



Número: **0800147-52.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **12/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSANA PEREIRA MARTINS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19158931	12/02/2019 13:49	Petição Inicial	Petição Inicial
19158955	12/02/2019 13:49	PROCURAÇÃO - ROSANA PEREIRA MARTINS	Procuração
19158988	12/02/2019 13:49	LAUDO - ROSANA	Outros Documentos
19159001	12/02/2019 13:49	B.O	Outros Documentos
19159015	12/02/2019 13:49	Docs. pessoais	Outros Documentos
19161898	12/02/2019 13:49	Docs. do Veículo	Outros Documentos
19161924	12/02/2019 13:49	PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	Outros Documentos
19161943	12/02/2019 13:49	GuiaCustas(2)	Outros Documentos
19420467	25/02/2019 09:11	Despacho	Despacho
20784980	25/04/2019 08:33	Certidão	Certidão
20785001	25/04/2019 08:33	AR - PROC.N. 0800147-52.2019.815.0351	Aviso de Recebimento

pdf



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ROSANA PEREIRA MARTINS
RG: 2581.29253-DIC-RJ e CPF: 137.868.917-39
RUA MARCIA FERNANDES S/N. CENTRO - SAPÉ

Outorgados: **Dr. ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: abraao@vieiraecosta.com.br, Dr. com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicium et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários junto clínicas e hospitais públicos e/ou particulares, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15**, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 18 de setembro de 2018.

Rosana Pereira Martins
OUTORGANTE





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSANA PEREIRA MARTINS
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/88
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.110.270
Nº PRONTUÁRIO 111.240
DATA DO ATENDIMENTO 23/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 02:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado do Ortotrauma segundo a pactuação, apresentando dor e debilidade do membro inferior D com suspeita de fratura. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa - AP e P
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D ao Rx. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Kartney Sarmiento e Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 05/10/18
DATA DA EMISSÃO: 30/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H	
Diluir	
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H	
Diluir	
ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H	
CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H	
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H	
Diluir	
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H	
Diluir	
TOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H	
LICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)	
CUIDADOS	
SSVV + CCGG	
EXAME LABORATORIAL	
HEMOGRAMA COMPLETO	
COAGULOGRAMA COMPLETO	
PROCEDIMENTO	
JOELHEIRA TALA	
CID10	
Código	Descrição
1	Fratura da extremidade proximal da tíbia
Conduta	
Internar Paciente	

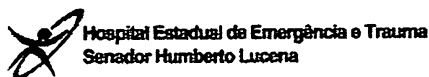
ROSANA PEREIRA MARTINS

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Teot: 15942

17 JAN. 2019





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	BAE 1110270	Data/Hora Entrada 23/09/2018 02:38:34	Data Baixa
Data de nascimento 24/09/1988	Idade 29a 11m 30d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARIA JOSE PEREIRA MARTINS			Telefone de Contato (83) 993777191
Endereço TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108	Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MONIZE SPAZZAPAN MARTINS	Nº Cons. Regional 11490/PB
Data/Hora Classificação 23/09/2018 02:45:54		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 04:11:06	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADA DO ORTOTRAUMA COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. REFERE DOR A
 BILIDADE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
 GA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

SEM QUEIXAS TORACO-ABDOMINAIS.

ESTADO GERAL REGULAR. EUPNEICA. MUCOSAS CORADAS. GLASGOW 15.

CD: SEGUIR COM ORTOPEDIA

LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

XAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)

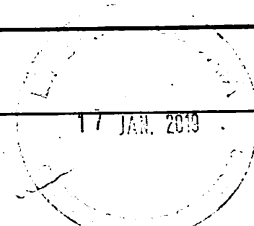
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

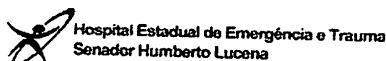
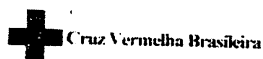
Em observação



ROSANA PEREIRA MARTINS

MONIZE SPAZZAPAN MARTINS
(CRM: 11490/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 23/09/2018 02:40:03



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1110270



Identificação do paciente

ID 1328819	Nome ROSANA PEREIRA MARTINS		Sexo Feminino	
Data de nascimento 24/09/1988	Idade 29 anos 11 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA JOSE PEREIRA MARTINS		Pai JOSE DA PENHA MARTINS		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) JEISA DA SILVA BATISTA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993777191	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB	
Email	Naturalidade CRUZ DO ESPIRITO SANTO	CBO/R		

