



Número: **0827703-07.2022.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **24/10/2022**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE (AUTOR)	WAMBERTO BALBINO SALES (ADVOGADO) KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74647 275	13/06/2023 10:52	Petição	Petição
74647 276	13/06/2023 10:52	2879693_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
74647 278	13/06/2023 10:52	2879693_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



**PARAÍBA**
Governo do EstadoSempre Unidos
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Data da Alta:17/11/2020

Registro:2267335

Tempo de Permanência:-18575

Diagnóstico Inicial:LUXACAO ENTORSE OU DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOSLIGAMENTOS DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE

Diagnóstico Final:LUXACAO ENTORSE OU DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOSLIGAMENTOS DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE

Cirurgia:FIXADOR DE PELVE

Data:08/11/2020

Equipe:

Cirurgião:AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM FRATURA DO ANEL PELVICO. ENCONTRA-SE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. APÓS COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO, FOI DECIDIDO TRATAMENTO CONSERVADOR.

Orientações:LIMPAR O DE PINO ECHANZ FREQUENTEMENTE.

Condições de Alta::Melhorado

Data17/11/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.569



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 17/11/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03
Pedroso Cavalcanti De Souza

Logado em: Matheus

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE : JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

DATA : 17/11/2020

CLÍNICA : ORTOPIEDIA 1

SINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 17/11/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03
Pedroso Cavalcanti De Souza

Logado em: Matheus

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE : JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

DATA : 17/11/2020

CLÍNICA : ORTOPIEDIA 1

SINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 16/11/2020
Horas da Impressão: 11:07:13
Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Sexo: F

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DIA 16/11/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	Dieta livre a critério	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 22 06
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
5	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5M 22
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

8 - punção SVD - 22

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM 19371-0





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/11/2020

Horas: 07:40:46

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico(a) / Diarista: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F
Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DIA 15/11/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Apazamento
	Dieta livre a critério	et
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	et
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	1/2 22 06
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	1/2 28 24 06
	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	06 06
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	22
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	SIN
	OLUÇÃO	et

TA: 15/11/2020 HORA: 07:38:14

ORTOPEDIA

7 DIH

EGB, EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS E DISTEMIAS NAS ULTIMAS 24H

EXAMES (09/11/2020):

Hb: 10.3; Ht: 31; Leuco: 9600; Plaquetas: 179.000

CD: VPM

SOLICITO NOVO HEMOGRAMA

Dr. Matheus Pedrosa
MÉDICO
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza





Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 12/11/2020

Horas: 09:19:05

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (a) /Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

ADOS DO PACIENTE :

do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F
me da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 4
nca: ORTOPEDIA I Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

IA 12/11/2020

ÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Prescrição	Amostragem
Dieta livre a critério	
SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	C
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	24 25 26
CETOPROFENO 100 MG E.V, 01FRA AMP, 12h/12h	22 28 24,00
Diluir em 150 SF	
OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	22 24
ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	06 P
TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	22
CONCENTRADO DE HEMACIAS CH(BOLSA DE SANGUE) 600Bolsa,	S 1W
FAZER AGORA CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ATT (Vitalis 0)
UÇÃO	C

:12/11/2020 HORA:09:18:11

DIH

CIRURGIA TRANSCORRIDA COM SUCESSO, SEM INTERCORRENCIAS,

SCOPIA DE CONTROLE MOSTRANDO FECHAMENTO DA SÍNFISE PÚBLICA

INAIS VITAIS ESTÁVEIS

emograma (09/11): Hb: 10,3; Ht: 31%; Leuco: 9.600

D = SOL. ECG+ RISCO CIRÚRGICO, SOL. HEMOGRAMA DE CONTROLE, SOL. RX DE BACIA A LA OBTURATÓRIA.

