



Número: **0805488-05.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **25/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.593,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO (AUTOR)		ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30892 918	22/05/2020 12:03	2720127_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/03/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000160070-9

Nr. da Autenticação B7CC6463650F8D7A



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

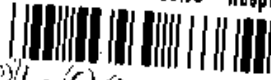
AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000015082-0

Nr. da Autenticação C686CCAFE33530C0



Documentação médica - hospitalar



ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:09

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:09



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSAGEM
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
RUA CAPITÃO PEDRO RAFAEL, 349 - CENTRO

Sr(a)

Encaminhamento

Jose lito Soares do
Nascimento ao hospital
Regional de Patos
paciente vítima de
polifarmácia com re-
lato de tórax agudo e
baixa acuidade auditiva
+ dificuldade de ampli-
fude da mandíbula
Ao otário 10. 10:09

12.09.17

Dr. João Paulo
CRP 10.895

COMPREV
COMPREV SECURE E PREVIDÊNCIA S/A
20 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

06





HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORÁCIO SOBRAGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 96660

Ocorrência: URGÊNCIA

Servidor do Dr.

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Filiação

Pai: ANTONIO BRAZ DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA MARTINS DO NASCIMENTO

Endereço

Cidade: PASSAGEM - PB - 58734-000 - 2510709

Endereço: CAPITAO PEDRO RAFAEL

Bairro: CENTRO

Naturalidade: PASSAGEM - PB

Fone: (83)98121-8410

Documentos

CNS: 708-2091-4662-2940

Identidade: 2096607 SSP PB

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 3/8/1977

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

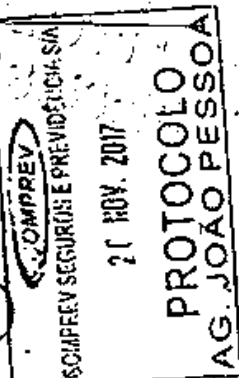
Responsável:

ANAMNESE: (História da Doença atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Quem o foto não é 05/16/17

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dont e G&H + de for m&as P&nto



EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx R&nto

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado

(X) Melhorado

() Falecido

() Transferido

Em, 12/10/17

Recepcionista: GILMARA

CÓPIA

07



ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

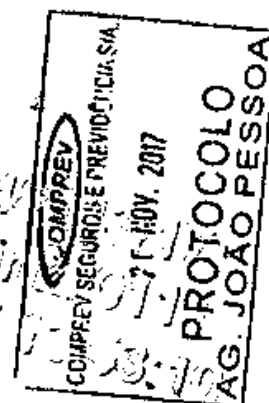
ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448042/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10



CÓPIA





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Idade	Sexo	Cor
20/11/2017		JOSÉ LUIZ SOARES DO NASCIMENTO		47	M
Pulso		Respiração	Temperatura	Peso	Altura
110		20	36,5	70	1,70
Hemoglobina		Hematócrito	Glicemia	Ureia	Creatinina
12		38	100	10	0,9
Urina		20/12/2017	12	0,01	0,01
Ap. Respiratório		Ap. Circulatório		Ap. Digestivo	
12		100		10	
Estado Mental		Dentes		Pele	
ASL		ASL		ASL	
Diagnóstico Pré-Operatório		Estado Físico		Risco	
Anestesia Anterior		20/12/2017		12	
Anestesia Pós-Operatória		Aplicada às		Efeito	
20/12/2017		12		12	
Agente Anestésico		Líquido		Sólido	
600		600		600	
CÓDIGO		INDUÇÃO		Sólido	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
PV. ARTERIAL: PULSO		Laringe Espasmo		Laringe Espasmo	
V.2. ANESTÉSICO: OPERAÇÃO		Náuseas		Náuseas	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	
Sintomas		Despertar		Despertar	
Anestésico		Reflexos na SO		Reflexos na SO	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	
Posição		Condições		Condições	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	
Agente		Com o cãula		Com o cãula	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	
Operação		Com o cãula		Com o cãula	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	
Cirurgião		Com o cãula		Com o cãula	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	
Anestésico		Com o cãula		Com o cãula	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	
Observações		Com o cãula		Com o cãula	
20/12/2017		20/12/2017		20/12/2017	
200		200		200	
180		180		180	
160		160		160	
140		140		140	
120		120		120	
100		100		100	
80		80		80	
60		60		60	
40		40		40	
20		20		20	

CÓPIA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE Josele Soares de Nascimento					
UF	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDIMY CARNEIRO
A. A.	03	SUS	40	96.660	
CIRURGIÃO		CIRURGIÃO			
ANESTESISTA		ANESTESISTA			
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
INSTRUMENTADORA		DATA			
Valéria		11/09/17			

