



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	2766779_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

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

Nº Sinistro: **3180119957**

Vítima: **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

Pag. 00229/00230 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vítima: **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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00149/00150 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12548427



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vítima: **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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00295/00296 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12629680



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180119957

Vítima: 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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00375/00376 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12719731



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

Pag. 01501/01502 - carta_15R - INVALIDEZ

00020751



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3180119957**
Vítima: **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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00013/00014 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13381156



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

061.260.004-12

Nome completo da vítima

ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

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 a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> BANCO DO BRASIL 001	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (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

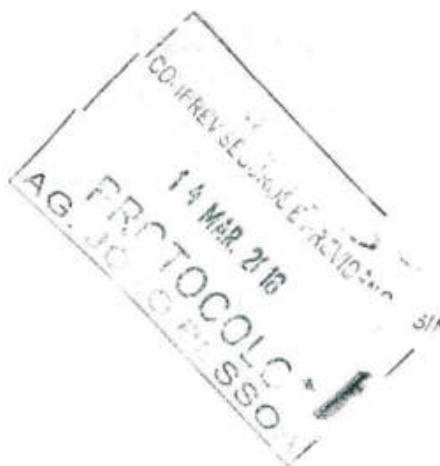
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 V001/2017



2 FOLIO







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 Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 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 Nº 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 Nº 2.915.806, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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 Araújo, 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

AG PROTOCOLO
11 MAR 2018





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 Nº 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 Nº 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 Nº 2.915.806, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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
JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

Roque Martins de Oliveira

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



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

posso comprovar 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: Roque Martins de Oliveira



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISQUE MARTINS DE OLIVEIRA,
 RG nº 2.915.602, data de nascimento 09/03/2001, CPF nº 057.560.004-12,
 declaro que sou residente e domiciliado no endereço abaixo descrito, com o qual não tenho qualquer outro vínculo residencial.
 Endereço: SITIO LAGOA DE BAIXO,
 Município: SIN,
 Estado: ÁREA RURAL,
 CEP: 58.675-000,
 Telefone: (33) 9.8889-3447 / (33) 9.8878-8130,
 E-mail: RECUSOU.

Por este documento, informo-me.

Local e data: SANTO ANDRÉ - 29 DE JANEIRO DE 2018
 Assinatura do Declarante: _____



CO-IF KEY SE
14 MAR 21 10
SSO



ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES
RUA DR SEBASTIAO PEDROSA, 25/A - MIRANTE
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58407549 (AQ: 401)

Emissão: 08/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 986401180
Roteiro: 3-401-199-3990 Nº medidor: 00008071254

ENERGISA BORSOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Alça Substrel - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ: 06.828.596/0001-25 Insc. Est. 16.033.829-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.006.267
Cód. para Débito Automático: 00002420669

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018 08/01/2018 05/02/2018 2784903443
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/242066-9

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 07/12/17	Leitura 5452	Data 08/01/18	Leitura 5541	
Demonstrativo				
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alça (cm/R\$)
0801	Consumo em kWh	148,000	0,625320	93,17
0801	Adic. B. Vermeia			4,87
0801	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			12,05
0801	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 110,09 99,04 28,47 99,04 0,92 3,75

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

Histórico de Consumo (kWh)