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro TRAVESSA MARCIA FERNANDES
Número 108	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 23/09/2018 02:38:34	Número da pulseira 1000006675621	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por

YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

Tempo

01min 29seg

Imprimir

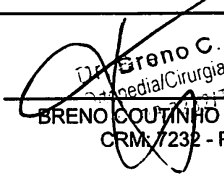
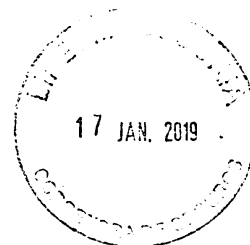
23/09/2018 02:38

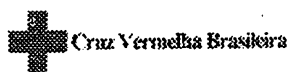


Documento de Alta

Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS			Número Prontuário: 111240
Data de: 24/09/1988	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/09/2018 13:16:38	Data de Alta: 05/10/2018 12:13:28
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA , VERSA, ANALGESIA			
Resumo da Internação: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA , VERSA, ANALGESIA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: OSTEOSSINTESE TIBIA PROXIMAL			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA , VERSA, ANALGESIA			

Data: 05/10/2018


Breno C. Torres
Ortopedia/Cirurgia do Quadril
BRENO COUTINHO TORRES
CRM 7232 - PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	BAE 1110270	Data/Hora Entrada 23/09/2018 02:38:34	Data Baixa
Data de nascimento 24/09/1988	Idade 29a 11m 30d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARIA JOSE PEREIRA MARTINS			Telefone de Contato (83) 993777191
Endereço TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108	Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional 9350/PB
Data/Hora Classificação 23/09/2018 02:45:54		Data/Hora Prescrição 23/09/2018 06:22:51	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADA DO ORTOTRAUMA COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. REFERE DOR A
IBILIDADE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
GA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

SEM QUEIXAS TORACO-ABDOMINAIS.

ESTADO GERAL REGULAR. EUPNEICA. MUCOSAS CORADAS. GLASGOW 15.

CD: SEGUIR COM ORTOPEDIA

LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

#ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL LATERAL DIR
CONDUTA :INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Tet: 1594?

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 23/09/2018 02:40:03





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



Número: _____
Paciente: ROSANA GARCIA MARTINS
Procedimento: FTO. FROST. PLANTARTE FIBRA LATERAL (1)
SUS: (X) Não SUS ()
Fornecedor: DA KINETEX + DA FLORENCO ACMA

Prontuário: 8110270
Data: 03/10/18
Reposição: _____

Data: ____/____/____

Caixa Pronta: _____

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TMC	CX. 45	01		
	PLACA EM L 9x2 (1)	01		
	Amplifone corticor nº 36	02		
	Amplifone corticor nº 40	01		
	Amplifone esponja rosca 32 nº 6.5	02		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
17				
17				
17				
17				
17				
17				
17				

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura Enfermagem - COREN

Assinatura Responsável
COREN-PE 31.100.000

F(NG).APC.013-2





SUS

 Sistema
Único de
Saúde

 Ministério
da
Saúde

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

 Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO
		15 - UF
		16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)		

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL
		24 - CID 10 SECUNDÁRIO
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
Cx. 4,5 P.A.S. em L 4x2 (1) P.A.S. cortical { No 36 - 02 { No 40 - 03 P.A.S. esponjoso RESCA 32 No 65 - 02	

PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
40 - DOCUMENTO		41 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
45 - DOCUMENTO		46 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HETSHL

Nome: Rosana Pereira Martins BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Procedimento cirúrgico de fratura platis ilíaca para D
Cirurgião: Dr. Roberto 1º Assistente: Dr. Roberto Almeida
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de platis ilíaca para D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirúrgico de fratura platis ilíaca para D</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

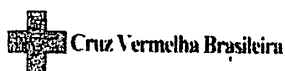
Dr. Bruno de Lima Romo
MÉDICO
CRM 1438 10074

João Pessoa, 03/10/2018

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



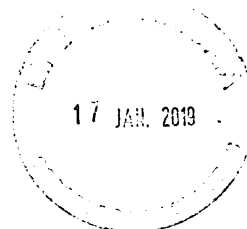
GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS			Número Prontuário: 111240
Data de 24/09/1988	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/09/2018 13:16:38	Data de Alta: 05/10/2018 12:13:28
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resumo da Internação: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: OSTEOSSINTESE TIBIA PROXIMAL			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			