1100,

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM 124.859





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/11/2020

Horas: 08:23:17

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (a), Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

ADOS DO PACIENTE :

Ido prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F
 Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 2

Unidade: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DATA 10/11/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

em	Prescrição	Aprazamento
	Dieta livre a critério	
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	19 20 06
	CETOPROFENO 100 MG E.V, 01FRA AMP, 12h/12h	12 15 29 06
	Diluir em 150 SF	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	18 06
	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	06 Fmo kit
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	22
	CONCENTRADO DE HEMACIAS CH(BOLSA DE SANGUE) 600Bolsa,	5N
	FAZER AGORA	Ju
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	Ch

EVOLUÇÃO

A: 10/11/2020 HORA: 08:19:23

3 DIH

CIRURGIA TRANSCORRIDA COM SUCESSO, SEM INTERCORRENCIAS,

ESCOPIA DE CONTROLE MOSTRANDO FECHAMENTO DA SÍNFISE PÚBLICA

SINAIS VITAIS ESTÁVEIS

Hemograma (09/11): Hb: 10,3; Ht: 31%; Leuco: 9.600

CD = SOL. ECG+ RISCO CIRÚRGICO, SOL. HEMOGRAMA DE CONTROLE, SOL. RX DE BACIA A LA OBTURATÓRIA.

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus P. Cavalcanti
 CRM: 10.848.190/0001-55



Assinatura + Médico(a):

MEDICAMENTO: TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V., OIAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO

Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

Clinica: AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCACAO Enfermaria: Letito:

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Sexo: F

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040

DADOS DO PACIENTE:

RECEITUÁRIO MEDICAMENTO CONTROLADO

PARAIBA
Governo do Estado





Samas todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/11/2020

Horas: 21:34:30

Médico (a) Diarista : Agnaldo Lima Pereira Jr

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 0

Clinica: AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCAÇÃO Enfermaria: Leito: Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DIA 08/11/2020

MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	Dieta livre a critério	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO , 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 08/11/2020 HORA: 21:32:23

ORTOPEDIA

PACIENTE POLITRAUMATIZADA, APRESENTA DOR+ DEFORMIDADE EM QUADRIL AO EXAME; FRATURA DO ANEL PÉLVICO

CD: INTERNAMENTO PARA TTO CIRURGICO, ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA GERAL

ASSINATURA + CARIMBO

Agnaldo Lima Pereira Junior

Jr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PP 9416 - TECO-15262



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEMUS IDADE: 40a SEXO: F
IMC: PROCEDÊNCIA: PROFISSÃO: DATA: 10/11/20

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(/) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Sincopse
() Dispneia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopédica
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

(/) Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: desenhue (/) Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia (/) Cirúrgico Cesariana () Outros

Medicamentos em uso () Não (/) Sim CAPTOPRIL ; HCTZ ; PROPRANOLOL

4 - EXAMES FÍSICO

() Estado Geral () Bom (/) Regular () Comprometido () Precário () Altura () Pesc

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR em RT Prof 5/5

FC.: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MV (+) SRA

Addômen - Comentários: S/VCD

Membros Inferiores - Comentários: S/edema

5 - E.C.G.: RS ADR

Ex. Laboratoriais:

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

(/) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Dr. Guilherme Vero Mascena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369



PACIENTE:	Josefa Marcia Vidal Alves Leite
DATA DO EXAME:	08/11/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Fina lâmina líquida no espaço heparrenal e em fundo de saco posterior.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Somentamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Otávio Cabral
CRM-F 11353





Número do Prontuário: 192570

DATA DA CIRURGIA: 08/11/2020

Número do Atendimento: 2267335 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Atendimento: 2267335

Diagnostico Pré-Operatório: fx de pelve (livro aberto)

Diagnostico Pós-Operatório: o mesmo

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 08/11/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- FIXAÇÃO EXTERNA EM PELVE
- 05- CONTROLE POR RADIOSCOPIA
- 06- CURATIVO
- 07- BOA PERFUSAO AO FINAL DO PROCEDIMENTO

Dr. Mathias
MÉDICO
CRM-PB 12.86P

Data 08/11/2020

Assinatura/Carimbo
Nildson Vinicius De Siqueira Medeiros



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Yosely Márcia Vidal Alves Loure. DN: 30/03/1980*