QUANTIDADE		MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X		TX. de Instrumentador		Equipos pl. soro e sangue
		TX. Capnógrafo		Scalp
		TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. pl. Procedimentos
		TX. Aplicação de Sangue		Lâmina do Bisturi
X		TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
		TX. de Laser		Coletor de Urina
X		TX. de Curativo		Seringa 1 ml
		TX. de Instalação S. Vascular		Seringa 3 ml
X		TX. Sala		Seringa 5 ml
		TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
		TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X		TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos Desc.
		Neocain		Atadura de Crepom 10cm
		Halotano		Atadura de Crepom 20cm
		Thienombutal		Atadura Gessada 10cm
		Quelicin		Sonda Uretral
		Pavulon		Sonda Nasogástrica
		Dorminid		Éter Sulfúrico
		Fentanil 0,05mg		Draino Penrose
		Xilastésin a 5%		Draino Sucção
		Inoval		Draino de Tórax
		Xilocaína a 2%	X	Espandrapo
		Etodimilato		Xilocaína Gel
		Ketalar	X	Álcool 70%
		Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
		Dimorf		Gases
		Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
		Narcan		Algodão Ortopédico
		Forans		Clórex
		Sufenta		Vaselina Estéril
		Diazepam		Agulha descartável
		Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
		Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
		Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
		Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
		Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
		Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
		Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
		Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
		Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
		Espanol 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
		Tilam		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
		Amleacina 500mg		Cat-gut 2-0 pl. amigdalectomia
		Agulha do Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
		Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
		Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
		Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
		Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
		Prolene 0 c/ agulha		

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
22 NOV. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARREIRO

UNIDADE: 03 **CONVENIO:** SUS **MADE:** 40 **REGISTRO:** 18660

CRM: 00000000000000000000 **CRM/ESPECIALIDADE:** 00000000000000000000

ANESTESIA: 00000000000000000000 **ANESTESISTA:** 00000000000000000000

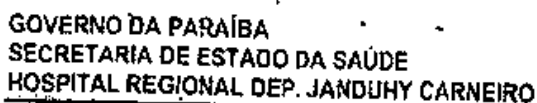
INSTRUMENTADORA: 00000000000000000000 **DATA:** 08/09/17 **HSSB:** 1520 **PA:** 17

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. do Instrumentador	1	Equipe p. soros e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Bomba de Infusão	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Aplicação do Sangue	1	Sonda de Foley
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador	1	Coletor de Urina
	TX. do Laser	1	Seringa 1 ml
X	TX. de Curativo	1	Seringa 3 ml
	TX. do Instalação S. Vesical	1	Seringa 5 ml
X	TX. Sala	1	Seringa 10 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Eletrólitos desc.
X	TX. Oxímetro de Pulso	1	Atadura de Crepom 10cm
	Hafetano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembul	1	Atadura Gessada 10cm
	Qualicín	1	Sonda Uretral
	Pavulon	1	Sonda Nasogástrica
	Dorminid	1	Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg	1	Dreno Penroso
	Xilestesina 5%	1	Dreno Sucção
	Inoval	1	Dreno de Tórax
	Xilocalina 2%	1	Espandrapo
	Etodimidato	1	Xilocalina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Publucovina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanoxat 0,5ml	1	Algodão Hidrófilo
	Narcan	1	Algodão Ortopédico
	Forane	1	Cidex
	Sufenta	1	Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml	1	Pastilha do Formol
	Prostigmina	1	Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina	1	Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 cf agulha
	Efortil	1	Fio Cromado 1 cf agulha
	Cefalotina 19g	1	Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Dixtal	1	Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Plasil	1	Cat-gut simples 0 cf agulha
	Dipirona	1	Cat-gut simples 0 cf agulha
	Espasín 5000 VI	1	Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Tilatil	1	Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amoxicilina 500mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável	1	Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Abbotato 20 e 22	1	Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 cf agulha	1	Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 cf agulha	1	Polycot 3-0 cf agulha
	Polycot 3-0 cf agulha	1	Prolene 2-0 cf agulha
	Prolene 0 cf agulha	1	

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

COPIA





REQUISICÃO DE PARECER

NOME: Josef. L. de Jesus do Nascimento
 DA CLÍNICA Cirurgia ENFERMARIA 1002
 A CLÍNICA Revisão LEITO 10

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

CONSULTA: *Frederico* **ASL-01-00043/17**
marcela.lima.0117
20/12/2017 13:45
22-09-2017 **Dr. Antônio Augusto Neri**
13-4391

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

PARECER: ASL-02108
 marc 02/10/92
 20/12/92
 Anti-Vitru

ASSINATURA DO MEDICO CONSULTANTE
 ASL-0442042/17
 marcela lrr
 20/12/92
 13:53:10

Ao nome do Sr. Manoel Figueira
em face dos direitos literários e loc.
Sob o epíteto N.º 17