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 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000 | 1001 | 1002 | 1003 | 1004 | 1005 | 1006 | 1007 | 1008 | 1009 | 1010 | 1011 | 1012 | 1013 | 1014 | 1015 | 1016 | 1017 | 1018 | 1019 | 1020 | 1021 | 1022 | 1023 | 1024 | 1025 | 1026 | 1027 | 1028 | 1029 | 1030 | 1031 | 1032 | 1033 | 1034 | 1035 | 1036 | 1037 | 1038 | 1039 | 1040 | 1041 | 1042 | 1043 | 1044 | 1045 | 1046 | 1047 | 1048 | 1049 | 1050 | 1051 | 1052 | 1053 | 1054 | 1055 | 1056 | 1057 | 1058 | 1059 | 1060 | 1061 | 1062 | 1063 | 1064 | 1065 | 1066 | 1067 | 1068 | 1069 | 1070 | 1071 | 1072 | 1073 | 1074 | 1075 | 1076 | 1077 | 1078 | 1079 | 1080 | 1081 | 1082 | 1083 | 1084 | 1085 | 1086 | 1087 | 1088 | 1089 | 1090 | 1091 | 1092 | 1093 | 1094 | 1095 | 1096 | 1097 | 1098 | 1099 | 1100 | 1101 | 1102 | 1103 | 1104 | 1105 | 1106 | 1107 | 1108 | 1109 | 1110 | 1111 | 1112 | 1113 | 1114 | 1115 | 1116 | 1117 | 1118 | 1119 | 1120 | 1121 | 1122 | 1123 | 1124 | 1125 | 1126 | 1127 | 1128 | 1129 | 1130 | 1131 | 1132 | 1133 | 1134 | 1135 | 1136 | 1137 | 1138 | 1139 | 1140 | 1141 | 1142 | 1143 | 1144 | 1145 | 1146 | 1147 | 1148 | 1149 | 1150 | 1151 | 1152 | 1153 | 1154 | 1155 | 1156 | 1157 | 1158 | 1159 | 1160 | 1161 | 1162 | 1163 | 1164 | 1165 | 1166 | 1167 | 1168 | 1169 | 1170 | 1171 | 1172 | 1173 | 1174 | 1175 | 1176 | 1177 | 1178 | 1179 | 1180 | 1181 | 1182 | 1183 | 1184 | 1185 | 1186 | 1187 | 1188 | 1189 | 1190 | 1191 | 1192 | 1193 | 1194 | 1195 | 1196 | 1197 | 1198 | 1199 | 1200 | 1201 | 1202 | 1203 | 1204 | 1205 | 1206 | 1207 | 1208 | 1209 | 1210 | 1211 | 1212 | 1213 | 1214 | 1215 | 1216 | 1217 | 1218 | 1219 | 1220 | 1221 | 1222 | 1223 | 1224 | 1225 | 1226 | 1227 | 1228 | 1229 | 1230 | 1231 | 1232 | 1233 | 1234 | 1235 | 1236 | 1237 | 1238 | 1239 | 1240 | 1241 | 1242 | 1243 | 1244 | 1245 | 1246 | 1247 | 1248 | 1249 | 1250 | 1251 | 1252 | 1253 | 1254 | 1255 | 1256 | 1257 | 1258 | 1259 | 1260 | 1261 | 1262 | 1263 | 1264 | 1265 | 1266 | 1267 | 1268 | 1269 | 1270 | 1271 | 1272 | 1273 | 1274 | 1275 | 1276 | 1277 | 1278 | 1279 | 1280 | 1281 | 1282 | 1283 | 1284 | 1285 | 1286 | 1287 | 1288 | 1289 | 1290 | 1291 | 1292 | 1293 | 1294 | 1295 | 1296 | 1297 | 1298 | 1299 | 1300 | 1301 | 1302 | 1303 | 1304 | 1305 | 1306 | 1307 | 1308 | 1309 | 1310 | 1311 | 1312 | 1313 | 1314 | 1315 | 1316 | 1317 | 1318 | 1319 | 1320 | 1321 | 1322 | 1323 | 1324 | 1325 | 1326 | 1327 | 1328 | 1329 | 1330 | 1331 | 1332 | 1333 | 1334 | 1335 | 1336 | 1337 | 1338 | 1339 | 1340 | 1341 | 1342 | 1343 | 1344 | 1345 | 1346 | 1347 | 1348 | 1349 | 1350 | 1351 | 1352 | 1353 | 1354 | 1355 | 1356 | 1357 | 1358 | 1359 | 1360 | 1361 | 1362 | 1363 | 1364 | 1365 | 1366 | 1367 | 1368 | 1369 | 1370 | 1371 | 1372 | 1373 | 1374 | 1375 | 1376 | 1377 | 1378 | 1379 | 1380 | 1381 | 1382 | 1383 | 1384 | 1385 | 1386 | 1387 | 1388 | 1389 | 1390 | 1391 | 1392 | 1393 | 1394 | 1395 | 1396 | 1397 | 1398 | 1399 | 1400 | 1401 | 1402 | 1403 | 1404 | 1405 | 1406 | 1407 | 1408 | 1409 | 1410 | 1411 | 1412 | 1413 | 1414 | 1415 | 1416 | 1417 | 1418 | 1419 | 1420 | 1421 | 1422 | 1423 | 1424 | 1425 | 1426 | 1427 | 1428 | 1429 | 1430 | 1431 | 1432 | 1433 | 1434 | 1435 | 1436 | 1437 | 1438 | 1439 | 1440 | 1441 | 1442 | 1443 | 1444 | 1445 | 1446 | 1447 | 1448 | 1449 | 1450 | 1451 | 1452 | 1453 | 1454 | 1455 | 1456 | 1457 | 1458 | 1459 | 1460 | 1461 | 1462 | 1463 | 1464 | 1465 | 1466 | 1467 | 1468 | 1469 | 1470 | 1471 | 1472 | 1473 | 1474 | 1475 | 1476 | 1477 | 1478 | 1479 | 1480 | 1481 | 1482 | 1483 | 1484 | 1485 | 1486 | 1487 | 1488 | 1489 | 1490 | 1491 | 1492 | 1493 | 1494 | 1495 | 1496 | 1497 | 1498 | 1499 | 1500 | 1501 | 1502 | 1503 | 1504 | 1505 | 1506 | 1507 | 1508 | 1509 | 1510 | 1511 | 1512 | 1513 | 1514 | 1515 | 1516 | 1517 | 1518 | 1519 | 1520 | 1521 | 1522 | 1523 | 1524 | 1525 | 1526 | 1527 | 1528 | 1529 | 1530 | 1531 | 1532 | 1533 | 1534 | 1535 | 1536 | 1537 | 1538 | 1539 | 1540 | 1541 | 1542 | 1543 | 1544 | 1545 | 1546 | 1547 | 1548 | 1549 | 1550 | 1551 | 1552 | 1553 | 1554 | 1555 | 1556 | 1557 | 1558 | 1559 | 1560 | 1561 | 1562 | 1563 | 1564 | 1565 | 1566 | 1567 | 1568 | 1569 | 1570 | 1571 | 1572 | 1573 | 1574 | 1575 | 1576 | 1577 | 1578 | 1579 | 1580 | 1581 | 1582 | 1583 | 1584 | 1585 | 1586 | 1587 | 1588 | 1589 | 1590 | 1591 | 1592 | 1593 | 1594 | 1595 | 1596 | 1597 | 1598 | 1599 | 1600 | 1601 | 1602 | 1603 | 1604 | 1605 | 1606 | 1607 | 1608 | 1609 | 1610 | 1611 | 1612 | 1613 | 1614 | 1615 | 1616 | 1617 | 1618 | 1619 | 1620 | 1621 | 1622 | 1623 | 1624 | 1625 | 1626 | 1627 | 1628 | 1629 | 1630 | 1631 | 1632 | 1633 | 1634 | 1635 | 1636 | 1637 | 1638 | 1639 | 1640 | 1641 | 1642 | 1643 | 1644 | 1645 | 1646 | 1647 | 1648 | 1649 | 1650 | 1651 | 1652 | 1653 | 1654 | 1655 | 1656 | 1657 | 1658 | 1659 | 1660 | 1661 | 1662 | 1663 | 1664 | 1665 | 1666 | 1667 | 1668 | 1669 | 1670 | 1671 | 1672 | 1673 | 1674 | 1675 | 1676 | 1677 | 1678 | 1679 | 1680 | 1681 | 1682 | 1683 | 1684 | 1685 | 1686 | 1687 | 1688 | 1689 | 1690 | 1691 | 1692 | 1693 | 1694 | 1695 | 1696 | 1697 | 1698 | 1699 | 1700 | 1701 | 1702 | 1703 | 1704 | 1705 | 1706 | 1707 | 1708 | 1709 | 1710 | 1711 | 1712 | 1713 | 1714 | 1715 | 1716 | 1717 | 1718 | 1719 | 1720 | 1721 | 1722 | 1723 | 1724 | 1725 | 1726 | 1727 | 1728 | 1729 | 1730 | 1731 | 1732 | 1733 | 1734 | 1735 | 1736 | 1737 | 1738 | 1739 | 1740 | 1741 | 1742 | 1743 | 1744 | 1745 | 1746 | 1747 | 1748 | 1749 | 1750 | 1751 | 1752 | 1753 | 1754 | 1755 | 1756 | 1757 | 1758 | 1759 | 1760 | 1761 | 1762 | 1763 | 1764 | 1765 | 1766 | 1767 | 1768 | 1769 | 1770 | 1771 | 1772 | 1773 | 1774 | 1775 | 1776 | 1777 | 1778 | 1779 | 1780 | 1781 | 1782 | 1783 | 1784 | 1785 | 1786 | 1787 | 1788 | 1789 | 1790 | 1791 | 1792 | 1793 | 1794 | 1795 | 1796 | 1797 | 1798 | 1799 | 1800 | 1801 | 1802 | 1803 | 1804 | 1805 | 1806 | 1807 | 1808 | 1809 | 1810 | 1811 | 1812 | 1813 | 1814 | 1815 | 1816 | 1817 | 1818 | 1819 | 1820 | 1821 | 1822 | 1823 | 1824 | 1825 | 1826 | 1827 | 1828 | 1829 | 1830 | 1831 | 1832 | 1833 | 1834 | 1835 | 1836 | 1837 | 1838 | 1839 | 1840 | 1841 | 1842 | 1843 | 1844 | 1845 | 1846 | 1847 | 1848 | 1849 | 1850 | 1851 | 1852 | 1853 | 1854 | 1855 | 1856 | 1857 | 1858 | 1859 | 1860 | 1861 | 1862 | 1863 | 1864 | 1865 | 1866 | 1867 | 1868 | 1869 | 1870 | 1871 | 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | 1879 | 1880 | 1881 | 1882 | 1883 | 1884 | 1885 | 1886 | 1887 | 1888 | 1889 | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 | 1897 | 1898 | 1899 | 1900 | 1901 | 1902 | 1903 | 1904 | 1905 | 1906 | 1907 | 1908 | 1909 | 1910 | 1911 | 1912 | 1913 | 1914 | 1915 | 1916 | 1917 | 1918 | 1919 | 1920 | 1921 | 1922 | 1923 | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 | 1928 | 1929 | 1930 | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1943 | 1944 | 1945 | 1946 | 1947 | 1948 | 1949 | 1950 | 1951 | 1952 | 1953 | 1954 | 1955 | 1956 | 1957 | 1958 | 1959 | 1960 | 1961 | 1962 | 1963 | 1964 | 1965 | 1966 | 1967 | 1968 | 1969 | 1970 | 1971 | 1972 | 1973 | 1974 | 1975 | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 | 2100 | 2101 | 2102 | 2103 | 2104 | 2105 | 2106 | 2107 | 2108 | 2109 | 2110 | 2111 | 2112 | 2113 | 2114 | 2115 | 2116 | 2117 | 2118 | 2119 | 2120 | 2121 | 2122 | 2123 | 2124 | 2125 | 2126 | 2127 | 2128 | 212