Data: 05/10/2018

Breno C. Torres
Especialista em Cirurgia do Quadril
Breno Coutinho Torres
CRM 7232 - PB



99309-5325 e 99197-8150
Sape



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSANA PEREIRA MARTINS
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/88
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

DADOS EXTRAÍDOS

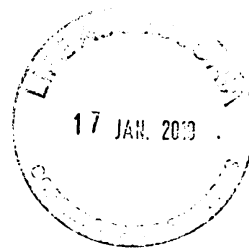
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.110.270
Nº PRONTUARIO 111.240
DATA DO ATENDIMENTO 23/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 02:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado do Ortotrauma segundo a pactuação, apresentando dor e debilidade do membro inferior D com suspeita de fratura. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa - AP e P
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tíbia D ao Rx. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Kartney Sarmento e Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 05/10/18
DATA DA EMISSÃO: 30/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENCIA
CRM 13516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/10/18

PRONTUÁRIO: 1110270

PACIENTE: ROSA PEREIRA MARTINS	SEXO: F	COR:	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO
GRUPO SANGÜÍNEO	ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES	NORMAIS		
AP. RESPIRATÓRIO	EUPNEICA	AP. CIRCULATÓRIO	NORMAL CARDÍACOS
AP. DIGESTIVO	NDN	ESTADO MENTAL	LOTE
PRE-ANESTÉSICO			ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA DE PLATO TIBIAL		
CIRURGIA REALIZADA	TTO CIRÚRGICO DE PLATO TIBIAL LST. DIREITO		
CIRURGIÃO	DR. CARLOS	AUXILIARES	DR. ROBERTO
INÍCIO DA ANESTESIA	11:30	TÉRMINO DA ANESTESIA	13:00
DURAÇÃO DA ANESTESIA	1h e 30'		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS	
ANESTESISTA	DR. VANESSA	CPF	CRM-PB

AGENTES/HORA	11:30	12:30	13:30	14:30
USO				
LÍQUIDOS VENOSOS	(R) 500ml	(R) 500ml	(R) 500ml	
PARÂMETROS VITAIS	ATO ANESTÉSICO: S/ INTERCORREÇÕES PA: 110 x 70 SPR: 100% FC: 65			
ANOTAÇÕES	RS 100 RS 100			

☐ ANESTESIA GERAL
 ☒ RAQUIDIANA
 ☐ EPIDURAL
 ☐ BLOQ PLEXO
 ☐ BLOQ NERVOS
 ☒ OUTROS SEDACÃO

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

SOLUÇÃO	1 Fentanil 50 mcg EV	11
MACIL	2 Lidazolam 2mg CV	12
SANGUE	3 Bupivacaína 0,5% 50 ml 15 mg IT	13
RINGER	4 MORFINA 80 mg IT	14
TOTAL	5 Cefazolina 2g EV	15
DESCRIÇÃO DO PACIENTE	6 Dexametasona 10 mg EV	16
☐ APTA ☐ ENFERMARIA	7 Ondansetrona 8mg EV	17
☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA	8 Cetorolaco 100mg EV	18
☒ OUTROS URPA	9 DILORONA 2g EV	19
	10	20

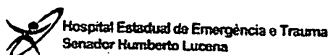
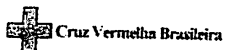
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- 1) APTA, MONITORIZAÇÃO, DO SCB CÂTER NADEI, JENOCISCA HSC 320G PRATE
- 2) SEDACÃO VENOSA a 1+2
- 3) PCT sedação, antissepsia Tracloclor, PNCs L3-14 01 25mg 25G, LIR ELAR, INFUSÃO DE 3+4, BLOQUEIO TESTADO.
- 4) DDH, PROCEDE PLEXO / EXTREMIDADES
- 5) Vigilância + SUPER.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (NG, ASCIR 025-1)





INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ROSANA PEREIRA MARTINS

RG

FOI ATENDIDO (A) POR **BRENO COUTINHO TORRES**

DO (A) **HTOP - APARTAMENTO 02**

NO DIA **23/09/2018 02:40:00** , NECESSITANDO DE **90** - **NOVENTA**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S82.1**

S82.1

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

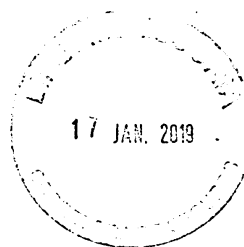
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