CP. 01. 06. 01. 3
P. a. 01. 06. 01. 3
G. 01. 06. 01. 3

ASL-044204311
MERCOLA.LINA.0111
10/12/2017 13:53:10

DATA

ASSINATURA DO MEDICO ESPE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
NOV 5, 2017





GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISICÃO DE PARECER

NOME: Dr. Felipe 20/12/2017 04/11/17

DA CLÍNICA C/ J. J. J. ENFERMARIA 111

A CLÍNICA Bela Vista LEITO 111

MOTIVO DA CONSULTA: fratura em Asphub 20/12/2017 04/11/17

2109/11 DATA 21/09/11

PARECER: fratura em Asphub 20/12/2017 04/11/17

2109/11 DATA 21/09/11

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE 21/09/11

CÓPIA

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

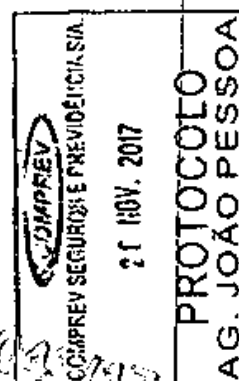


REQUISICÃO DE PARECER

ASL-0448043/17
NOME: Jonas do Nascimento
DA CLÍNICA: Ortopedia ENFERMARIA: A. Moreira
A CLÍNICA: Cardiologia LEITO: 038-10
MOTIVO DA CONSULTA: ASL-0448043/17
memória. 01/17
20/12/2017 13:53-10
09/10/2017
DATA: _____ ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: _____

PARECER:

40 ANOS
PRE-OP. FRATURA
AMP. WDN
NIGD. NDN
ALURIA: ⊖
AC. RCR. 2.º GR. 3.º
ECG: DCRD
CONCLUSÃO: BOM
DATA: 05/10/17
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: _____



CÓPIA

14





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATORIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Dr. SIONIO</u>		Nº prontuário: <u>11</u>
Data da Cirurgia: <u>11/11/17</u>	Enf: <u>11</u>	Leito: <u>11</u>
Cirurgião: <u>Dr. SIONIO</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. DIOGO</u>	
Anestesista: <u>Dr. NUNO ALONSO</u>	Tipo de Anestesia: <u>11</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FR. RADIO-DISTAC. (E)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>07/10/11/17 - RADIO-DISTAC. (E)</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>11</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>11</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>11</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>11</u>		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
21 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) Pct DDR + OITM MSE + GOM + MSE
2) Anestesia + analgesia
3) Colocação de sonda
4) Incisão vertical
5) Placa + parafusos
6) Hemostase + ligadura + sutura
7) Curativo + TAPA
8) Ao finalizar o procedimento

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB 10932/2017
CÓPIA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Suelio Moreira Torres</u>		Nº Prontuário: <u>2071203301900000029657336</u>
Data da Cirurgia: <u>08/05/17</u>	Enf: <u>13.50</u>	Leito: <u>13.50</u>
Cirurgião: <u>Dr. W. A. R. S. O. N.</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. F. S. P.</u>	
Anestesiista: <u>Dr. T. A. U. O.</u>	Tipo de Anestesia: <u>SCDAENT.</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>O. M. A. N. O.</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>2071203301900000029657336</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>2071203301900000029657336</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>2071203301900000029657336</u>		

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA
21 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

1) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
2) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
3) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
4) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
5) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
6) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
7) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
8) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
9) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.
10) F. A. O. R. O. D. I. S. T. O. R. I. A. D. E. S. T. O. M. A. C. H. O.

CÓPIA

16





CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micolgia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinálise
- Parasitologia

marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Médico Requisitante: DR. DIEGO S. SANTIAGO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Idade: 40 ANOS
Data: 06/09/2017
Comanda: 42034

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Amostra: Soro
Método: Enzimático/Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 108 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dl
1 a 12 meses: 40,0 a 100,0 mg/dl
1 ano a 19 anos: 70,0 a 99,0 mg/dl

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

COMPREV
21 NOV 2017
PROTOCOLO:
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

— Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas.
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 9913-1408 / 3421-5468 / 9 9611-1712

CÓPIA



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO Nascimento 03/08/1977 Idade: 40 Sexo: M
Medico: DIEGO VARELA Cod. Pac: 14145 Protocolo: 35852
Laboratorio: INTERNO 05/09/2017 10:01:26
Enfermaria: AMARELA Leito 3

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Material: SANGUE

Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm3	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm3
Eritrócito:	4.170.000 /mm3		
Hemoglobina:	11,8 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 16,0 g%
Hematócrito:	37,4 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	91,0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	29,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	32,0 %	31 - 38 %	31 - 36 %
R.D.W.:	14,9 %	11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

		Leucócitos Totais:	6.200	Malares de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm3
Mielócitos	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	0 a 100
Bastonetes	0	0	0 a 5	0 a 500
Segmentados	62	3844	40 a 70	1.600 a 7.000
Eosinófilos	2	124	0 a 5	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	0 a 100
Linfócitos				
Típicos	32	1984	20 a 35	800 a 3.500
Atípicos	0	0		
Monócitos	4	248	2 a 10	60 a 1000

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 130.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Metodo: AUTOMATIZADO

COMPREV
COMPREV SECURE E PREVIDENCIA S/A
21 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA
18.