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 junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA		25	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MIRANTE	CAMPINA GRANDE	PB	58.407-548
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
alexandredpvat@hotmail.com	(83) 3342-2471	(83) 9.9128-1980	

CAMPINA GRANDE, 29 de JANEIRO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

1 V001/2017





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 06/10/2017
HORA: 14:42:14



2258816

Prontuário 635315	Nome do Paciente ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA	Nascimento 20/05/1984	Idade 33	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião
Estado Civil	CPF 61.280.004-12	RG 2915806 SSP PB	Grau de instrução		Profissão	Fone Residencial Fone Trabalho	
Filiação	Complemento Endereço						
Mãe: MARIA MARTINS DE OLIVEIRA	Pai: ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA						
Endereço SIT.LAGOA,SN - ZONA RURAL, SANTO ANDRE-PB CEP:							
Atendimento 2258816	Hora 14:35	Setor 3008-SECRETARIA CONVENIOS	Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA				
Médico Atendente 1155-GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA	Nº Carteira		Validade	Motivo Atendimento 4-INTERNACAO/URGENCIA			
Plano / Convênio 37-PACOTE/1-PACOTE	Nº CNS						
Posto ALA LUCIANO LOBO	Acomodação 203005 ENFERMARIA 40	Leito ENF-40-01	*635315*				
Guia INTERNACAO	Procedimento 9996666 INTERNACAO						

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Endereço: SIT LAGOA, SIN Bairro ZONA RURAL, SANTO ANDRE-PB
Telefone: 9 8882-5565

CAMPINA GRANDE . 06 de Outubro de 2017

LUCAS MARTINS DA SILVA
Responsável pelo Atendimento

ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA
Responsável pelo Paciente

RX REALIZADO

EM, 06/10/2017

R4310I



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

PACIENTE: Roberto Martins de Oliveira 33 anos
CONVÊNIO: Parate SUS ☐ PRONTUÁRIO: 635315/2258816
DATA: 06/10/17 CIRURGIÃO: Tratamento cirurgico de fratura fêmur
CIRURGIÃO: Dr. Frederico Esquerda
AUXILIAR:
ANESTESISTA: Dr. Vanessa
CIRCULANTE: família N.º: Selaos HORÁRIO: INÍCIO: 15:40 FINAL: 16:40

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA 1ml	03
28819	RANITIDINA 15mg	03
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA 500mg	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA 80mg	01
5304	DEXAMETASONA 4mg	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON 8mg	01
70572	TILATIL 40mg	
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	18 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	DIEMPAZ 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	2ml
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
	ETOMIDATO	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	01
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI N° 25x	01
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA DESCARTÁVEL N°	04
	ESCOVA DESCARTÁVEL	04
25x28	COMPRESSAS C. opus	10x2
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPOR LARGO	
3379	MICROPOR FINO	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	01
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO 10x10	02
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	02
3719	SERINGA DE 05cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO 80cm	
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N° 20	04
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 8.5	01
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2500	GAZES 75x75x15 08 pacotes	
3549	LUA PROCEDIMENTO 04 pacotes	
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
0430	MONONYLON N° 20	03
	CROMADO S/A N°	
0440	CROMADO C/A N° 2	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL 30ml	
2631	ÉTER 20ml	
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE 100ml	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA 100ml	
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO 07/L	
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS RX	
	BISTURI ELÉTRICOS	TC
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	TC
	OXÍMETRO DE PULSO	TC
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	2000ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	1500ml
	HISOCCEL	
	MANTOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	Cidptadap / 100	01







1ª Via Branca - Hospital
2ª Via Amarela - Anestesiologia
3ª Via Rosa - Faturamento
4ª Via Azul - Cirurgião

CIRURGIA

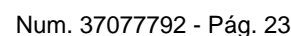
☐ ELETIVA ☒ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA: 06/01/90





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





PACIENTE: <u>ROQUE M. O. MOREIRA</u>	
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:
DATA DA OPERAÇÃO: <u>6/10/17</u>	ENFERMARIA: LEITO:
OPERADOR: <u>Godão</u>	
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: <u>V. MESSA</u> TIPO DE ANESTESIA: <u>BLOQ.</u>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FRATURA DO FÊMUR</u>	
TIPO DE OPERAÇÃO: <u>REF. CÍR. FRATURA DO FÊMUR</u>	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>O NEURO</u>	
RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: <u>FR. II LUNDALE</u>	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: <u>NÃO OCORREU.</u>	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

1)	fratura do fêmur
2)	fratura do fêmur
3)	coluna de fêmur
4)	Acervo fêmur
5)	fratura do fêmur
6)	fratura do fêmur
7)	fratura do fêmur

[Assinatura]

CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Rogério Vantun de Oliveira
ALA: Dr. Leonardo Lobo CEITO: HB 401 CONVÊNIO: Racofe

DIAGNÓSTICO:

DATA: 06/10/17

MEDICAMENTOS	HORÁRIO			
06 D. L.				
10 Ringer 2000/24	18	23	05	
10 Cefazolin 400 EV 12/18	18	06		
17 Cefazolin 1g EV 12/18	18	23	05	
Decidua 2g EV 12/18	18	06		
Amoxicilina 2x 500	18			
Omeprazol 2x 20	18			
92				

Dr. Celso Roberto Nascimento
CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO MÉDICA

06 Paciente com fratura exposta
10 do fêmur com perda de
17 substância HA aproximadamente
07 (Sete) dias.

92
Revisão futura do fêmur

Dr. Celso Roberto Nascimento
CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

Dr. Celso Roberto Nascimento
CRM 1863 - CPF 131.247
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Rogério Martins de Oliveira

IDADE: 35a

S.A.: huvendo 1/2

LEITO: 40-1

MÉDICO: Paro

DATA: 06/10/17

MANHÃ

TARDE

Paciente estável, consciente, acordado, dieta fraca VO, deuru p/SVD, p/1 di frut fêmur, feito Rx de controle medicado c. p. n, segue aos cuidados gerais.

[Assinatura]
Rogério da Silva Aguiar
Téc. de Enfermagem
COREN/PB 608207

NOCITE

Paciente evoluiu p.o estável consciente, orientado SVU agudas m.e.p.m segue aos cuidados de enfermagem

[Assinatura]
Henika Simone S. Arruda
Técnica de Enfermagem
COREN 487.425

COPIA EM SEU ARQUIVO E RECORRER
13 MAR 2018
PRCTOCOL
AG. JOAO PESSOA





HOSPITAL
ANTÔNIO TARGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

RAA:

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA:

MANHÃ

TARDE

NOITE



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



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,48	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	13,0	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	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.

LEUCOGRAMA

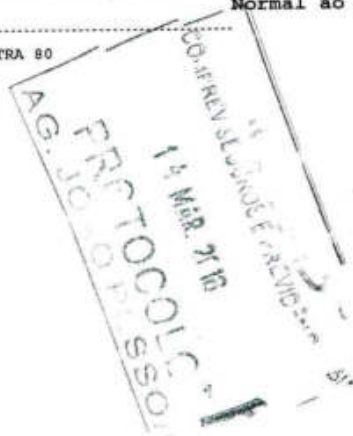
Leucócitos	9750	/mm3	3800 - 10000
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	76	7410	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	98	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	17	1658	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	6	585	2-10 72-1000

Série Branca: Leucócitos morfologicamente conservados.

PLAQUETAS	241000	/mm3	140.000 - 450.000
-----------	--------	------	-------------------

Série Plaquetária: Normal ao exame do esfregaço

Método: AUTOMAÇÃO ABX PENTRA 80
 Material: SANGUE TOTAL



Dra. Daylane Oliveira Brandão
 FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
 CRP-PB 03022-CPP/082.767.074-20



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 interpreta-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, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, 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 Juvêncio Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catiguera - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPO
 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



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: **DUKE**

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. Dayliane Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
CRP-PB 03022-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 José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4638, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, 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 Juviano 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 Laboratório Médico



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. 37



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

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:

- Ritmo de filtração glomerular(RFG) e 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.

Metodo: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)

Material: SORO

UREIA

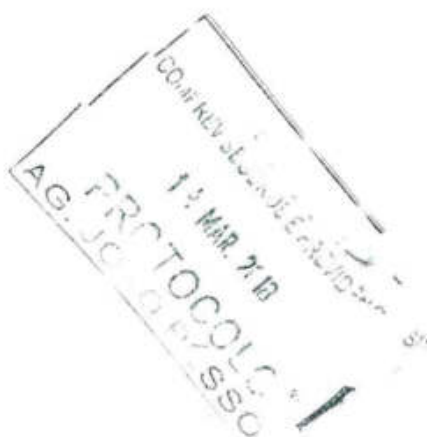
Resultado **36**

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

Metodo: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)

Material: SORO



Dra. Dayllane Oliveira Brandão
FARMACÊUTICA/BIOQUÍMICA
CRF-PB 03822-CPF: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 / 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, Centenário, 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 Juvêncio Sobrinho, 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





