assistente: _____Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. AbdalaTipo de Anestesia: Rugue Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
• Fratura de Plata Tibial Direita	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Tratamento cirúrgico de fratura de Plata Tibial Direita	

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 M.D.
CRM: 16.9220

João Pessoa, 29/01/16

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

Nome do paciente: Wanderlei de Oliveira Lima
 Idade: 99 - Género: M - Prontuário: 13 - Externa/Int: 13 - Letra: 03
 Cirurgia: Amputação de metade do fêmur tibial D.
 Cirurgião: Dr. Karmby - Aux. Dr. Gauthier
 Anestesia: Paralax
 Anestesista: Dr. Silveira (Dr. Sergio MR).
 Instrumentador: Danielle

Data: 14/06/16 - Tempo Cirúrgico - Anestesia: Início: 15:00 - Fim: 16:17:35 - Cirurgia: Início: 15:06 - Fim: 17:35

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5)

Grau de Contaminação: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

Medicações Anestésicas	QTD.	Materiais Cont.	QTD.	Fios
ALFENTANILA		SPR 500 mg	JELOS N°18	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELOS N°20	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA	1	5FO,91,500mg	JELOS N°22	FIO DE ACO N°
CETAMINA			JELOS N°24	FIO DE ACO N°
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N°
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N° 30
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÉRICO 70%	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE NYLON N°
FENTANILA	1	PVP DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI N°23	FIO POLIGLACTINA N° 1
FUMAZENIL		PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N° 20
ISOFLURANO		PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO N°
LÍDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	FIO POLIPROPILENO N°
LÍDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	FIO POLIGLECAPRONE N°
MÍDAZOLAN		AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0	FIO SEDA N°
MORFINA	1	AGULHA 40X13	LUVA ESTÉRIL N°8,5	FITA CARDÍACA
NIMBÚM		AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCRÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVILAS	CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL		AGULHA RAQUÍ N°25G	SCALP N°19	CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIPENTANILA		AGULHA RAQUÍ N°26G	SCALP N°21	FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ N°27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER N° 30
SEVOFLURANO		ALGORÂO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	FIO STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	HEMOST. ABSORVÍVEL
Medicações	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ADRENALINA		CÁNULA PI TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	PROTESE VASCULAR
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	KIT. PAM
ATRÓPINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	PROTECTOR EXTERNO
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA FOLEY 2VILAS N°12	EMPRESA
CEFAZOLINA	15	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VILAS N°14	(SER. PA 35 (COM PAGO))
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais 46/11
DIPRORONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais 18/11
EREDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPECIAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPECIAIS
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA DE PESTAÑA 3,56F(1)
LÍDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA DE PESTAÑA 3,56F(1)
ONDASENTRONA	1	ESPOO MACROGOTAS		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS
PROSTIGMONE		EQUIPO MICROGOTAS		() ASPIRADOR
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	FIOS	() BISTURI ELÉTRICO
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FILO ALGODÃO S/A N°	() CAPNÓGRAFO
Entropromo	1	GAZES	FILO ALGODÃO S/A N°	() CARDIONITRON
		GAZES ALGODoadAS	FILO ALGODÃO C/A N°	() DESFIBRILADOR
		GEL ELETROLÍTICO	FILO ALGODÃO C/A N°	() FOCO AUXILIAR
		JELOS N°14		() FOCO CENTRAL
		JELOS N°16		() MICROSCOPIO
		KOMPAZ 20. P4.5 (Pague só 10% 46/11)		() OXÍMETRO DE PULSO
		Glucotest 100		() P.A. INFLATÁVEL INVA
		Medicu		() PERFURADOR ELÉTRICO
		CRM - PB 9720		() SERICA
				CIRCULANTE
				ENCLAS

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 14/12/16

PRONTUÁRIO: 965277

PACIENTE: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA

SEXO: F COR: IDADE: 29

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 100 RESPIRAÇÃO 16

TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL DO BOM ()REGULAR ()MAU ()PÉSSIMO

RISCO CIRÚRGICO ()BOM ()REGULAR ()MAU ()PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES *chucador*

AP. RESPIRATÓRIO *MVE SIRA*

AP. CIRCULATÓRIO *BVRNF 27*

AP. DIGESTIVO *negativo*

ESTADO MENTAL

Consciente DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

I

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO *FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO*

CIRURGIA REALIZADA *TATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO*

CIRURGÃO *Dr. Hartner*

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 15:00

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESISTA *Dr. Adolom + Dr. Sergio*

CPF

Dr. Adolom Moreira Lustosa
Anestesiologista
CRM 4184

ANESTESIA 15:00-16:00

O2 N2O

CO2

500 500 500

220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

180 160 140 120 100 80 60 40 20

140 120 100 80 60 40 20

120 100 80 60 40 20

100 80 60 40 20

80 60 40 20

60 40 20

40 20

20

RS RS RS RS

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%

100% 100%



Receituário Médico



HESHL

91 Morumbi de O. Belo

10 ml

1) Cloraz 20 mg _____ 10 compr.
2) Cetil 20 mg na reabilitação, 3x dia, por
10 dias

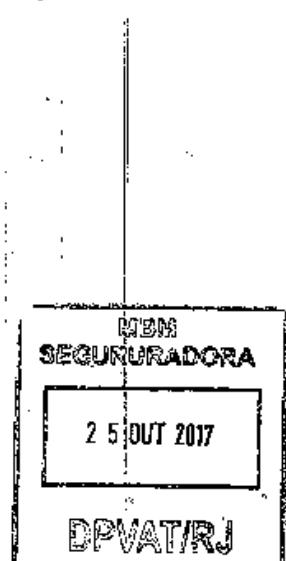
Data: 10/10/10

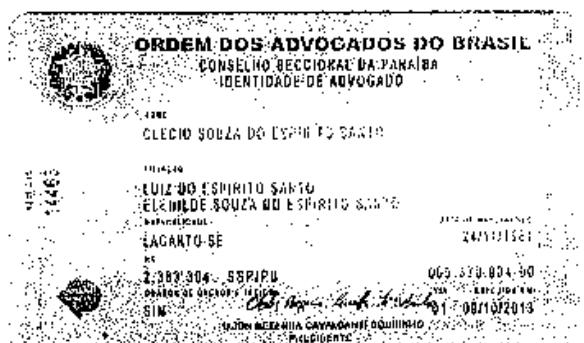
Jessyka Emilia e Rubelo
06/10/2010

Médico - CRM

P(NG).CC.002.1.

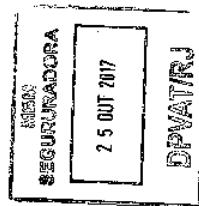
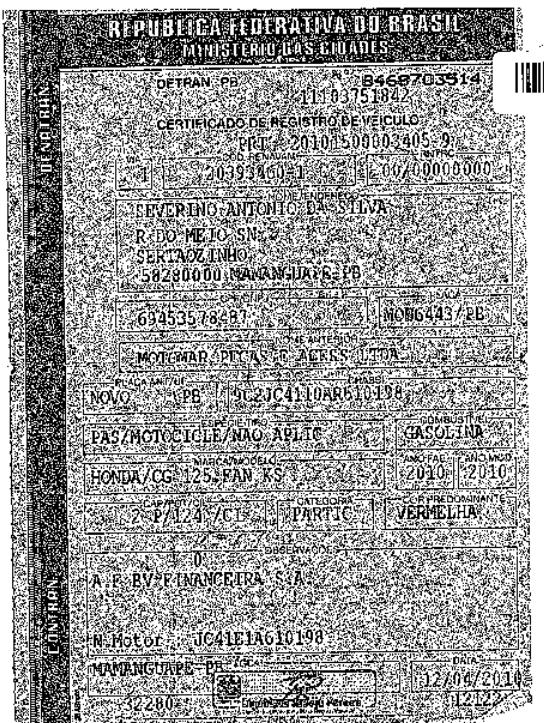






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:48:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812483062500000029825073>
Número do documento: 20052812483062500000029825073

Num. 31074192 - Pág. 26



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

Num. 31074192 - Pág. 27



SEGURO DPVAT
PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS
INVALIDEZ PERMANENTE

Vítima: Wanderléia de Oliveira Lima Eleutério

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- (Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (**autenticado**) 

(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

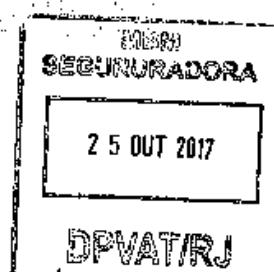
Relatório médico descrevendo as lesões, documentação médica

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: Wandália de Oliveira Lima Oliveira

(83) 98729-6504 (Isolane 500g)

**Matrícula: Rua Otacílio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB
83.3612.8576/23043.2144
www.colegiotorrexpedito.com.br | e-mail: colegiotorrexpedito@gmail.com**

THE NAME "LAWRENCE" COMING FROM THE
(See page 672 next.)

CEPE - RIO TINTO - BAIA DA TRAIÇAO - POCINHOS - PLANOS - CAJAZEIRAS

110 639905

W. 673304

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TURKES - 26/03/2020 12:46:30

Número do documento: 20052812483062500000039825073

Núm. 31071192 - Pág. 28





Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Wanderlusa de Oliveira Eleuterio Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: Casada, Profissão: Agricultora, CPF nº: 073.068.194-70
RG nº: 30.982.571-9, Endereço: Sítio Eravim 15/N,
Bairro: Área Rural, Cidade: Rio Tinto, Estado: PB, CEP: 58.297-000

OUTORGADOS: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO 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 ESPIRITO SANTO, OAB/PB 11.327-E, todos domiciliados profissionalmente na cidade de João Pessoa/PB, na Rua Otacilio 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 recuso dos honorários, serão repactuados, sem prejuízos desres.

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, tratar dos assuntos referente ao **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, que o OUTORGANTE tem direito, assim como a qualquer 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 unhas 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, subscrever 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, subscrever 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.

25 OUT 2017

PROCURADOR

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante(s) DECLARA para todos os fins de direito e sob as penas da lei, nos termos da Lei Federal nº. 7.115, 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 judicária, prevista no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal e nos termos do Art. 4º da Lei 1060/50.

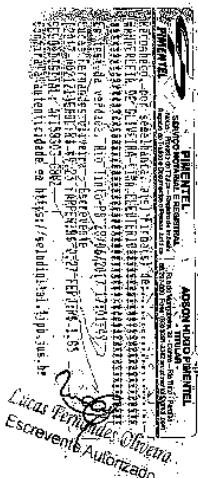
Rio Tinto, 26 de Setembro de 2017

Wanderlusa de Oliveira Oliveira Eleuterio
OUTORGANTE

Modelo: Padrão - Consulta de Documento - Padrão - Consulta de Documento - Padrão

Processos - Recurso - Recurso





Lucas Faria
Escrivente Autorizado