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Medico: DIEGO VARELA
Laboratorio: INTERNO
Enfermagem: AMARELA

Nascimento: 03/08/1977 Idade: 40 Anos Sexo: M
Cod. Pac.: 141457.1 Protocolo: 35852
05/09/2017 10:01:26
Leito: 3

HEMATOLOGIA
TEMPO PROTROMBINA/TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

10.7 segundo

Referencia: 11 a 15 segundos

CONTROLE

Método: QUICK

10 segundos

Referencia: 11 a 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMATICA DA PROTROMBINA

86 %

Referencia: 75 a 100 %

INR

1.08

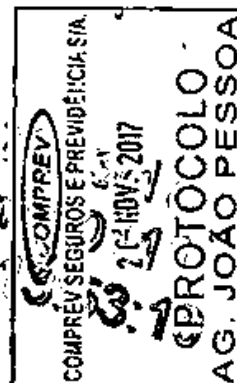
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO

Material: PLASMA - CITRATO

Método: BEL E ALTON

Referencia: 25 a 35 segundos

Relação Plasma
Paciente/Normal
Referencia: 0.9 a 1.2



COPIA

19



CARLOS CHAGAS
Medicina Laboratorial

- Culturas em geral
- Micologia
- Líquidos Corporais
- Pesquisas de BAAR
- Enzimas Cardíacas
- Teste do Pezinho
- Hematologia
- Bioquímica
- Imunologia
- Testes Alérgicos
- Urinálise
- Parasitologia

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Médico Requisitante: DR. JOÃO H. SUASSUNA LAUREANO
Convênio: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Idade: 40 ANOS
Data: 04/09/2017
Comanda: 42009

GLICEMIA DE JEJUM

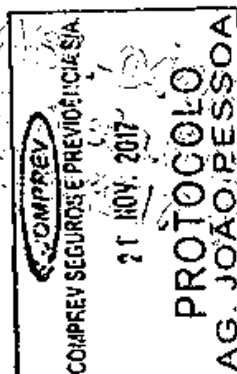
Amostra: Soro
Método: Enzimático/ Automatizado

GLICEMIA DE JEJUM: 94 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 110,0 mg/dl

70,0 a 99,0 mg/dl



Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica.
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pelo SBAQ - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
Rua Bossuet Wanderley, 337 - Centro - Patos-PB - Tel.: (83) 9 9913-1408 / 3421-5469 / 9 9611-1712

CÓPIA

20



GOVERNO
DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Paciente: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Médico: JOÃO H. SUASSUNA LAUREANO
Laboratório: INTERNO
Enfermaria: AMARELA

Nascimento: 03/08/1977 Idade: 40 Sexo: M
Cód. Pac.: 14145 Protocolo: 35767
04/09/2017 10:57:53
Leito 3

HEMOGRAMA

Material: SANGUE
Metodo: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4.4 - 5.1 milhões/mm3	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm3
Eritrócito:	4.050.000 /mm3		
Hemoglobina:	11.6 g%	13.5 - 18.0 g%	11.6 - 16.0 g%
Hematócrito:	36.4 %	40 - 54 %	37 - 47 %
C.M.:	91.0 u3	80 - 98 u3	80 - 98 u3
H.C.M.:	29.0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	32.0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.:	15.1 %	11.5 a 14.5 %	11.5 a 14.5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

Leucócitos Totais:	7.700				
Mielócitos	0	0	0	0	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	0 a 100	
Bastonetes	0	0	0 a 5	0 a 500	
Segmentados	64	4928	40 a 70	1.600 a 7.000	
Eosinófilos	2	154	0 a 5	0 a 500	
Basófilos	0	0	0 a 1	0 a 100	
Linfócitos					
Típicos	30	2310	20 a 35	800 a 3.500	
Atípicos	0	0			
Monócitos	4	308	2 a 10	80 a 1.000	

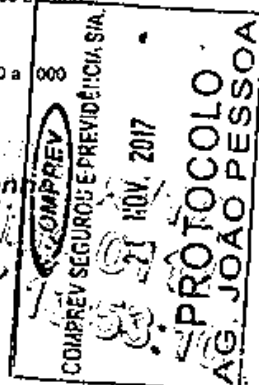
Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 140.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia

Método: AUTOMATIZADO



CÓPIA



COVERING
LA PASADENA

Nascimento: 03/08/1977, Idade: 40, Sexo: M
Cod. Pac.: 14145, Protocolo: 35767
Leito: 3, Data: 04/09/2017, Hora: 10:57:53

10.7 segundo

Referencia: 11 a 15 segundos

10 segundos

Referencia: 11 a 15 segundos

86 %

Referencia: 75 a 100 %

1.08

26,6 segundos

Referencia: 25 a 35 segundos

Relação Plasma
Paciente/Normal
Referencia: 0,8 a 1,2

Livina Saldanha
Biomédica
CR 115112

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
22 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

22



CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr. Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvido, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tel: (83) 3421- 3444 -

993424242-991186991

Cep: 58700-070 Patos - Pb.