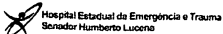
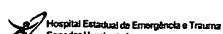
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO



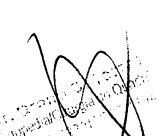
BRENO COUTINHO TORRES
(722/98)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



  	  
---	--

Receituário de Controle Especial Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS</td> <td style="width: 20%;">Nº Cartão do SUS 708202122238044</td> <td style="width: 20%;">BE 1110270</td> </tr> </table> Endereço do paciente Rua TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108, SAPE-PB-58340000	Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	Nº Cartão do SUS 708202122238044	BE 1110270	Receituário de Controle Especial Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS</td> <td style="width: 20%;">Nº Cartão do SUS 708202122238044</td> <td style="width: 20%;">BE 1110270</td> </tr> </table> Endereço do paciente Rua TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108, SAPE-PB-58340000	Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	Nº Cartão do SUS 708202122238044	BE 1110270
Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	Nº Cartão do SUS 708202122238044	BE 1110270					
Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	Nº Cartão do SUS 708202122238044	BE 1110270					

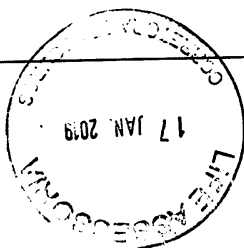
USO ORAL 1. CEFALOXINA 500MG-----01CX TOMAR 01 CP VO 6/6H 7 DIAS 2. FLANCOX 500MG-----01CX TOMAR 1CP VO 12/12H USO SUBCUTANEO 3. VERSA 40MG-----15AMP APLICAR SUBCUTANEO 1X/DIA 15 DIAS LIGAR PARA DANIELA 987492353 - ELA CONSEGUE DESCONTO  Dr. BRENO COUTINHO TORRES 7232/PB 05/10/2018 Data	USO ORAL 1. CEFALOXINA 500MG-----01CX TOMAR 01 CP VO 6/6H 7 DIAS 2. FLANCOX 500MG-----01CX TOMAR 1CP VO 12/12H USO SUBCUTANEO 3. VERSA 40MG-----15AMP APLICAR SUBCUTANEO 1X/DIA 15 DIAS LIGAR PARA DANIELA 987492353 - ELA CONSEGUE DESCONTO  Dr. BRENO COUTINHO TORRES 7232/PB 05/10/2018 Data
---	---

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome completo: _____ Identidade: _____ Org. Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Ass. Farmacêutico _____ Data _____
---	---

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome completo: _____ Identidade: _____ Org. Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Ass. Farmacêutico _____ Data _____
---	---



PatientID: 000000075471 Name: ROSANA PEREIRA MARTINS	Sex: Feminino BirthDate: 24.09.1988 Age: 30a. Study Date: 07.01.2019 Image: 1 Series: 1	HTOP
--	---	-------------





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00182.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00182.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:48 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rosana Pereira Martins**, RG nº 258129253 SSP/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho (a) de Maria José Pereira Martins e José da Penha Martins, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 24/09/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Macia Fernandes, Nº 108, bairro Centro, tendo como ponto de referência Creche, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99309-5325.

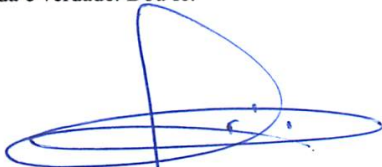
Dados do(s) Fatos:

Local: Capitão Felix Antonio, Cemitério, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/09/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN ESD, ano e modelo:2013/2014 de cor vermelha, placa:OGA 6999/PB, Chassi nº 9C2JC4160ER003105, registrado em nome da notificante ;QUE segundo a mesma seguia normalmente quando a notificante sinalizou que entraria a esquerda, um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo pois o mesmo evadiu-se do local;QUE segundo a notificante este colidiu ao lado da moto em que a notificante estava ; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 30/11/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.to foi jogado ao chão; CID 10S82,1

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.