QI *LEITE* CONVÊNIO *40* IDADE *40* REGISTRO *2267245*

CIRURGIA *T₂ fraturas de Fratura* CIRURGIÃO *D^r Agnaldo*

ANESTESIA *Raque* ANESTESIA *D^r Yovande*

INSTRUMENTADORA DATA *08/11/2020* INÍCIO *22:40* FIM *23:15*

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
<i>01</i>	<i>Diazepam amp. Midazolam</i>	<i>10</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<i>01</i>	<i>Dimorfa amp. 0,2 mg</i>		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond
<i>01</i>	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
<i>01</i>	<i>Mercaina Pisado % ml</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.	<i>03</i>	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak
	Quelicin ml	<i>06</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>01</i>	Luvas 7.0		Vicryl Serfix
	Flaxidól amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix
	Flebocortid amp.	<i>03</i>	Luvas 8.0		Vicryl Serfix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	<i>03</i>	Oxigênio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanaktion amp.	<i>03</i>	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	<i>05</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
<i>01</i>	<i>Plasil amp. Nausedron</i>	<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
<i>02</i>	<i>Cefalotina 1g cefazolin</i>		Sonda Nasogática		
<i>01</i>	<i>betapropionato</i>		Sonda Uretral n°		
			Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Latese		
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>coltetros</i>		
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>25</i>	<i>03</i>	<i>clorhexidina 2%</i>		
<i>03</i>	Álcool de Enfermagem	<i>03</i>	<i>ii Alcoolico</i>		
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				

CODIGO
Lote: 018695 Código: P08 8 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI LINEIX
TIBIAPLANTER T 100 - ESTERIL
Fab.: 29/01/2020 Val.: 01/2025
Registro Anvisa Nº 80083450031
Material ACO INOX/AUDIENIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro SP
Tel.: 55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 051205 Código: A235 8 68
PENO ENTORNADELAIR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab.: 05/08/2020 Val.: 08/2025
Registro Anvisa Nº 80083450026
Material ACO INOX F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro SP

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
 - Serra
 - Desfibrilador
 - Foco Frontal
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Oxícapiógrafo
 - Cardiomonitor
 - Perfurador Elétrico



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Dr. Marcio Vidal Alves Leite</i>			IDADE: <i>40</i>	SEXO: <i>F</i>	COR	
DATA: <i>18/11/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA: <i>Nega</i>	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Frit. Anel Pulvico</i>					ESTADO FÍSICO: <i>Asa II</i>			
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	$\frac{500}{500} + \frac{500}{500} + \frac{500}{500}$					INDUÇÃO		
	<p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p>							
LÍQUIDOS						ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
						Não, por quê? _____		
CÓDIGOS	<p>VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</p>					DESPERTAR		
						<p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p>		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<p><i>cefazolin 2g Dextro Dey</i></p> <p><i>midazolam 2mg Dimonega</i></p> <p><i>atamiprida 100mg fentanil 500mcg</i></p>					Com cânula: _____		
PARO O LEITO						Paro o Leito Sim _____ Não _____		
CONDIÇÕES:								
POSICÃO	<i>D. T. G.</i>							
AGENTES	<i>Beepi Pul 15mg MOP 100 - 0.5</i>							
TÉCNICA	<i>RACU: Asspissig, 1000mls, 100mls</i>					CÂMULAS <i>750</i>		
OPERAÇÃO	<i>Frit. Anel Pulvico</i>							
CIRURGIÕES	<i>Demolito</i>							
ANESTESISTAS	<i>Jovande M. F. Junior</i>							



Número do Prontuário: 192570

DATA DA CIRURGIA: 08/11/2020

Número do Atendimento: 2267335 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Atendimento: 2267335

Diagnostico Pré-Operatório: fx de pelve (livro aberto)

Diagnostico Pós-Operatório: o mesmo

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 08/11/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- FIXAÇÃO EXTERNA EM PELVE
- 05- CONTROLE POR RADIOSCOPIA
- 06- CURATIVO
- 07- BOA PERFUSAO AO FINAL DO PROCEDIMENTO

DI. NILDSON VINICIUS DE SIQUEIRA
MEDICO
CRM-PB 12.869

Data 08/11/2020

Assinatura/Carimbo
Nildson Vinicius De Siqueira Medeiros





Número do Prontuário: 192570

DATA DA CIRURGIA: 08/11/2020

Número do Atendimento: 2267335 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Atendimento: 2267335

Diagnostico Pré-Operatório: fx de pelve (livro aberto)

Diagnostico Pós-Operatório: o mesmo

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 08/11/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- FIXAÇÃO EXTERNA EM PELVE
- 05- CONTROLE POR RADIOSCOPIA
- 06- CURATIVO
- 07- BOA PERFUSAO AO FINAL DO PROCEDIMENTO