20/12/2017 13:53:10
marcela.lima.0111

ASL-0448043/
marcela.lima.0111
20/12/2017 13:53:10

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Joselito Soares do Nascimento sofreu acidente automobilístico dia 02/09/2017 e após episódio começou a apresentar vertigem, perda auditiva em ouvido esquerdo, zumbido e paralisia facial. Exame otorrinolaringológico evidenciou laceração em conduto auditivo externo de ouvido esquerdo, com membrana timpânica íntegra, além de paralisia facial à direita (House Brackmann II). Realizado audiometria cujo resultado confirmou perda auditiva neurossensorial em ouvido esquerdo, em agudos (grau moderado).

CID: H95.0
G51

Patos, 18 de Setembro de 2017

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 73552

COMPRÉV
CCMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A
27 NOV 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

93



CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr: Antonio Fausto de Almeida Filho
Dr: Antonio Fausto de Almeida Neto
(Ouvido, Nariz e Garganta)
R: Pedro Firmino - 324 - Centro
Tel: (83) 3421- 3444 -
993424242- 991186991
Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

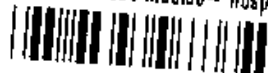
RELATÓRIO MÉDICO

Paciente Joselito Soares do Nascimento sofreu acidente automobilístico dia 02/09/2017 e após episódio começou a apresentar vertigem, perda auditiva em ouvido esquerdo, zumbido e paralisia facial. Exame otorrinolaringológico evidenciou laceração em conduto auditivo externo de ouvido esquerdo, com membrana timpânica íntegra, além de paralisia facial à direita (House Brackmann III). Realizado audiometria cujo resultado confirmou perda auditiva neurossensorial em ouvido esquerdo, em agudos (grau moderado).

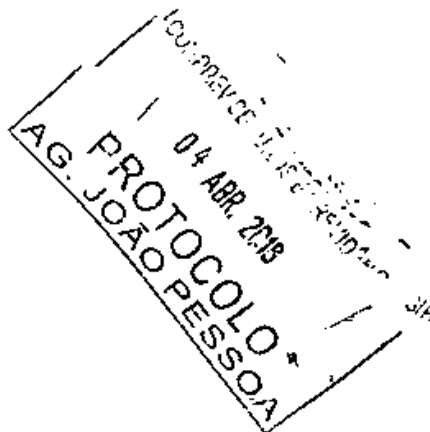
CID: H95.0
G51

Patos, 27 de Março de 2018

Documentação médica - hospitalar



Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7352



CENTRO MÉDICO DE PATOS

Dr. Antonio Fausto de Almeida Filho

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto

(Ouvindo, Nariz e Garganta)

R: Pedro Firmino - 324 - Centro

Tei: (83) 3421-3444 -

883424242- 991186991

Cep: 58700-070 - Patos - Pb.

AUDIOMETRIA TONAL LIMINAR

Data: 27/03/2018

Solicitante:

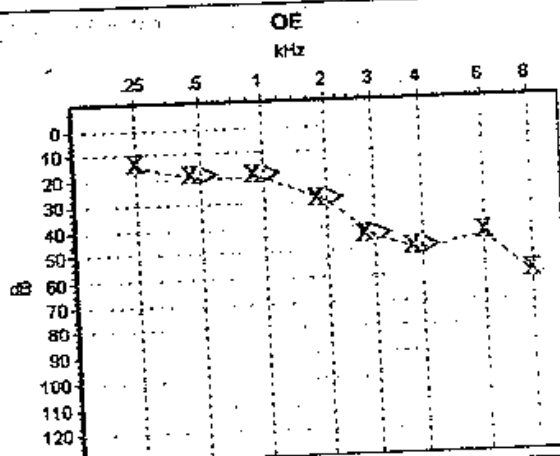
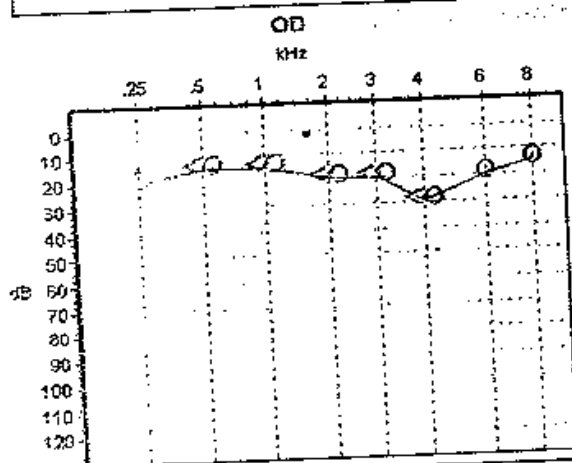
Paciente: Joselito Soares do Nascimento