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Roque Martins de Oliveira DN: 20/05/1984						GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	Sala 04	SUS	33a	1515578			
CIRURGIA	F. Tracato	D	CIRURGIÃO	Dr. João Paulo +			
ANESTESIA	Raquia nestesia		ANESTESIA	Dr. Socorro Abnantes			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM				
	30/09/2017	23:00	00:00				
Qt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qt.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calet. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande - -		Catgut cromado Sertix		
01	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
01	Efene ml clodrina		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan 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	Morfina 1 mecaína 8% /usada		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Proligmine amp.		Espardrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak		
	Protóxido l/m		Furacin ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades :2:		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml	02	Mononylon 2-0 ..		
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrimum amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qt.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Diglirona amp.		Luvax 70 defluorad.		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.		Luvax 7.5		Vicryl Sertix		
	Fiebo cortid amp.		Luvax 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvax 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucan de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qt.	SOROS		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor 1/1		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrofinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	03	SG Ringr fr 500 ml ...		
	Proglimina		Seringa desc. 05 ml	06	SE fr 500 ml plassepsia		
	Revivan amp.		Sonda 7	Qt.	ORTESE E PRÓTESE		
	Suptanon amp.		Sonda 10				
02	Gelatina 1g efazolina		Sonda Nasogástrica				
02	andanzetina		Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
			Tomeirinha				
Qt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
02	Agulha desc. 25 x 28		Latese				
	Agulha desc. 3 x 4.5		Latexados				
01	Agulha p/ raque nº 27		Escovas p/ mãos				
KVS	Alcool de Enfermagem 70%						
	Alcool Iodado ml						
02	Ataduras de Crepon 30cm						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				EQUIPAMENTOS			
				(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar		
				() Serra	() Eletrocautério		
				() Desfibrilador	(X) Oxícapnógrafo		
				() Foco Frontal	(X) Cardiomonitor		
				(X) Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico		

CIRCULANTE RESPOSTA: **Brigitte Arcoverde Cavalcanti de Azevedo**
Técnica de Enfermagem
COREN: 542.021
MOD 065







Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Regina Martins de Oliveira		Idade:	33a
Convênio:	SUS		Data:	01/10/12
Procedimento:	Trat. Exposto de Fenix D + Trat. Cirur. + Troca			
Cirurgião:	Dr. João Paulo	Auxiliar:	Anestesista:	Dr. Sérgio Abramo
Início:	23:00h	Término:	00:00h	Anestesia Raquianestesia

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
00:30	136 x 74	84	97%	Alderi + Kajane	—	consciente
02:00	132 x 69	80	97%	Alderi + Kajane	—	consciente
03:30	114 x 67	74	96%	—	+	consciente
04:20	120 x 66	73	97%	—	+	—
05:00	120 x 66	73	97%	—	+	+
06:05	120 x 68	73	97%	—	+	consciente
07:10	114 x 61	67	98%	Laise Albuquerque de Almeida	+	consciente
08:10	131 x 68	74 bpm	98%	ENFERMEIRA	+	Quemado
09:00	122 x 73	71 bpm	98%	CORREIA-PB 506.355	+	Quemado

[illegible]

Observações:

Realizada a passagem de uma ponto de clusão de 10-15.

Dr. Thales Portela Barbosa
Médico Anestesiologista
CRM 7987-PB

Assinatura Anestesiista

RECIBO
14 MAR 2015
15:00
Laise Albuquerque de Almeida
ENFERMEIRA

Relatório de Operação

MCD. 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



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 Angelica Paulo de Araújo
pessoa responsável pelo doente Rogério Martins de Oliveira
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

Rt. 2915 806 SSP/Pb.

Em, 06 de 30 de 77

x Angelica 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: _____





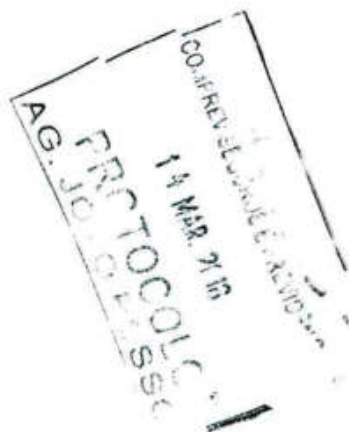


TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

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 O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 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







Diagnóstico

for export for duty

Roque

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP:

Paciente	Roze Martins	Alojamento	Leito	Convênio
			57	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
09/10	DIETA LIVRE		
	SF 0,9% 1500ML EV 24H		
D 1	CLINDA 600 MG EV 6/6 H	✓ 18 ✓ 18 ✓ 18	#ORTOPEDIA# DIH: - Pac para dormir curativos ortopedicos sem infusão (nao)
D 1	GENTA 240 mg EV 1X/DIA	✓ 18 ✓ 18 ✓ 18	
	DIPIRONA 2ML EV 6/6H		
	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM		
	TRAMAL-100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8HS/N		
	NAUSEDRON 1 FA + AD EV 8/8HS/N		
	TILATIL 20 mg + AD - EV 12/12HS/N		
	XARELTO 15MG 1 CP VO 1 X DIA		
	CURATIVO 1 X DIA		
	SSW + CCGG		
			Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RJ 00555
			Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/RJ 00555

500 035





Diagnóstico

Exp. ferimento distal

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Reque Martins	Alojamento	Leito	Convênio
PRE OP:				
Data	3/10	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1	DIETA LIVRE			
2	SF 0,9% 1500ML EV 24H			
3	CLINDA 600 MG EV 6/6 H			
4	GENTA 240 mg EV 1X/DIA			
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6H			
6	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM			
7	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N			
8	NAUSEGON 1 FA + AD EV 8/8H S/N			
9	ILUATIL 20 mg + AD - EV 12/12h S/N			
10	XARELTO 15MG 1 CP VO 1 X DIA			
11	CURATIVO 1 X DIA			
12	SSV + CCGG			
13	A 212 26/09/2020			
Dr. Julio Cesar Assis Ortopedia e Traumatologia CRM/OD 3584				
Dr. Julio Cesar Assis Ortopedia e Traumatologia CRM/OD 3584				
AG. JOSE				
PROTOCOLO				
14 MAR 2018				
COMITÊ DE SEGURANÇA E INFECCION				
SIP				