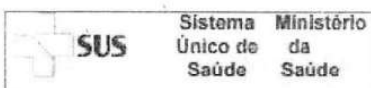
Dr. Matheus Petrosso
Médico
CRM 13.146

Data 08/11/2020

Assinatura/Carimbo
Nildson Vinicius De Siqueira Medeiros



Data da internação: 08/11/2020 Hora: 21:27:51



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2267335		
7 - CARTÃO DO SUS 706901125970230	8 - DATA DE NASCIMENTO 30/03/1980	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DA PAZ VIDAL	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 99982051		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R ALSEBIDES GONCALVES DA ROCHA , 127 , CRUZEIRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM QUADRIL			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO CIRURGICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIA			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA ANEL PELVICO	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296777642
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/11/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

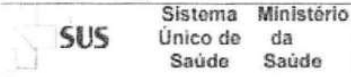
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



Data da internação: 08/11/2020 Hora: 21:27:51



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2267335	
7 - CARTÃO DO SUS 706901125970230	8 - DATA DE NASCIMENTO 30/03/1980	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DA PAZ VIDAL	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 99982051	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) R ALSEBIDES GONCALVES DA ROCHA , 127 , CRUZEIRO	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande	
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 550400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM QUADRIL

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRURGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RADIOGRAFIA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA ANEL PELVICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 98001629677642
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/11/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

ente	Prontuário	Ala	Leito	Enfermaria
Josefa Marcia Vidal Alves		02	02	01
Data	Prontuário	Data	Leito	Enfermaria
14/11/2023	14.11.02	14.11.02	02	01
<p>Diagnóstico: Fratura Anel Pelvico, HDA, lesão de Automobilidade. Paciente EGR, comumente, lá observava com presença de fixadores e tenes na região, não sendo possível andar. Lixa, força, ADM. Conduta: PAI: 100g FCI: 90 FCF: 77, 50 F: 93. Flexões de joelho 3x10 repetindo a ADM da paciente, redução de quadril em grau 2, desrotaxões e flexão plantar Ativo (3x10) Mobilizações de fêmur passiva em todos os segmentos e estruturas. Aumentar musculação com controle do quadril (3x10). Obs: todos os exercícios repetindo a adm da paciente e realizado em Ambes MHII. ACBUNIDADE: SARAII</p>				
<p>Yago Rabin de Paris Aires FISIOTERAPEUTA CREITO - 207468 - F</p>				



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
 Data: 08/11/2020

Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LETTE Idade: 040 N° ATEND: 2267245

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 08/11/2020 HORA : 19:38:06

ESPECIALIDADE: **QUIRURGIA**

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : SIM

SINAIS VITAIS
 HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

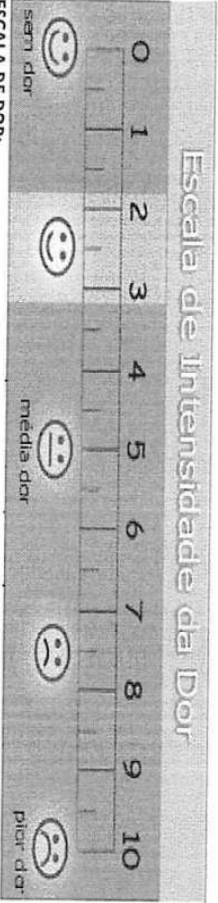
DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
 DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS :
 MEDICAÇÃO EM USO :
 ESTADO GERAL :
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN

OBS: SEM ACOMPANHANTE E DOCUMENTOS; SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
 Vânia Dourado Carvalho De Souza

Hospital de Emergência e Trauma
 Campina Grande - PB
 08/11/2020





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/11/2020

Horas: 09:24:48

Enfermeiro (a) Diarista : Gilmar Gomes Si

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Sexo: F

Clinica: ORTOPEdia I Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

EVOLUÇÃO

DATA: 17/11/2020 HORA: 09:22:48

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

HISTÓRIA PREGRESSA

INTERNAÇÕES PRÉVIAS: () MOTIVOS: ALERGIAS () QUAL? DOENÇAS: (X) HAS () DM
() TABAGISTA () ETILISTA () NEOPLASIA () DROGAS () OUTROS: MEDICAÇÕES EM USO:

DOENÇA ATUAL

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRATURA ANEL PELVICO

AValiação DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL:

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA () OUTROS

RESPIRAÇÃO: (X) ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR: OBS.:

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: (X) REGULAR () IRREGULAR Outros:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA):

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE Outros:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO Outros:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (X) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () OUTROS

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO Outros:

LESÃO POR PRESSÃO: ESTÁGIO (BRADEN): RISCO MUITO ALTO - (6 - Pontos) Local :

Curativo em: 17/11/2020.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO :

CUIDADO CORPORAL: () INDEPENDENTE (X) DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS () SEM LIMITAÇÃO SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO ()

INSÔNIA

AValiação DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS :

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO Outros:

NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS: :

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

RISCO DE QUEDA : RISCO MÉDIO - (20 - Pontos)

INTERCORRÊNCIAS

ASSINATURA +
Gilmar Gomes Silva
COREN-PB 555.417 - ENF



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/06/2023 10:52:52

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2306131052521620000070341208

Número do documento: 2306131052521620000070341208



Samos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/11/2020

Horas: 09:04:22

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico(a), Diarista : Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

ADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F
Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 9

Unidade Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DATA: 17/11/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

Prescrição	Aprazamento
Dieta livre a critério	
SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

CONCLUSÃO

DATA: 17/11/2020 HORA: 09:02:19

ORTOPEDIA

9 DIH

EGB, EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS E DISTEMIAS NAS ULTIMAS 24H

CD: EM DISCUSSÃO DO CASO COM DR RICARDO AMORIM FOI ORIENTADO ALTA HOSPITALAR COM TRATAMENTO CONSERVADOR

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedrosa

CRM-PA 12.869



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 56.372.520-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/ABR/2013

NOME JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

FILIAÇÃO SANDOVAL COSTA DE OLIVEIRA

E MARIA DA PAZ VIDAL

NATURALIDADE

BOA VISTA -PB

DATA DE NASCIMENTO 30/MAR/1980

DOC ORIGEM

EMBU DAS ARTES-SP
EMBU DAS ARTES

CPF 035050164/54 CC: LV.B113/FLS.152 /N.033118

Luiz 177 Delegado, Divisão de Registro
Roberto ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CITVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

8100-0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON GALINI



POLEGAR DÍFETO

Suelio Moreira Valverde Leite

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

B678-094707



0018106984-9

00/00000000 2013

COETE LEANDRO DE OLIVEIRA

08299161487

BOULEVARD 150 TITAN MK 15

BOULEVARD 150 TITAN MK 15

V/149 /CI PARTIC CINZA

IPVA PAGO EM 18/11/2013

SEGURO P A G O 11/11/2014

A.F. DO PANAMERICANO SA

SEGURO COM FORTIFICACAO PARA

7003820

7003820

MINISTÉRIO DAS CIDADES
ATIVIDADE DE TRANSITO
0018106984-9

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2013 12/11/2013

PLACA
BOULEVARD 150 TITAN MK 15

RENTABILIDADE SOCIAL
BOULEVARD 150 TITAN MK 15

0018106984-9

09299161487

2009 9

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO P A G O

11/11/2013

SEGURO

PAGAMENTO

7003820

SEGURO

SEGURO LIDER - DPVAT

7003820-1267084-20131111



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015311925764 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2020		12/06/2020	
VIA	CPF / CNPJ		PLACA
1	12688480421		NQE0J63/PB
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00458946656		HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2012	9	9C2KD0550CR559870	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IGF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
*****	SEGURO	P A G O	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	12/06/2020	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04

36170-1154349-20200612



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015311925764
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENAVAM VENCIMENTO
 1 0045894663-6 00/00000000 2020

NOBRE
 JOSE ROBSON CORREIA GONCALVES

UF/CEP PLACA
 12588480421 NOE0J63/PB

PLACA ANT/UF CHASSI
 NOE0963 PB PC2KD0550CR559870

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
 PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
 HONDA/NXR150 BROS ES 2012 2012

CAP/POT/CI CATEGORIA COR PREDOMINANTE
 2 B/149 /CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
 IPVA PAGO EM 12/06/2020 1º
 FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
 A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 ***** SEGURO PAGO 12/06/2020

OBSERVAÇÕES
 SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL DATA
 CAMPINA GRANDE - PB 12/06/2020
 42234 3617



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210073909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE **Data do acidente:** 08/11/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PELVICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL.