Idade: 40 anos e 7 meses

Equipamento:

Data da Aferição:

Data da Calibração:



Limiar									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA	20	15	15	20	20	30	20	15	dB
VO		15	15	20	20	30			dB

Nível de Mascaramento									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA									dB
VO									dB

IRF					
	MONOS	DISSIL			
OD	65	dB	96	%	0
OE	70	dB	88	%	0

RINNE		
kHz	.25	.50
OD		
OE		

Limiar									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA	15	20	20	30	45	50	45	60	dB
VO		20	20	30	45	50			dB

Nível de Mascaramento									
kHz	.25	.50	1	2	3	4	6	8	
VA									dB
VO									dB

WEBER					
kHz	.25	.50	1	2	4

LRF		
	OD	dB

Conclusão:

PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL ISOLADA EM 4KHZ EM OUVIDO DIREITO.
PERDA AUDITIVA NEUROSSENSORIAL A PARTIR DE 2KHZ EM OUVIDO ESQUERDO.

PROTÓCOLO
04 ABR 2018
19. JOAO PESSOA

Dr. Antonio Fausto de Almeida Neto
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7352

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DE FAMÍLIA DO JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DE SÃO PAULO

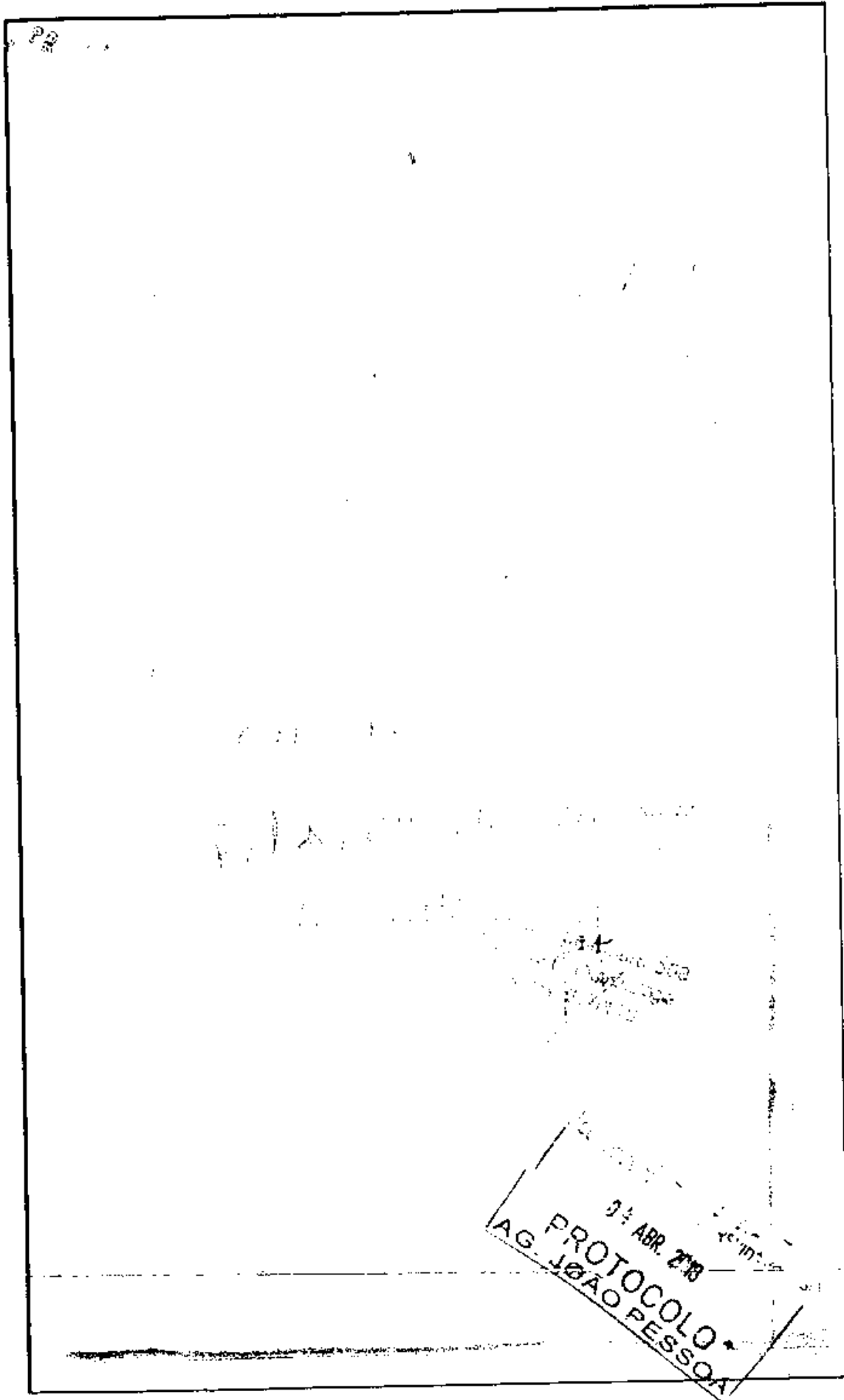
PROCESSO Nº 0000000-00.00000-00

REQUERENTE: SUELIO MOREIRA TORRES

REQUERIDO: JOÃO JOÃO PESSOA

DATA: 22/05/2020

02 ABR 2020
PROTOCOLO
JOS. JOAO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012987 **Cidade:** Cacimba de Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOFACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012987 **Cidade:** Cacimba de Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 25° DA EXTENSÃO EM 20° E DO DESVIO ULNAR EM 8°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM PUNHO ESQUERDO (2+/4+), SINAIS DE NEURO ALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR PRINCIPALMENTE DURANTE A EXTENSÃO. ALÉM DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO ANTERIOR DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2017 COM A REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 FIOS DE KIRSCHNER, APÓS UM PERÍODO DE 2 DIAS FOI OBSERVADA A PERDA DE REDUÇÃO DE FRATURA E FOI REALIZADO NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE PLACA EM T 3,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, PERMANECU COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO ÁXILO PALMAR POR UM PERÍODO DE 30 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. PACIENTE ATUALMENTE ENCONTRA-SE COM SEQUELA EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA INTENSA. COMPLICAÇÕES: APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR PACIENTE ENCONTRA-SE COM SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180012987 **Cidade:** Cacimba de Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO MAIS TRAUMA EM OUVIDO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° E DA FLEXÃO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DO DESVIO ULNAR EM 6°, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR IMPORTANTE (3+/4+), DOR DURANTE A MOBILIZAÇÃO DO PUNHO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA GRAU II, ALÉM DE EDEMA RESIDUAL EM DEDOS CORRESPONDENTES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE ATUALMENTE SEGUE COM SEQUELA EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA INTENSA E EM OUVIDO ESQUERDO DE FORMA MODERADA.

Sequelas permanentes: PACIENTE ATUALMENTE SEGUE COM SEQUELA EM PUNHO ESQUERDO DE FORMA INTENSA E EM OUVIDO ESQUERDO DE FORMA MODERADA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/05/2018

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO GRAVE DO PUNHO ESQUERDO.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AGRICULTOR
 Identidade: 2096607 CPF: 022.043.034-96
 Endereço: R. Cipriano Pereira, Bairro: São Luiz - Passagem

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Tilico Gomes/405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Patos-PB, 27/10/2017

Local e data

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

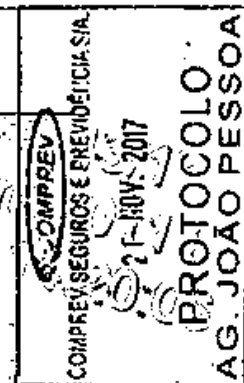


CARTEIRO CARLOS TRIGUEIRO
 Rua Peregrino Filho, 130 - Centro - Patos - PB - (cep: 58700-450)
 Telefone: (33) 3471-3701/3471-3400
 E-mail: carlos@carteiriobrigueiro.com.br

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) do:
JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Patos-PB, 27/10/2017
 Eu, SUELIO MOREIRA TORRES, de verdade, Dou fé.
 Reconheço: CLARA SOARES COSTA DE MENDONÇA SILVA
 Selo Digital: PKXZ8123.L0L0
 Confirma em <https://sistemadigital.tjpb.jus.br>

End: R10,23 ISS R80,28 Imposto R80,13 Imp: R81,70 PD R80,18



COPIA



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987

Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180012987**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12197497

Pag. 00315/00316 - carta_01 - INVALIDEZ



00020158



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987

Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180012987**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00491/00492 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12200531



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987

Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180012987**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00581/00582 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12296358



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180012987
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180012987** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00347/00348 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12382029



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180012987
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180012987** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00903/00904 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12505486



Rio de Janeiro, 30 de Março de 2018

Carta nº: 12592907

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987
Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25
Banco: 104
Agência: 000000043
Conta: 000000160070-9
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01285/01286 - carta_15R - INVALIDEZ

00010643



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro: 3180012987
Vítima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180012987** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00699/00700 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12735714



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Carta nº 12830474

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180012987 ASL-0497216/17
Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data Acidente: 02/09/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA
ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01189/01190 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Carta nº: 13139392

A/C: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180012987
Vitima: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00
Banco: 104
Agência: 000004982
Conta: 0000015082-0
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01527/01528 - carta_15R - INVALIDEZ

00020764



Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 022.043.034-96	Nome completo da vítima Josefite Soares do Nascimento
---------------------------	--	---

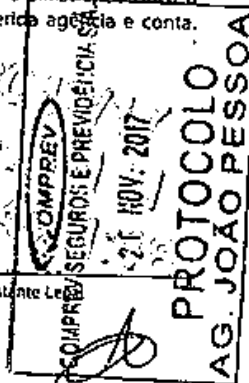
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
Josefite Soares do Nascimento	022.043.034-96	Agricultor	
Endereço	Número	Complemento	
Rua Cap. Pedro Passal	526	Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Passagem	PB	58734-000
Email	Telefone (DDD)		
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 9 9655-9484		
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRE	DV	CONTA NRE	DV
0043		00160070	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
Banco		Banco	
Nome		Nome	
AGÊNCIA NRE		CONTA NRE	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Local e Data Passagem-PB, 31 de Outubro de 2017 Assinatura do Beneficiário Josefite Soares do Nascimento Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	Assinatura do Representante Legal Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
---	--

FAPPF.001 V001/2017



CÓPIA



Página: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 27/10/2017

>>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA 27/10/2017 EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 4982 PORTAL DO SERTAO
PERIODO: 27/10/2017 ATE: 27/10/2017
NOME: JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO
DATA MOV: 27/10/2017 NR DOC HISTORICO: 14:29:19

OPER: 013 CONTA: 1530830
CPF: 022.043.034-96
VLR BLOQUEIO: 0,00
VLR BLOQUEIO: 0,00
20/12/2017 14:29:19

F1 AJUDA
F3 RETORNAR

F4 SALDO POR DATA LIMITE
F6 EXTRATO ANTERIOR

F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANCAR PAG.

TEF38F7D
F12 FINALIZAR

ASL-0448043/17
marcela.lima.0117
20/12/2017 14:29:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0117
20/12/2017 14:29:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0117
20/12/2017 14:29:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0117
20/12/2017 14:29:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0117
20/12/2017 14:29:19

COMPREY
PREV SECUR E PREVID CIA SIA
21 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG-JOAO PESSOA

Date: 27/10/2017 Time: 12:43:32

COPIA 33



ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

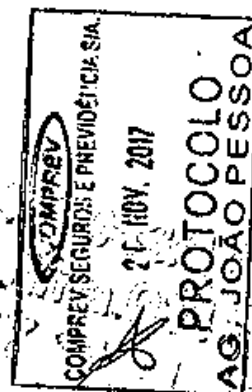


ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19

ASL-0448043/17
marcela.lima.0111
20/12/2017 14:21:19



CÓPIA 34



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Plantão Centralizado de Patos/PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Rua Bóssuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO-ADITAMENTO

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a Ocorrência nº 5097/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos VINTE E SETE (27) dias do mês de OUTUBRO do ano DOIS MIL E DEZESSETE (2017), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. (a) DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu JOSELITO SOARES DO NASCIMENTO, Brasileiro, (a), RG 2096607 SSP/PB, CPF 022.043.034-96, data de nasc. 03/08/1977, natural de Passagem/PB, Filho (a) de Antonio Braz do Nascimento e de Maria Martins do Nascimento, residente na Rua Cap. Pedro Rafael, nº 526, bairro centro, Passagem/PB, Tel.: (83) 9.8121.8410, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 03/09/2017, por volta das 16:00 horas, conduzia a motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, placa OGC-1793/PB, Renavam 01074062229, chassi 9C2JC41109R023714, Licenciada em nome de Francisco Soares do Nascimento, quando na saída de Cacimba de Areia/PB, perdeu o controle da moto e caiu; Que, foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB; Que, devido o acidente, quebrou o braço esquerdo, e ficou com problema de audição, Obs.: informo que houve equívoco, não percebido na digitação, referente a data do fato ocorrido, onde a data correta é: 02/09/2017.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

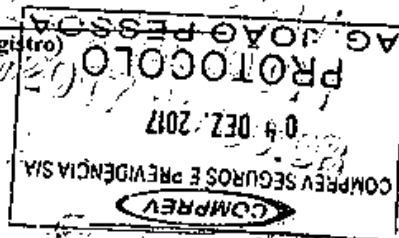
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Josefito Soares do Nascimento

Patos/PB, 29 de novembro de 2017

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
Ana Mª da C. Leandro
Mat. 138.428-7



CÓPIA