MOD. 025





SECRETARIA DE SAUDE

DIAGNÓSTICO

21514 5-1-59 2x2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Rafaela Maria	B	9	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
Clique aqui para imprimir o formulário Clique aqui para baixar o formulário	1.Dieta Livre. 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4.Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5.Orneprazol 40mg EV/jejum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8.Clexane 40mg SC/dia em salla 9.SSW + CCGG <i>Gerezi, BORGES J.V. 9/3/19</i> <i>Clímara Borges RV 6/6/19</i>	<div style="text-align:center;">(B)</div> <div style="text-align:right;"><i>(P) Viper</i> <i>gol. P - x da Mela</i></div>	<div style="text-align:right;"><i>P.F.G., D.A.T.</i></div> <div style="text-align:right; margin-top: 20px;"><i>[Assinatura]</i> PROFESSOR DE FISIOTERAPIA CRM-PA 100.000.000</div>

Dr. Wilfried Falcão
INTERDISZIPLINÄRE HUMANWISSENSCHAFTEN

CONFIDENTIAL
14 MAR 2 1966
PR 7000150
AG 30





04
10
17
Paciente evolui consciente, orientado, normotenso,
realizados curativos, encontra-se com SVD, sem
queixas, segue aos cuidados da enfermagem.
PA: 120x80 mmHg.

04
10
15
PA: 130x80 mmHg T: 36°C FC: 84 FR: 24

Emerson Tinguá da S. Almeida
ENFERMEIRO
COREN-PR 388.128







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

FRATURA DE

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)

logue reader

Alojamento) Extra

Leito) 4

(Convenio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
5/5	DIETA GERAL DIPIRONA 2 ML EV 6/6H TILATIL 1 APM EV 12/12H NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H S/N OMEPRAZOL 20 MG VO 7H TRAMAL 100 MG EV 8/8H S/N JELCO HEPARINIZADO CCGG SSVV ACESSO VENOSO	12/13 13/14 14/15 15/16 16/17 17/18 18/19 19/20 20/21 21/22 22/23 23/24	EGB VIGIL EUPNEICO BOA PERFUSAO NOS MMSS E MMII PELE SEM LESOES IMOBILIZACAO GESSADA EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS CD AGUARDA CIRURGIA VPM

COPIA RECEBIDA EM 14 MAR 2016

14 MAR 2016

PROTOCO

AG. 31

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CUR. OMBRO E COTOVELO
CRM 88117 TEST 1981

Aristóteles Queiroz Neto
 ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
 CIR. QUIRÓF. E COTÓVELO
 -RUISEI, 1987 (1983)

Dr. Aristoteles Quicima Nieto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
C/US. CHIRURO E COTONVELO
C/US. 8517 TEL 01 1981

CO. H. REVELL & CO. LTD.
14 MAR. 21 15
FRODOCOV
AG. 15







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico

H. 20

Folha de Tratamento e Evolução

FRATU RA DE

Paciente)

letzte werden

Alojamento) $\in x - 4$

Leito)

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
6/10	DIETA GERAL DIPIRONA 2 ML EV 6/6H TILATIL 1 APM EV 12/12H NAUSEDRON 1 FA EV 8/8H'S/N OMEPRAZOL 20 MG VO 7H TRAMAL 100 MG EV 8/8H'S/N JELCO HEPARINIZADO CCGG SSVV ACESSO VENOSO	18 18 18 18 18 18 18 18	EGB VIGIL EUPNEICO BOA PERFUSÃO NOS MMSS E MMII PELE SEM LESÕES IMOBILIZAÇÃO GESSADA EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS CD AGUARDA CIRURGIA VPM

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CIR. GERAL E COTÓVELO
RUA 1011 FERT 1000

Dr. Aristóteles Queiroz Neto
ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO

CONFERENCE
14 MAR 2016
AG. JO. C. SSO







GOVERNO
DA PARAIBA

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

Diagnóstico

Px expozte febre de 38,1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Boque Machado	PRE OP:	Alojamento	Leito	Convênio
Data	1/7/20	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
1	DIETA LIVRE				
2	SF 0,9% 1500ML EV 24H				
3	CLINDA 600 MG EV 6/6 H				
4	GENTA 240 mg EV 1X/DIA				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV JEIUM				
7	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9 EV 8/8H S/N				
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	SSVW + CCGG				
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					

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.986-6

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.986-6

AG. FOTOCOPIA
14 MAR 2020
CONFRESE E RESCUE
SSO

MOD. 035







SECRETARIA DE SAU. 3

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

MOD. 025



<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



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 Pericias DPVAT

LAUDO CINETICO FUNCIONAL

Roque Martins de Oliveira
Endereço: Sitio 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 Luís 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

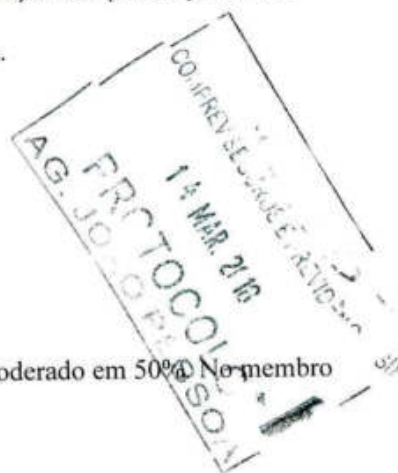
Conclusão: O grau de incapacidade físico-funcional é moderado em 50% No membro inferior esquerdo.