Documentos complementares:

Observações: P1/16 - CIRURGIA P11/12/13.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063597/21

Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

CPF: 035.050.164-54

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 08/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE : 035.050.164-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2021
Nome: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE
CPF: 035.050.164-54

JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210073909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE **Data do acidente:** 08/11/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PELVICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL.

Documentos complementares:

Observações: P1/16 - CIRURGIA P11/12/13.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210073909

Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data do Acidente: 08/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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

Recebedor: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000910-5

Conta: 000000009128-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0063597/2L** 3 - CPF da vítima: **035.050.164-54** 4 - Nome completo da vítima: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE** 6 - CPF: **035 050.164-54**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **RUA DAS CAMBEBAS** 9 - Número: **76** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **MALVINAS** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PARAIBA** 14 - CEP: **58400 000**
15 - E-mail: **83-99829-8855**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**
AGÊNCIA: **0910 5** CONTA: **0009128 6**

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, permitindo titularidade de fato, da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da duração das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima possui nascituro (se nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Sacuí, Paraíba 02.03.21**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):
43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolê - Campina Grande - 58410-163 - (83) 3310-9319



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° 000078/21 registrada em 02/03/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de março do ano de 2021, 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, aí, por volta das 11:42 horas, compareceu a Sra. JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES, com 40 anos de idade, filha de SANDOVAL CPSTA DE OLIVEIRA e MARIA DA PAZ VIDAL, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BOA VISTA - PB, Casada, escolaridade Fundamental Completo, profissão , portadora da Cédula de Identidade N° 56.372.520-5, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 03505016454, residindo à rua DAS CAMBEBAS, 76, bairro MALVINAS, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h30min do dia 08.11.2020, estava se deslocando para a casa da sua genitora, transitando pela Rodovia BR 230, Alça Sudoeste, próximo a rotatória da Energisa, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona", a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2012/2012, cor vermelha, chassi n° 9C2KD0550CR559870, de placa NQE-0J63/PE, licenciada em nome de José Robson Correia Gonçalves, conduzida por um colega, quando foram atingidos na parte de trás por um veículo de marca, cor, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que ausentou-se do local, fazendo com que o condutor da moto perdesse o controle, caindo ao solo em seguida, sendo o comunicante arrastado por cerca de duzentos metros, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico apresentado nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, não existindo iluminação no local, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais da PRF, pois os mesmos não foram acionados; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do 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, Terça-feira, 2 de Março de 2021

JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0063597/2L** 3 - CPF da vítima: **035.050.164-54** 4 - Nome completo da vítima: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE** 6 - CPF: **035 050.164-54**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **RUA DAS CAMBEBAS** 9 - Número: **76** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **MALVINAS** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PARAIBA** 14 - CEP: **58400 000**
15 - E-mail: **83-99829-8855**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**
AGÊNCIA: **0910** 5 CONTA: **0009128** 6

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, permitindo titularidade do valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da duração das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima possui nascituro (re-nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Sacul Povoá 02.03.21**

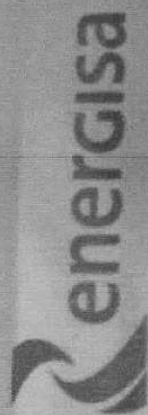
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019






ANTONIO DA SILVA FIGUEIREDO
 RUA DAS CAMBÉBAS 78 - MALVINAS
 CAMPINA GRANDE / PB CEP 59400000 (AG 401)

CNPJ/CNPJ/RAN: 176.431.144-53

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
 Classe RES.MTC B1 / Subclasse BAIXA RENDA BPC
 Ligação MONOFÁSICO
 Roteiro 12.431.06.3400 Nº Medidor 00008041005

 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
 4/220276-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002202760



VALOR DA FATURA
R\$ 0,00



VENCIMENTO
27/10/2020



REFERÊNCIA
Out / 2020



CONSUMO
5kWh

0,16 kWh
 MÉDIA DIÁRIA
 LEITURA
 CONFIRMADA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08277030720228150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 9 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/06/2023 10:52:53
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061310525345900000070341210>
Número do documento: 23061310525345900000070341210

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/06/2023 10:52:53
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061310525345900000070341210>
Número do documento: 23061310525345900000070341210