ROSANA PEREIRA MARTINS
Noticiante



Procedimento Policial: 00182.01.2019.1.00.401



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 25.812.925-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/08/2007

NOME
ROSANA PEREIRA MARTINS

FILIAÇÃO
JOSÉ DA PENHA MARTINS

MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

NATURALIDADE PARAÍBA DATA DE NASCIMENTO 24/09/1988

DOC. ORIGEM C.NASC LIV A12 FLS 296 TERM 12153

CRUZ DO ESPÍRITO SANTO PB

CPF 001 1 Via 0206

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Adote

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL

DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0206

Polegar Direito

Assinatura do Titular

ROSANA PEREIRA MARTINS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda

Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

137.868.217-39

Nome

ROSANA PEREIRA MARTINS

Nascimento

24/09/1988



MARIA JOSE DE ARAUJO PONTES
RUA MARCIA FERNANDES, S/N - CENTRO
SAPE/PB CEP: 58340000 (AG 51)

Emissão: 13/09/2018 Referência: Set/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro: 7-51-85-3740 Nº medidor: 0000715284

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.055.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 012.293.977
Cód. para Déb. Automático: 00008118598

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Set/2018 13/09/2018 15/10/2018 056.384.864-29

UC (Unidade Consumidora): 5/811859-8

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento do acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Resalvamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 414 ANEEL).
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/08/18	14727	13/09/18	14828	1	101	29
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)
						PIS/COFINS(R\$) (0,60969%) (3,7164%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267340	8,02	8,02	27
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,458200	32,08	32,08	27
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	1,000	0,887470	0,88	0,88	27
0801	Adic. B Vermelha			3,88	3,88	27
0810	Subsídio			42,35	42,35	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			11,01	0,00	0
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,31	0,00	0
0805	MULTA 08/2018			0,93	0,00	0
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,21	0,00	0
0806	Devolução Subsídio			-29,00	0,00	0

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 70,45 86,59 23,48 59,88 0,70 3,23

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
101 20/09/2018 R\$ 70,45

Histórico de Consumo (kWh)

78 | 56 | 99 | 42 | 108 | 125 | 152 | 130 | 138 | 101 | 80 | 69
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

8ff8.af04.55e5.2d6a.961b.6ce4.f7a7.a1f2.

Indicadores de Qualidade			
7/2018 - Sapê			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
D/C MENSAL	8,47	NOMINAL	220
D/C TRIMESTRAL	12,34		
D/C ANUAL	25,88	CONTRATADA	202
F/C MENSAL	3,48		
F/C TRIMESTRAL	8,97	LIMITE INFERIOR	202
F/C ANUAL	13,95		
D/C	3,80	LIMITE SUPERIOR	221
D/C	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	9,99	14,17
Compra de Energia	18,89	26,82
Serviço de Transmissão	1,55	2,20
Encargos Setoriais	2,36	3,35
Impostos Diretos e Encargos	39,97	56,59
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	70,45	100,00

Valor do EVSD (R\$ 7/2018) R\$ 11,84

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,00.
Reajuste Tarifário - Vigência: 28/03/18 - Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Tensão 15,41% Médio.
Reajuste Tarifário - Vigência: 28/03/18 - Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tensão 16,76% Médio.
- Imóvel fechado sem acesso ao medidor faturado pela média.

Faturas em atraso



ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 7-51-85-3740
Matrícula: 811859-2018-09-9

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
20/09/2018 R\$ 70,45

83620000000-5 70450054000-7 08118592018-8 09900051019-0



PROIBIDO PLASTIFICAR
1370408014

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1370408014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ROSANA PEREIRA MARTINS	
DOC. IDENTIDADE / RG, EMISSÃO / UF 258129253D1C87	CPF 137.868.217-39
DATA NASCIMENTO 24/09/1988	
RELACÃO JOSE DA ENHA MARTINS	
MARTINS MARIA JOSE PEREIRA	
PERMISSÃO ACC	CON. HABIL. A
Nº REGISTRO 06519643226	VALIDADE 18/01/2020
03/12/2015	
OBSERVAÇÕES	
<i>Rosana Pereira Martins</i>	
LOCAL RIO DE JANEIRO, RJ	DATA EMISSÃO 07/12/2016
ASSINATURA DO TITULAR	
<i>Rosana Pereira Martins</i>	
DETRAN - RJ (RIO DE JANEIRO) DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES	
ASSINATURA DO TITULAR	
<i>Rosana Pereira Martins</i>	
67976855841 RJ198619596	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814506366
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 20180000006876 EXERCÍCIO
1 0057432878-5 00/00000000 2018

NOME
ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF/CNPJ
13786821739

PLACA
OGA6999/PB

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JC4160ER003105

ESPECIE TIPO
FAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB ANO MOD
2013 2014

CAP/POT/CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA
IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENC/COTAS
1ª