Campina Grande 05 de fevereiro de 2018.

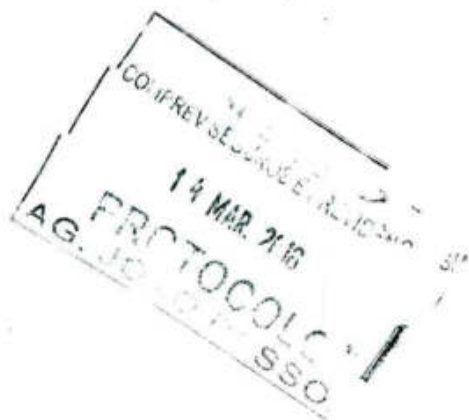
Sonaly de Fatima Cavalcanti

Dra. Sonaly de F Cavalcanti
CREFITO 6637 ABFF 145

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







PARA LIDER

VITIMA: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

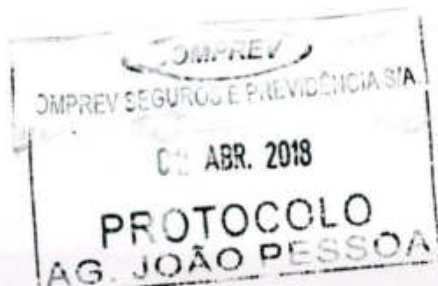
BNEFICIARIO: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

SINISTRO Nº 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

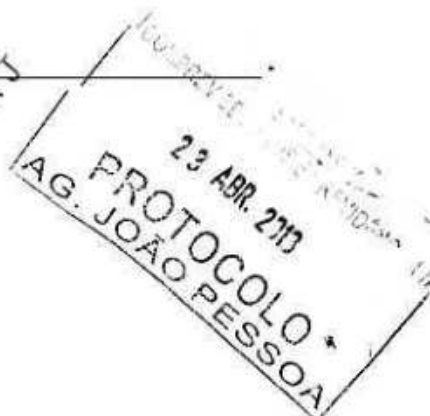
BNEFICIARIO: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

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 beneficiário, ratificar o que foi mencionado pela vítima 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 família, ou seja, a vítima a conheceu apenas no dia que comprou a moto, e por esse motivo, não conseguiu realizar a transfência 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



carta

Para Vossa

Vítima Raquel Martins de Oliveira

Sinistro nº 3180/119357



Por esta 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 Lida estão exigindo principalmente, essa declaração pois o mesmo é pessoa desconhecida da vítima e da família, assim peço a compreensão de vocês da Lida, para que possa dar prosseguimento ao meu processo.

Santo André-PB 15 de junho de 2018

Raquel Martins de Oliveira



A Lida - Seguros

SR. Analista de Seguros

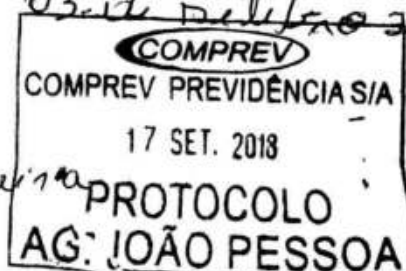
Beneficiário (vítima) Roque Martins de Oliveira

Sinistro N°. 3180/119957

Eu Roque Martins de Oliveira já devidamente
qualificado no sinistro acima mencionado
venho a trazer desta forma que Deixa man-
car uma pericia médica. Logo visto
não concordar com o valor pago em
relação a gravidade de minha lesão
conforme laudo atualizado fornecido uma
perita, que segue em anexo assim
espero contar com a compreensão por
parte de vossas da Lida, para passar por
uma avaliação médica, e assim
comprovar o grau da minha debilidade.

Santo André. PB

Roque Martins de Oliveira



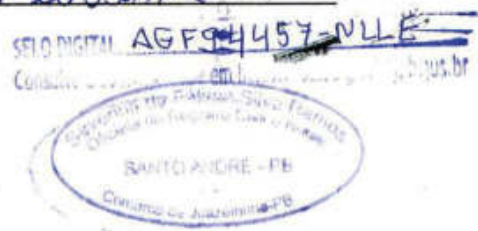
Procuração Particular

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 sítio 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.
Em test. *Suelio* da verdade dou fé
Santo André-PB, 30 de 01 2018
Suelio



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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROQUE MARTINS DE OLIVEIRA

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

ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 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 FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR 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:

