



Número: **0800707-61.2018.8.15.0631**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Juazeirinho**

Última distribuição : **12/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA (AUTOR)	RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)
ITAU SEGUROS S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37077 792	25/11/2020 11:29	<u>2766779_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180119957**
Vitima: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180119957**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12539850



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vitima: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Pag. 00149/00150 - carta_03 - INVALIDEZ

00070075


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

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

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

Carta nº 12548427

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



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vitima: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Pag. 00295/00296 - carta_03 - INVALIDEZ

00050148


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

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

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

Carta nº 12629680

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



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vitima: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Pag. 00375/00376 - carta_03 - INVALIDEZ

0040188


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

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

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

Carta nº 12719731

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



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13084311

A/C: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180119957
Vitima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 30/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002224-1

Conta: 000010013724-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vitima: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Data do Acidente: **30/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180119957**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

Pag. 00060007 - carta_03 - INVALIDEZ



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

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

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

Carta nº 1338156

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 6



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 061.260.004-12	Profissão RECUSOU
Endereço SITIO LAGOA DE BAIXO		Número S/Nº	Complemento
Bairro ÁREA RURAL	Cidade SANTO ANDRÉ	Estado PB	CEP 58.675.000
Email RECUSOU		Telefone (DDD) (83) 9.8889-3447	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 0,00,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome BANCO DO BRASIL	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		NRO. 001	D/V
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	CONTAS NRO. <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. 2224	CONTAS NRO. 13.724
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

SANTO ANDRÉ, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Roque Martins de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11/0001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011251129473360000035384648>
Número do documento: 2011251129473360000035384648

Num. 37077792 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 9



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 63-310-9300



OCORRÊNCIA N° 000259/17

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 N° 000259/17 registrada em 25/10/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de outubro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:29 horas, compareceu o Sr. ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, com 33 anos de idade, filho de ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA e MARIA MARTINS DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de GURJÃO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 2.915.806, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 06126000412, residindo à rua SÍTIO LAGOA DE BAIXO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de SANTO ANDRÉ - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 18h30min no dia 30.09.2017, estava saindo da cidade de Santo André/PB em direção a Paráí/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XLR 125 ES, ano/modelo 2001/2002, de cor branca, chassi nº 9C2JD17202R003877, de placa MOT-5941/PB, licenciada em nome de Antonio Carlos de Araujo, o qual a vítima, não consegue encontrá-lo para lhe fornecer a declaração de propriedade da motocicleta acima mencionada, quando foi surpreendido por outra motocicleta de marca, placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, pela contra mão de direção, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca, na tentativa de evitar a colisão frontal mas mesmo assim foi atingido lateralmente pela referida motocicleta, fazendo com que perdesse o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido por uma ambulância da Prefeitura Municipal de Santo André/PB e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, de onde foi transferido para o hospital Antonio Targino, onde finalmente foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o motociclista causador do acidente evadiu-se do local sem ser identificado; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor da motocicleta que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. 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.

Campina Grande, Quarta-feira, 25 de Outubro de 2017

Roque Martins de Oliveira
ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

14 MAR. 2018
PROTOCOLO



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA N° 000259/17

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 N° 000259/17 registrada em 25/10/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de outubro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Policia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:29 horas, compareceu o Sr. ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, com 33 anos de idade, filho de ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA e MARIA MARTINS DE OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de GURJÃO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 2.915.806, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 06126000412, residindo à rua SÍTIO LAGOA DE BAIXO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de SANTO ANDRÉ - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 18h30min no dia 30.09.2017, estava saindo da cidade de Santo André/PB em direção a Parari/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/XLR 125 ES, ano/modelo 2001/2002, de cor branca, chassi nº 9C2JD17202R003877, de placa MOT-5941/PB, licenciada em nome de Antonio Carlos de Araujo, o qual a vítima, não consegue encontrá-lo para lhe fornecer a declaração de propriedade da motocicleta acima mencionada, quando foi surpreendido por outra motocicleta de marca, placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, pela contra mão de direção, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca, na tentativa de evitar a colisão frontal mas mesmo assim foi atingido lateralmente pela referida motocicleta, fazendo com que perdesse o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido por uma ambulância da Prefeitura Municipal de Santo André/PB e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, de onde foi transferido para o hospital Antonio Targino, onde finalmente foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o motociclista causador do acidente evadiu-se do local sem ser identificado; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e não existe iluminação no local, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor da motocicleta que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. 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.

Campina Grande, Quarta-feira, 25 de Outubro de 2017

roque martins de oliveira
ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Declarante

joão alberto do nascimento
JOÃO ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

23 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

CPF da Vítima

061.260.004-12

Data do Acidente

30/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SANTO ANDRÉ, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02224-1

CONTA: 000010013724-5

Nr. da Autenticação 4431C7476E1C2431



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 13

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA,

RG nº 2.915.806, data de expedição 09 / 08 / 2001, Órgão SSP/PB,

CPF nº 061.260.004-12, 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)	SITIO LAGOA DE BAIXO
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ÁREA RURAL
Cidade	SANTO ANDRÉ
Estado	PARAIBA
CEP	58.675-000
Telefone de Contato	(83) 9.8889-3447 - (83) 9.9976-8160
E-mail	RECUSOU

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SANTO ANDRÉ - 29 DE JANEIRO DE 2018

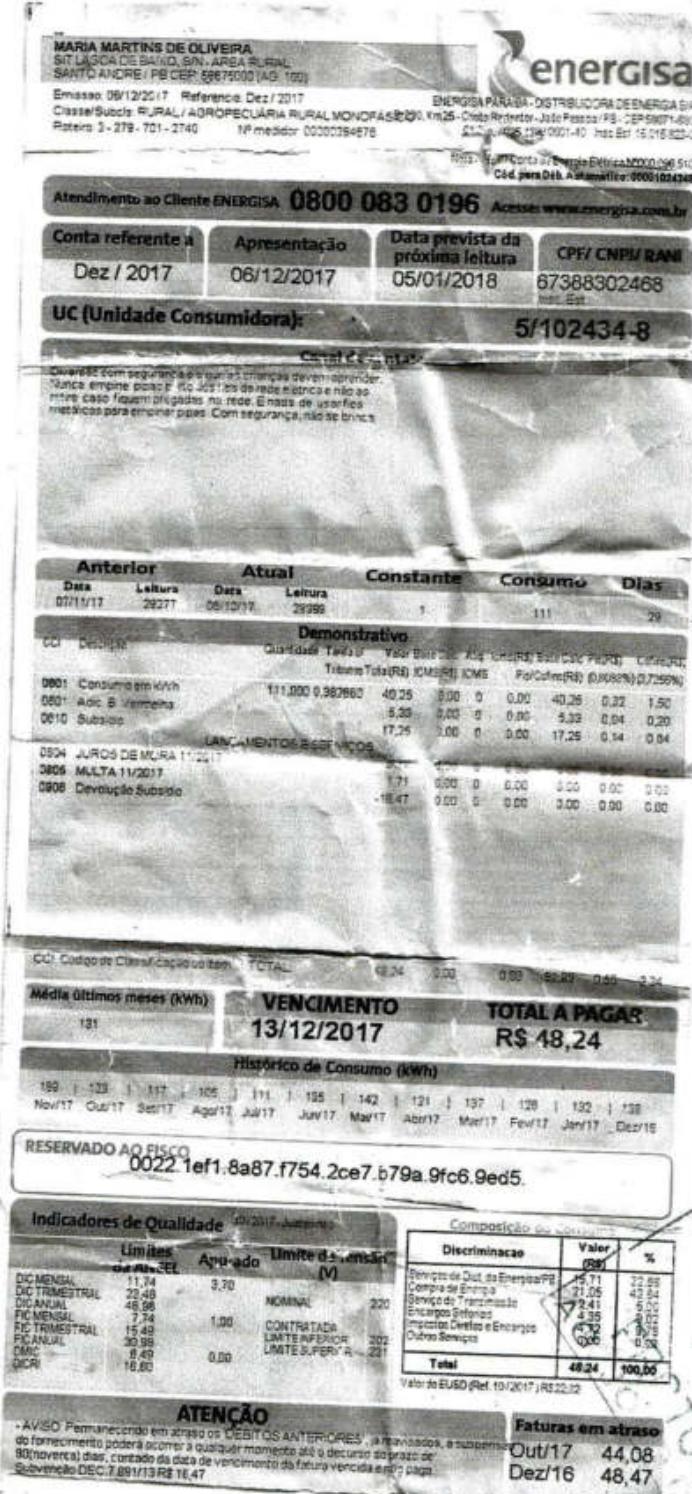
Assinatura do Declarante: Xroque Martins de oliveira





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011251129473360000035384648>
Número do documento: 2011251129473360000035384648

Num. 37077792 - Pág. 15



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
RUA DR SEBASTIAO FERDOSA, 25/A - MIRANTE
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58407548 (AG: 401)
Emissao: 08/01/2019 Referencia: Jan / 2018
Classificacao: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 8820
Rotulo: 3-401-199-3220 N° medida: 00000000000000000000000000000000

energica

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000109625
Cód. para Déb. Automático: 9000242068

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesso: www.energia.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Jan / 2018	08/01/2018	05/02/2018	2784903443

UC (Unidade Consumidora)

4/242066-9

Canal de contato

- Compartilhe sua energia com a gente também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/brenergy e no Twitter (@brenergy). Sempre que precisar da gente, queremos estar sempre ao seu lado.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leritura	Data	Leritura					
07/12/17	5492	08/12/17	5541			149		32
Demonstrativo								
001	Exemplo	Caracteriz. Tarifa:	Valor Base Cada. Alm. (m³/R) Base Cada. Pd(R)	Alm. (m³/R) Cada. Pd(R)	Consumo:			
0801	Consumo em kWh	Tributos/Tarifa(R) (CMBR) CME						
0801	Adic. B. Vermeia	149.000 0.62930	93,17 22,11 27	25,18	33,17	0,76	0,80	0,18
4,87			4,87 4,37 27	1,21	4,87	0,04	0,04	0,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0907	CONTRIBUÍVEL		12,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL: 110,00 99,24 26,47 22,51 22,51 22,51

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
142 15/01/2018 R\$ 110,09

Histórico de Consumo (último)

Historico de Consumo (kWh)												
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163
Dez/17	Nov/17	Out/17	Set/17	Agosto	Jul/17	Jun/17	May/17	Apr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

8315 48d7 B5e8 h-17-1 3-11-2000

Indirect approach

ANSWER

Indicadores de Qualidade		11/2017 - Campanha Grande!		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
IC MENSAL	5,3	0,00	NOMINAL	32
IC TRIMESTRAL	15,62			
IC ANUAL	21,25			
IC MENSAL	5,30	0,00	CONTRATADA	
IC TRIMESTRAL	15,60		LIMITE INFERIOR	
IC ANUAL	21,20		LIMITE SUPERIOR	
IC MENSAL	5,23			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefícios de Direito Energético	24.39	22,14
Contribuição Energética	17.67	16,00
Benefício de Treinamento	3.80	3,43
Encargos Sindicais	11.46	10,43
Encargos Direitos e Encargos	43.12	39,17
Outros Benefícios	0,00	0,00
Total	110,06	100,00

Page 11 of 17

ATENÇÃO

Faturas em etapa

BOREOREMNA

Reitiro, 9 - 401 - 199 - 3990
Matrícula 342066-2018-01-7

VENCIENTO
15/01/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 118,80

15/07/2018 R\$ 110,09
83630000001 3.10000117000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES 23/11/2020 11:29:47
<http://pie.tiib.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>

Número do documento: 20112511294733600000035384648

Núm. 37077792 - Pág. 17

**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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF²**.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 027.849.034 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.260.004/12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.260.004/12, 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 quanto 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		Número	Complemento
RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		25	
Bairro MIRANTE	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.407-548
Email alexandredpvat@hotmail.com	Telefone comercial (DDD) (83) 3342-2471	Telefone celular (DDD) (83) 9.9128-1980	

CAMPINA GRANDE, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

1 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 20



**NOTA DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO**

Nº 041009

ANTONIO TARGINO
PACIENTE: Rogue Martins de Oliveira 33 anos
CONVÉNIO: Paracaté SUS PRONTUÁRIO: 635315/2258816
DATA: 06/10/17 CIRURGIA: Tratamento cirúrgico de fraturas femur
CIRURGÃO: Dr. Ezequiel Ezequiel
AUXILIAR:
ANESTESISTA: Dra. Vanessa
CIRCULANTE: Familiomedic ~~Medic~~ Setor 05 · HORÁRIO: INÍCIO: 15:40 FINAL 16:40

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA 10ml	03
28819	RANITIDINA 25mg	03
2070	ATROFOPINA	
2020	DIPIRONA 500mg	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA 80mg	01
5304	DEXAMETASONA 0.9mg	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON 1mg	01
70572	TILATIL 40mg	
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAK 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	01
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
	STOMIDATO	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
CA30	MONONYLON N° 20 : 03	
	CROMADO S/A N°	
CA40	CROMADO C/A N° 1 : 01	

VICRYL N°
MONOCRYL N°
PROLENE N°
ALGODÃO C/A N°
ALGODÃO S/A N°
3360 FITA CARDIACA

COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	30 ml
2631	ÉTER	5 ml
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	100 ml
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
364000	CLOREXIDINA	100 ml

CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	03/2
	OXIGÊNIO	
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	RX
	BISTURI ELÉTRICOS	TC
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDIÁCO	TC
	OXÍMETRO DE PULSO	TC
	ASPIRADOR ELÉTRICO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	2000ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	1500ml
	HISOCEL	
	MANITOL	

CÓD.	OUTROS	QUANT.
Ciclopíodes p/ feno	01	





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 22

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

RT Responsável Técnico
Dr. Luciano Holland
CRM 8.298

BOLETIM DE ANESTESIA

NOME: Roseane Hartuio De Oliveira APTO:		CONVÉNIO: Pauli e Cia S.A. IDADE: 40	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F INICIO: 05:40	ESTADO FÍSICO (ASA): <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	CIRURGIA <input type="checkbox"/> ELETTIVA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> AMBULATORIAL	QTDE. AGENTES
NÚMERO DA CARTEIRA:		TERMINO:		Bupivacaina Isobarica 01	Bupivacaina Hiperbarica 01	
GUIA DE INTERNAÇÃO:		HORÁRIO ESPECIAL: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Cipro 01	Clexane 01	
SENHA:		DATA:		Decadron 02	Digirona 02	
DATA DE NASCIMENTO:		DATA:		Diprivan 01	Diprivan PFS 01	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fractura fíbula tibial		1º Equipe Cirúrgica (Cirurgião 1º/2º/3º Auxiliares): Dr. Suelio J.A.		2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião 1º/2º/3º Auxiliares): Dr. Suelio J.A. + Flávio	Instrumentador(a): Dr. Suelio J.A. + Flávio	
Procedimentos Realizados: Fractura fíbula tibial		Códigos				
Horário →		OXIGENIO AGENTES N2O/7%AR				
LÍQUIDOS S/UL. DE INGERIR Dose: 1000mls		SUL. DE INGERIR Dose: 1000mls				
VENOSOS		ECG				
MONITORES		SpO2 100				
TENSORES		ECO2 100				
DIURESES		DIURESE 1000				
S		TEM 120				
TOURNIQUETE TENSORES →		PVC △				
LOCAL:		Tachrum (Atracurio)				
Pulso ● PA V 180		Valium				
PA A 150		Xylocaina				
Zofran 8 ml		Xylocaina Hiperbarica				
Aqua Destilada - 250ml		Zofran Spray		01		
Aqua Destilada - 10ml		Aqua Destilada - 250ml		02		
S. Fisiologico		S. Fisiologico		03		





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 24





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 26

PACIENTE:	Regue M. O. <i>meuc</i>	
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:	
DATA DA OPERAÇÃO:	6/10/17	ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR:	<i>Godos</i>	
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:	
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA:	Vanesa TIPO DE ANESTESIA: Bloq.	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	<i>Pronto to Fauz</i>	
TIPO DE OPERAÇÃO:	<i>Def-cir. Fauz to Fauz</i>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	<i>O meus</i>	
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	<i>—</i>	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:	<i>PP II esquerda</i>	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:	<i>Não ocorreu</i>	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL-EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

1) *ante si curva*

2) *trans e trans*

3) *colis de farr*

4) *ferro ferro*

5) *hernia nos me*

6) *Renos e bex*

7) *fundo + fric*

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 28

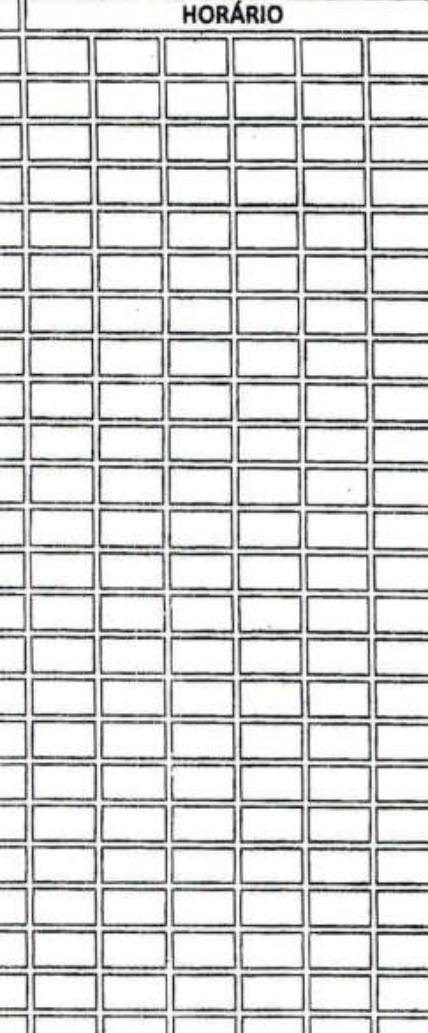
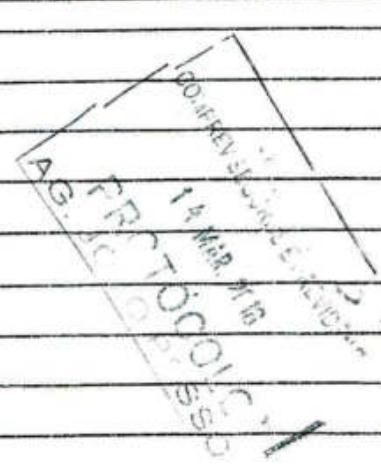
 HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		
NOME: <i>João Vitor dos Santos</i> ALA: <i>DC. Lucídio Vito</i> LEITO <i>13 403</i>		CONVÉNIO: <i>Rocoff</i>		
DIAGNÓSTICO:		DATA: <i>06/10/17</i>		
MEDICAMENTOS		HORÁRIO		
<i>06 D. I. I</i> <i>10 Ringer 2000/24</i> <i>10 Cefaz 400 EV 12/12</i> <i>12 Cefaz 1g a 6/6</i> <i>Decadurom 2g EV 12/12</i> <i>Analgesic 2x dia</i> <i>Oren 2x dia</i> <i>Prv-</i>		<i>10 22:00</i> <i>10 06</i> <i>12 16:00</i> <i>12 23:00</i> <i>12 18:00</i> <i>12 18:00</i>		
<i>Dr. Geraldo Moreira</i> <i>CRM 1863 - CPF 131.247</i> <i>ORTOPEDIA - TRAUMA</i>				
EVOLUÇÃO MÉDICA				
<i>06 Págula com fratura exposta</i> <i>10 do fratur com perda do</i> <i>12 sustariga HA' Aproximadamente</i> <i>07 (sete) dias.</i> <i>Prv</i> <i>Período de retus do fratur</i> <i>G-1</i>				
<i>Dr. Geraldo Moreira</i> <i>CRM 1863 - CPF 131.247</i> <i>ORTOPEDIA - TRAUMA</i>				





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 30

 HOSPITAL ANTONIO TARGINO	PREScrição MÉDICA		
	NOME: ALA:	LEITO:	CONVÉNIO:
DIAGNÓSTICO:		DATA:	
MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
<i>7/10/12</i> <i>ADM</i> <i>Ag</i>			
<small> Dr. Geraldo Moreira Torres CRM 1883 - CPF 131.247 ORTOPEDIA - TRAUMA </small>			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
			





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 32

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NAME: *Rogério Moreira de Oliveira* IDADE: 33Q
P.A: *Internado* LEITO: 40-1 MÉDICO: *Rodrigo*

DATA: 06/10/17

MANHÃ

TARDE

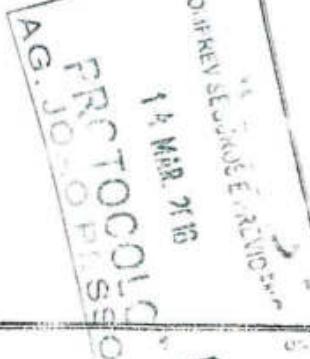
Paciente estava estabilizado, consciente, orientado, orientado, dietas dietas futuramente, duração p/ SMD, p/ dia futuramente, feito Rx de controle, medicado c. p. n., segue aos cuidados gerais.

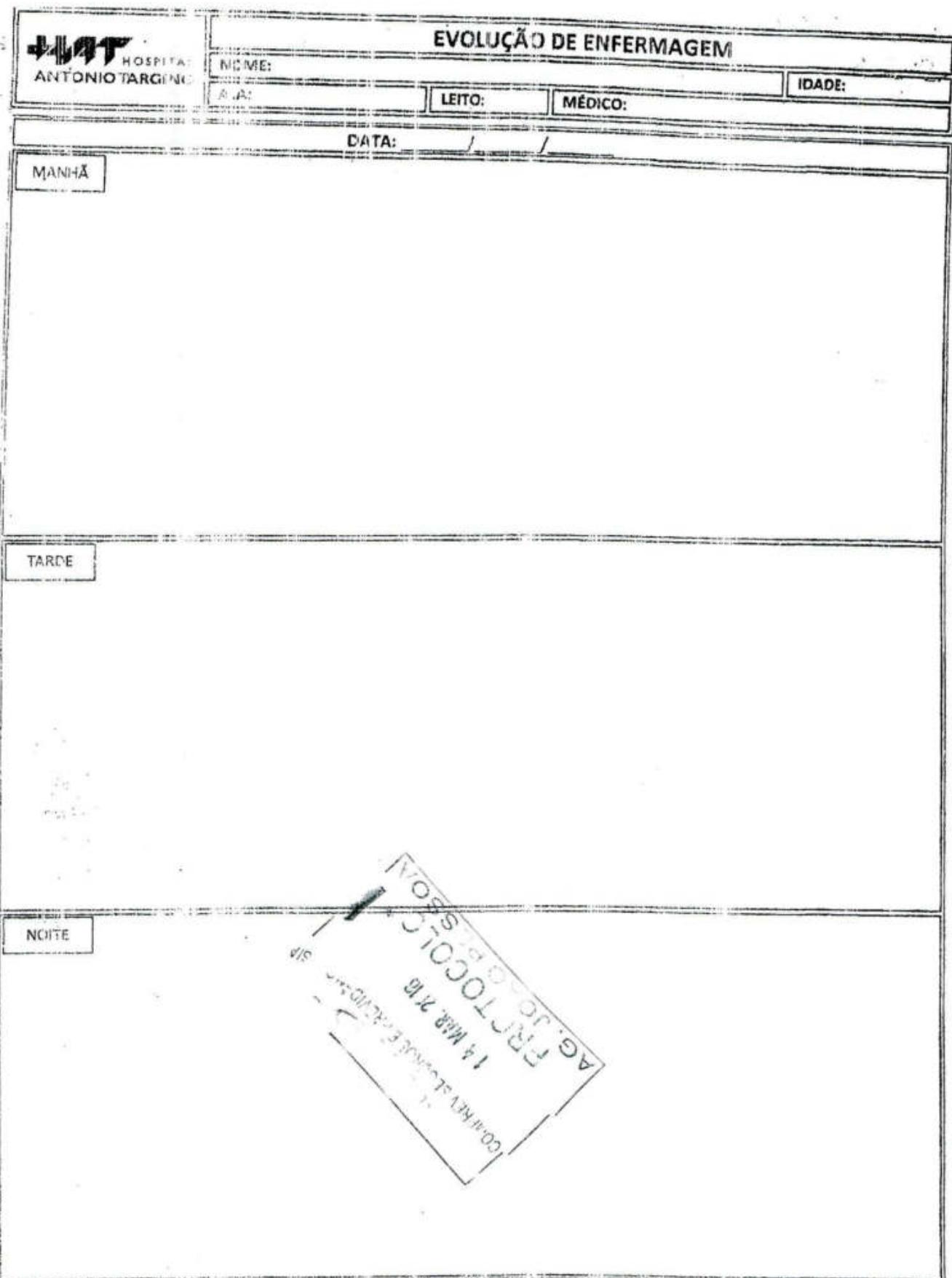
*Herika S. Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN/PB 608207*

NOCITE

Paciente evoluiu P. o estabilizado, consciente, orientado, orientado, medicado c. p. n. segue aos cuidados de enfermagem.

*Herika S. Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN 687.425*





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011251129473360000035384648>
Número do documento: 2011251129473360000035384648

Num. 37077792 - Pág. 34

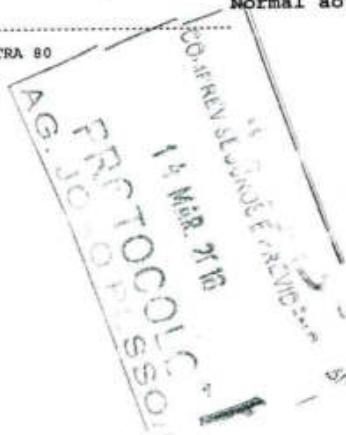
Sr(a): **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
 Idade: **33 ANOS**
 RA: **0110067839** Dt Coleta: **06/10/2017 - 15:05:54**
 Dr(a): **GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
 onvenio: **PACOTE -HAT**
 Emissão: **06/10/2017 - 17:01:55** Local: **C. CIRURGICO**



HEMOGRAMA COMPLETO

<u>ERITROGRAMA</u>		Valores Encontrados		Valores de Referência	
Hemácias	4,48		milh/mm ³	3,90 a 6,70	
Hemoglobina	13,0		g/dL	H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0	
Hematórito	40,9		%	H: 41 a 55 M: 36 a 49	
V.C.M.	91,3		u3	80,0 - 98,0	
H.C.M.	29,0		pg	26,0 - 32,0	
C.H.C.M.	31,8		g/dL	32,0 - 36,0	
RDW	12,8			11,0 - 14,5	
Série Vermelha: Normocítica e Normocrômica.					
<u>LEUCOGRAMA</u>					
Leucócitos	9750		/mm ³	3800 - 10000	
Bastonetes	0	0		0-2	0-500
Segmentados	76	7410		46-67	1.820-6.700
Eosinófilos	1	98		1-5	36-500
Basófilos	0	0		0-2	0-100
Linfócitos	17	1658		20-35	800-3.500
Linfócitos reativos	0	0		0-1	0-100
Monócitos	6	585		2-10	72-1000
Série Branca: Leucócitos morfológicamente conservados.					
PLAQUETAS	241000		/mm ³	140.000 - 450.000	
Série Plaquetária: Normal ao exame do esfregaço					

Método: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80
 Material: SANGUE TOTAL



Dra. Deyslane Oliveira Brandão
 FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
 CRF-PB 03022-CPP/082.767.874-26



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centro, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 36

Sr(a): **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Idade: **33 ANOS**
RA: **0110057839** Dt Coleta: **06/10/2017 - 15:05:54**
Dr(a): **GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
Convenio: **PACOTE -HAT**
Emissão: **06/10/2017 - 17:01:55** Local: **C. CIRURGICO**

**TEMPO DE SANGRAMENTO**

Resultado **1,30**
Método: DÜKE

Valor de referência**minutos** 1,00 a 3,00**TEMPO DE COAGULAÇÃO**

Resultado **6,30**
Método: LEE-WHITE
Material: SANGUE TOTAL

Valor de referência**minutos** 5,00 a 11,00


Dra. Daylane Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
CRF-PB 03922-CPF:062.767.074-26



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centro, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Quelimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juvimiano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE + SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Control Lab





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 38

Sr(a): **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Idade: **33 ANOS**
RA: **0110057839** Dt Coleta: **06/10/2017 - 15:05:54**
Dr(a): **GÓDOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
Convenio: **PACOTE -HAT**
Emissão: **06/10/2017 - 17:01:55** Local: **C. CIRURGICO**

**CREATININA**

Resultado **0,86**

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
 Mulheres: 0,50 a 0,90

RITMO DE FILTRACAO GLOMERULAR ESTIMADO (MDRD)

Adulto não-negro	109	mL/min/1,73 m2
Adulto negro	132	mL/min/1,73 m2

Valores de referência:

ADULTO MAIOR DE 18 ANOS: SUPERIOR A 60 mL/min/1,73 m2

Nota:

- Rítmo de filtração glomerular(RFG) é o melhor parâmetro da função renal. Valores persistentemente abaixo de 60 mL/min/1,73m2 estão relacionados com doença renal crônica.
- A estimativa de ritmo de filtração glomerular deve ser usada com cautela em pacientes hospitalizados, considerando morbidades que levem a desnutrição, flutuações do nível sérico de creatinina e uso de medicamentos que interfiram na dosagem desta. Esta estimativa não deve ser usada para ajustar dose de medicamentos.

Referência:
Stevens L.A., et al. Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Filtration Rate. N Engl J Med. 2006;354:2473-83.

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)

Material: SORO

UREIA

Resultado **36**

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)

Material: SORO



Dra. Dayselane Oliveira Brandão
FARMACÉUTICA/BIOQUÍMICA
CRF-PB 03022-CPP/062.767.674-26



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

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

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 99838.9135

Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506

Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741

Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151

Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088

Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centro, Fone: 83 98184.1643

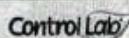
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708

Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051

Unidade Esperança - Rua Juviniano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149

Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>

Número do documento: 20112511294733600000035384648



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 40



GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário
Data da Operação	21/09/17	Enf.
Operador	Dr. J. Bento	1º Auxiliar Dr. J. Bento
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório f x exposte perur 23/11		
Tipo de Operação LMC		
Diagnóstico Pós-Operatório 0 mes		
Relatório Imediato da Patologia d		
Exame Radiológico no Ato N2		
Acidente Durante a Operação N2		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

11) Paciente em DPH sem anestesi

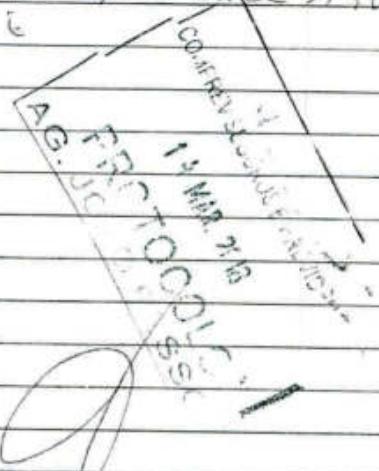
21) Asepsia e anti-asepsia

31) Cepos esteriles

41) LMC Fiss de Fratura com SF 0,9 - evasão

51) Passo triz + transfixador, parceria

61) Sutura + curativos



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 42

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Roque Martins de Oliveira DN: 20/05/1984 QI: LEITE Sala 04 CONVÉNIO SUS IDADE 33a REGISTRO 1515578 CIRURGIA Dr. Fábio Paulet + Traçado ANESTESIA Dr. Socorro Abnantes INSTRUMENTADORA DATA 30/09/2017 INÍCIO 23:00 FIM 00:00					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
CIRURGIA Dr. Fábio Paulet ANESTESIA Dr. Socorro Abnantes						
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	01	Calej. p/ Oxiq.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	10	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
01	Dolantina amp.		Cotonoides		Catgut Simples Sertix	
01	Efréoml eletroima		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
01	Mecetina Neocain n° ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin. amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proligmine amp.	01	Espasrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido /m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	06	Gase Pacote c/ 10 unidades	02	Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H2O ml	02	Mononylon 2-0	..
	Thionembutal ml		Intracath Adul		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	05	Luvas de deprecau.		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fliebocortil amp.	02	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	01	Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glúcon de Cálcio amp.	01	Polifix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lansix amp	06	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	03	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp	02	Seringa desc. 20 ml	03	SG Ringr fr 500 ml ...	
	Proliamina	01	Seringa desc. 05 ml	04	SG fr 500 ml plasleptina	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuperton amp.		Sonda Venosa	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Salolatina 1g e etazolina		Sonda Nasogástrica			
02	andansetamina		Sonda Uretral nº			
			Steridrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaseline ml			
02	Aiguila desc. 25 x 7		Gelcon 18			
02	Aiguila desc. 28 x 26		Latese			
01	Aiguila desc. 3 x 4,5				EQUIPAMENTOS	
01	Aiguila p/ raque nº 27	05	Utricodes		(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxímetro de Pulso	(<input type="checkbox"/>) Foco Auxiliar
EVIS	Alcool de Enfermagem 70%	03	escovaspina		(<input type="checkbox"/>) Serra	(<input type="checkbox"/>) Eletrocautério
02	Alcool Iodado ml				(<input type="checkbox"/>) Desfibrilador	(<input checked="" type="checkbox"/>) Oxicapôgrafo
02	Ataduras de Crepon 30cm				(<input type="checkbox"/>) Foco Frontal	(<input checked="" type="checkbox"/>) Cardiomonitor
	Ataduras de Gessada				(<input checked="" type="checkbox"/>) Fonte de Luz	(<input checked="" type="checkbox"/>) Perfurador Elétrico
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RE: ~~BRUNA MENEZES~~ ~~BRUNA MENEZES~~ ~~BRUNA MENEZES~~

Técnica de Enfermagem

COREN: 542.021

MOD 065



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 44



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

5-1

Paciente: Rogério Martins de Oliveira Idade: 33
Convênio: SUS Data: 01/10/11
Procedimento: Trat. Expert de Penile D' + Trat. Cura + Fissão

Observações:

Realizadas a posseção de terra dentro da divisão de terras.

~~Dr. Thales Portela Barbosa
Médico Anestesiologista
CRM 7987 PR~~

Assinatura Anestesista

Laise Albuquerque de Almeida
ENFERMEIRA
COBEN-PA 506-355

Relatório de Operação

MDD-103





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 46



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado Angélica Pinto de Araújo
pessoa responsável pelo doente Regis Martins de Oliveira
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

RG. 2915 806 SSP/Pb.

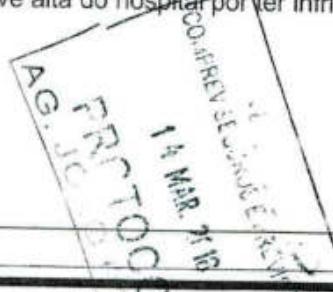
Em, 06 de 10 de 17

X Angélica P. de Araújo

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.



Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 48

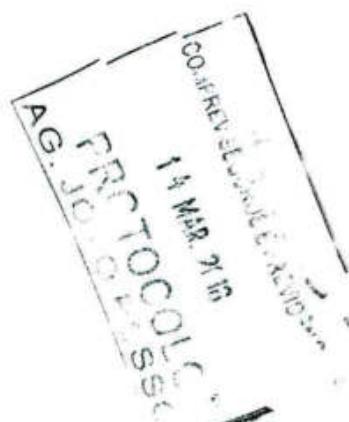


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 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		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Dr. Thales Portela Barbosa
Médico Anestesiologista
CRM 7987-PB

Assinatura do anestesista





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 52



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 54



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 56



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 58

04 Paciente evoluí consciente, orientado, normotensão,
10 realizando curvatura, encontra-se com SVD, sem
17 queixas, segue aos cuidados da enfermagem.
PA: 120x80mmHg.

04 PA: 130 x 80 mmHg T: 36°C FC: 84 FR: 24
10
15 Emerson Turgid S. A.
ENTERIMENTO
CORPO PR. 145 125

Emerson Tinguado S. Ab
ENFERMEIRO
COBEN-PR-46-128





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 60



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 62



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 64



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

00000000000000000000000000000000

Ex-exports fermeiro 00000000000000000000000000000000

PRE OP:

Paciente: Boque Marcha | Alojamento: | Leito: | Convênio: |

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1/10	1 DIETA LIVRE		
2	SF 0,9% 1500ML EV 24H		#ORTOPÉDIA# DTH: ____
3	CLINDA 600 MG EV 6/6 H		
4	DIPRONA 2ML EV 6/6H		
5	GENTA 240 mg EV 1X/DIA		BEG ESTABELE
6	OMERAZOL 40MG EV JEJUM		SEM INTERCORRÊNCIAS
7	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N		DURESE + ENVALUÇÕES
8	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8H S/N		
9	TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N		
10	XARELTO 15MG 1 CP VO 1 X DIA		
11	CURATIVO 1 X DIA		
12	SSW + CCCG		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			
112			
113			
114			
115			
116			
117			
118			
119			
120			
121			
122			
123			
124			
125			
126			
127			
128			
129			
130			
131			
132			
133			
134			
135			
136			
137			
138			
139			
140			
141			
142			
143			
144			
145			
146			
147			
148			
149			
150			
151			
152			
153			
154			
155			
156			
157			
158			
159			
160			
161			
162			
163			
164			
165			
166			
167			
168			
169			
170			
171			
172			
173			
174			
175			
176			
177			
178			
179			
180			
181			
182			
183			
184			
185			
186			
187			
188			
189			
190			
191			
192			
193			
194			
195			
196			
197			
198			
199			
200			
201			
202			
203			
204			
205			
206			
207			
208			
209			
210			
211			
212			
213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			
225			
226			
227			
228			
229			
230			
231			
232			
233			
234			
235			
236			
237			
238			
239			
240			
241			
242			
243			
244			
245			
246			
247			
248			
249			
250			
251			
252			
253			
254			
255			
256			
257			
258			
259			
260			
261			
262			
263			
264			
265			
266			
267			
268			
269			
270			
271			
272			
273			
274			
275			
276			
277			
278			
279			
280			
281			
282			
283			
284			
285			
286			
287			
288			
289			
290			
291			
292			
293			
294			
295			
296			
297			
298			
299			
300			
301			
302			
303			
304			
305			
306			
307			
308			
309			
310			
311			
312			
313			
314			
315			
316			
317			
318			
319			
320			
321			
322			
323			
324			
325			
326			
327			
328			
329			
330			
331			
332			
333			
334			
335			
336			
337			
338			
339			
340			
341			
342			
343			
344			
345			
346			
347			
348			
349			
350			
351			
352			
353			
354			
355			
356			
357			
358			
359			
360			
361			
362			
363			
364			
365			
366			
367			
368			
369			
370			
371			
372			
373			
374			
375			
376			
377			
378			
379			
380			
381			
382			
383			
384			
385			
386			
387			
388			
389			
390			
391			
392			
393			
394			
395			
396			
397			
398			
399			
400			
401			
402			
403			
404			
405			
406			
407			
408			
409			
410			
411			
412			
413			
414			
415			
416			
417			
418			
419			
420			
421			
422			
423			
424			
425			
426			
427			
428			
429			
430			
431			
432</td			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 66



GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

At the Woods of Honor
Concord

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRAIAMENDO

2099151





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 68



Dra. Sonaly de Fatima Cavalcanti CREFITO 6637
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415
Habilitada no TJPB PARA Perícias DPVAT

LAUDO CINETICO FUNCIONAL

Roque Martins de Oliveira
Endereço: Sítio Lagoa. S/n. Zona Rural. Santo André. PB.

Data do Sinistro: 31 de setembro de 2017.
Acidente de Moto.

Socorrido para o Hospital de Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar). Posteriormente encaminhado para o Hospital Antônio Targino.

Descrição da vítima: Apresentava fratura no fêmur esquerdo.

Tratamento: cirúrgico 1. Realizada no dia 31/09/2017 para colocar tração.
2. Realizada no dia 06/10/2017 para fixação com placa e parafusos.

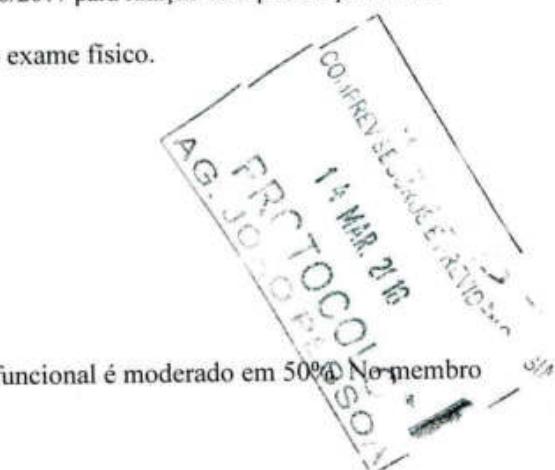
Apresentou as seguintes sequelas diante ao exame físico.

FEMUR ESQUERDO

- Edema
- Dor aos esforços.
- Diminuição da força
- Atrofia muscular
- Claudicação
- Não consegue andar rápido e correr

Conclusão: O grau de incapacidade físico-funcional é moderado em 50% No membro inferior esquerdo.

Campina Grande 05 de fevereiro de 2018.



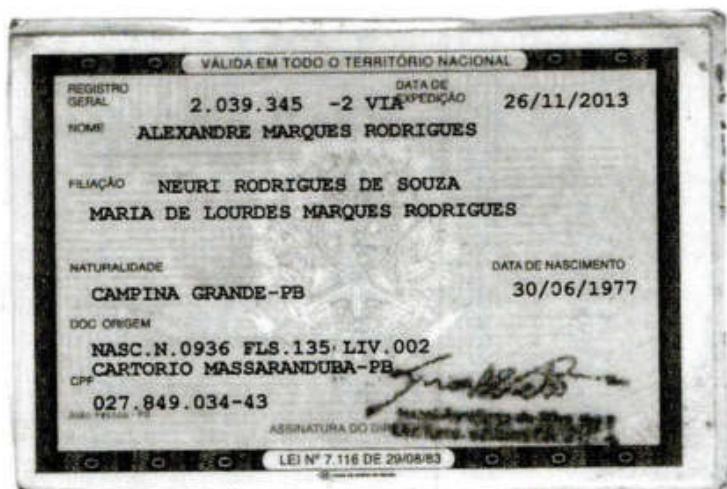
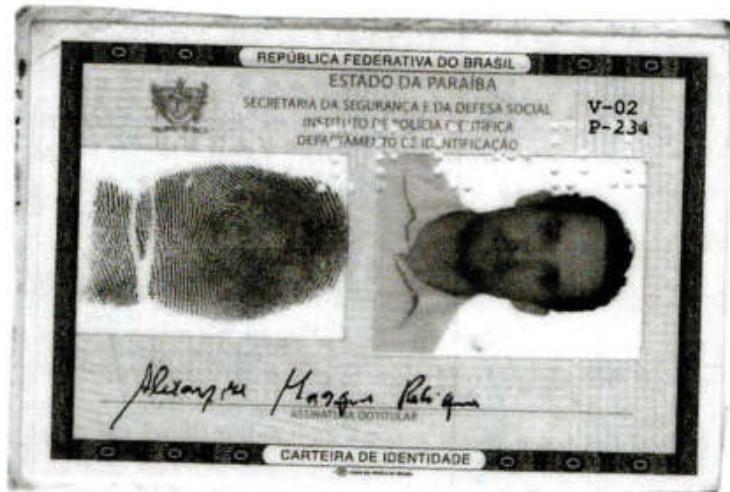
Rua. Otaviano Bezerra da Cunha, 81. Prata. Campina Grande. PB. Cel. 83.9.8801.8127





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 70



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
1	774213272
ANTONIO CARLOS DE ARAUJO R AROLDO NASCIMENTO CABRAL 755 JD CONTINENTAL 58100000 CAMPINA GRANDE - PB 26259460406	
MOT5941/PB	
IVANDRO SALES	
NOVO	PB 9C2JJD17202R003877
PAS/MOTOCICLETA	
HONDA/XLR 125 BR	
2 P/12 C/1 PLUTON	
SEM RESERVA DE PÁGINA	
CAMPINA 9989	



PARA LIDER

VITIMA: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

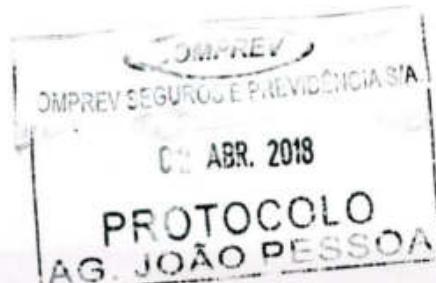
BNEFICIARIO: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

SINISTRO N° 3180/119957

Por essa carta venho INFORMAR a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, haja vista, não conseguir localizar o proprietário da moto, pois o mesmo se encontra em local incerto, como foi mencionado na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível de fornecer as informações que vocês da líder estão exigindo, principalmente, essa declaração, pois o mesmo é pessoa desconhecida da vitima e da família, assim, pessoa a compreensão de vocês da Lider, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Santo Andre-PB, 26 de Março de 2018.

Roque Martins de Oliveira.



PARA LIDER

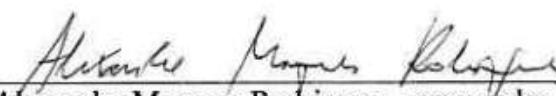
VITIMA:ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

BNEFICIARIO: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

SINISTRO N° 3180/019957

Por essa carta venho, eu Alexandre Marques Rodrigues, já qualificado na procuração junto a esse processo, e na qualidade de procurador do beneficiario, ratificar o que foi mencionado pela vitima em informações anteriores, sobre a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, conforme, consta na certidão de ocorrência anexa ao processo, ficando impossível as informações que vocês da líder estão exigindo, pois o proprietário da moto, é pessoa desconhecida da familia, ou seja, a vitima a conheceu apenas no dia que comprou a moto, e por esse motivo, não conseguiu realizar a transfencia da propriedade da moto para seu nome, assim, pesso a compreensão de vocês da Lider, para que possa dar prosseguimento a esse sinistro.

Campina Grande-PB, 17 de Abril de 2018.


Alexandre Marques Rodrigues – procurador

23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



carta

Para bônus

Vítima Roque Martins de Oliveira

Sinistro nº 31801119957



Por esta carta venho informar a impossibilidade de apresentar a declaração de propriedade da moto envolvida no acidente, haja vista, não conseguindo localizar o proprietário da moto, pois o mesmo se encontra em local incerto como foi mencionado na certidão de ocorrência anexa ao presente caso, ficando impossível de fornecer as informações que vocês da Lider estão exigindo, principalmente, essa declaração pois mesmo a pessoa desconhecida da vítima e da família, assim como pessoa a comprovar seu parentesco ao meu proprietário.

Santo André-PB 15 de junho de 2018

Roque Martins de Oliveira



A Lider - Seguros

SR. Analista de Seguros

Beneficiário (vítima) Roque Martins de Oliveira
Sinistro nº. 3180/119957

Em papel matins de Oliveira já divulgaram
qualificada no sinistro a cima mencionada
versão através desta falar que deixa man-
cada uma perícia médica. Ioga visto
não concordar com o valor pago em
relação a gravidade de minha lesão
conforme laudo aterrizado fornecido uma
perita, que segue em anexo assim
espero contar com a compreensão por
parte da rosas da Lider, para passar por
uma valigação médica, e assim
comprovar o grau da minha debilidade.

Santo André. PB

Roque Martins de Oliveira

03 de setembro 2018

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA



Procuração Particular

SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos vinte nove (29) dias mês de janeiro do ano de Dois Mil e dezoito (2018), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, portador da Carteira de Identidade nº 2.915.806-SSP/PB, e CPF. nº 061.260.004-12, residente e domiciliado no sitio Lagoa de Baixo, s/nº - na Zona Rural da cidade de Santo Andre-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.

Campina Grande-PB, 29 de Janeiro de 2018.

Roque Martins de Oliveira
OUTORGANTE

Reconheço a firma de *Roque Martins de Oliveira*
por autenticidade.
Efetuei *ssaluuu* da verdade dia 30
Santo Agostinho, 30 de 01 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092023/18

Número do Sinistro: 3180119957

Vítima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

CPF: 061.260.004-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2017

Titular do CPF: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2018
Nome: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
CPF: 027.849.034-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:29:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511294733600000035384648>
Número do documento: 20112511294733600000035384648

Num. 37077792 - Pág. 78

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180119957 **Cidade:** Santo André **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR DISTAL ESQUERDO+ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO+ATROFIA MUSCULAR+EDEMA RESIDUAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

CRM do médico: 5253342-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