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0

2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 02/01/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SAPE-PB

LOCAL

DATA
12/07/2018

19623

31054

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 013814506366

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
2018 12/07/2018

VIA CPF / CNPJ
1 13786821739

PLACA
OGA6999/PB

RENAVAM
00574328785

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB DAT TARIF
2013 9

Nº CHASSI
9C2JC4160ER003105

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO 02/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-1039021-20180712

02-2017





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPrensa ▾TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e a entrega é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190041545 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ROSANA PEREIRA MARTINS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF/CNPJ: 13786821739

Posição em 06-02-2019 16:34:37

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/02/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lySi8fu9ogKbmNsm0I3X0A==/api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvKSZQrf5ku93O4fE7V3X+iQ=)
19/01/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/avH5Xec4SEDI__EOB6TKuapi_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvKSZQrf5ku93O4fE7V3X+iQ=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuosados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuosados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=70502151471&sinistroConsultaPedido=3180... 2/3



06/02/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Download)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 035.2.19.00147/01
			Data de emissão: 12/02/2019
Nº do Processo:	Comarca: Sape	Classe Processual: ACAO CIVIL COLETIVA - CIVEL - 63	Data de vencimento: 28/02/2019
Número da guia: 035.2019.600147 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 494,10 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Despesas processuais postais: R\$ 20,71 - Despesas processuais com mandados: R\$ 49,41 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 682,01
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000062 820109283185 520190228038 521900147013 			Valor final: R\$ 682,01

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 035.2.19.00147/01
			Data de emissão: 12/02/2019
Nº do Processo:	Comarca: Sape	Classe Processual: ACAO CIVIL COLETIVA - CIVEL - 63	Data de vencimento: 28/02/2019
Número da guia: 035.2019.600147 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 494,10 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Despesas processuais postais: R\$ 20,71 - Despesas processuais com mandados: R\$ 49,41 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 682,01
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000062 820109283185 520190228038 521900147013 			Valor final: R\$ 682,01

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 035.2.19.00147/01
			Data de emissão: 12/02/2019
Nº do Processo:	Comarca: Sape	Classe Processual: ACAO CIVIL COLETIVA - CIVEL - 63	Data de vencimento: 28/02/2019
Número da guia: 035.2019.600147 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 494,10 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Despesas processuais postais: R\$ 20,71 - Despesas processuais com mandados: R\$ 49,41 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 682,01
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000062 820109283185 520190228038 521900147013 			Valor final: R\$ 682,01





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 035.2019.600147

Data Vencimento: 28/02/2019

Data Emissão: 12/02/2019

Comarca: Sape

Classe: ACAO CIVIL COLETIVA - CIVEL - 63

Promovente: ROSANA PEREIRA MARTINS

Promovido: BRADESCO CIA DE SEGUROS S/A

Valor da Causa: R\$ 7.762,50

Despesas Processuais: R\$ 70,12

Custas: R\$ 494,10

Taxa: R\$ 116,44

Total da Guia: R\$ 680,66

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Sapé

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800147-52.2019.8.15.0351

DESPACHO

Vistos, etc.

Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, DEFIRO o pedido de justiça gratuita, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do NCPC.

Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a demandada não costuma promover autocomposição, antes da realização da prova pericial.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente resposta.

Intimações necessárias.

SAPÉ, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito



Segue anexo AR.



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE	
NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE	
ENDEREÇO / ADDRESS	
CEP /	Ilmo. Sr. REPRESENTANTE LEGAL DO BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A Parque Solon de Lucena, 641
DECL	Centro João Pessoa/ PB CEP- 58013-131
ASSIN	CC(COBRANÇA) N.0800147-52.2019.8.15.035 Rosa Pereira Martins x Bradesco
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR	
15/04/19	
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR	RUBRICA E MAT. DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENT
	CA Mat. 8.4-7.82
LOCAL PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO	

DE L'ENVOI
AIRE

DECLARÉ

ENTREGA
ESTINO
BUREAU DE DESTINATION

15 APR 2019

PR

FC0463 / 16

114 x 186 mm





AVISO DE
RECEBIMENTO

AR

AVIS CN07

JU 06884293 1 BR

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

11 ABR 2019

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

PB

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

:

h

:

h

:

h

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

FORUM

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE

CIDADE / LOCALITÉ

SAPÉ

UF

PB

BRASIL
BRÉSIL

58340-000

Jovana

