

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11880426

A/C: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170572343 ASL-0414417/17
Vítima: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO
Data Acidente: 03/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11883027

A/C: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170572343 ASL-0414417/17
Vitima: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO
Data Acidente: 03/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO**

Nº Sinistro: **3170572343**
Vitima: **WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO**
Data do Acidente: **03/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170572343**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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 12723962





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO F

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

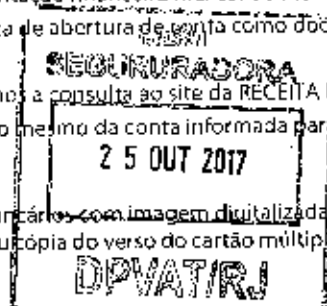
EU, Wanderleia de Oliveira Lima Cleutério
 PORTADOR(A) DO RG Nº 30.982.571-9 EXPEDIDO POR SECC / RJ EM 15/05/2014
 CPF 033068194-70 / CNPJ 000000000-00 / 0-00, PROFISSÃO Receita
 E RENDA MENSAL DE R\$ Receita NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wanderleia de O. Cleutério AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

{ *} A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, maliciosa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADISCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4838 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000463-3

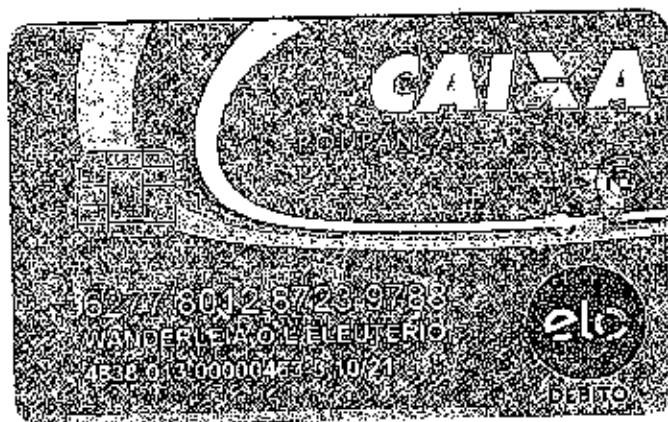
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Tinto, 26 de Setembro de 2017 Wanderleia de Oliveira Lima Cleutério
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº 126/2017

Aos 16 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORTIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivão(o) e/ou APC, aí, por volta 11h:09min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO, conhecido por , Identidade nº 309825719 SSP RJ, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: , profissão: , filho(a) de Wanderley Cardoso De Lima E Maria De Lourdes De Oliveira Lima, natural de Paraíba/PB, nascido(a) em 23/08/1987 (anos de idade), do sexo FEMININO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cravassu, nº , bairro: , tendo como ponto de referência: , na cidade de Rio Tinto Pb, fone(s) para contato: .

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CF, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/Informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA;
- 2) DATA DO FATO: 03 de dezembro de 2016;
- 3) HORÁRIO: 20h:0min;
- 4) LOCAL: PISTA RIO TINTO PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE A NOTICIANTE INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO DIA 03/12/2016 POR VOLTA DAS 20:00 NO SÍTIO CRAVASSU NA ZONA RURAL DE RIO TINTO PB; ONDE ESTAVA DE PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA CG125 FAN DE PLACAS MOW6443 PB , CHASSI 9C2JC4110AR610198 DE COR VERMELHA DIRIGIDA POR SEU VIZINHO; QUE O CONDUTOR SE DESEQUILIBROU DA MOTOCICLETA PERDENDO O CONTROLE DO VEICULO LEVANDO A NOTICIANTE AO CHÃO; QUE A NOTICIANTE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE CONFORME LAUDO APRESENTADO

6) OBSERVAÇÕES:

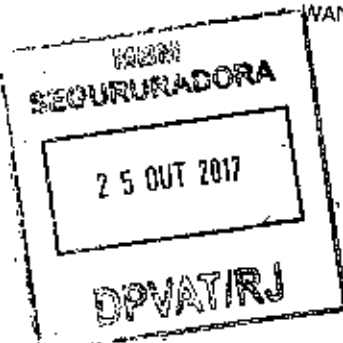
O NOTICIANTE APRESENTOU CARTEIRA DE IDENTIDADE PARA REGISTRAR A OCORRENCIA.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

Wanderleia de Oliveira Lima Eleuterio

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO

Comunicante



APC
Matrícula nº

Patricia Neizilda Athunquerque Gomes
Patricia Neizilda Athunquerque Gomes
Agente de Investigação
Policia Civil
Matrícula 182.027-3



CECIL PIMENTEL
CECIL PIMENTEL
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).
Rio Tinto/PB-05/06/2017
Selo Digital: AFG03677-E8ON
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Seguro
DPVAT

O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wanderlândia de O. L. Eleuterio, portador da
carteira de identidade nº 30.982.571-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº
073.068.194-70, residente e domiciliado na
Sítio Cravasseu, S/N, Área Rural Cidade
Rio Tinto Estado Paraíba, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para
fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Wanderlândia de Oliveira Lima Eleuterio

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Rio Tinto/PB, 26 de Setembro de 2017.

Local e Data





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Wanderleia de Oliveira Lima Eleuterio
DATA DE NASCIMENTO 23/08/87
NOME DA MÃE Maria de Lourdes de Oliveira Lima

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99008
BOLETIM DE ENTRADA N.º 965277
DATA DO ATENDIMENTO 04/12/16
HORA DO ATENDIMENTO 00:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da platô tibial
CID 10 S82.1

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor e limitação funcional em joelho direito. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho D.

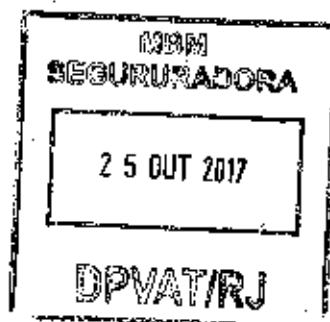
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial D.

ALTA HOSPITALAR: 16/12/16
DATA DA EMISSÃO: 03/02/17



Dr. Juan-Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

Energisa

Compendio de las respuestas

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 - Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1052244-S

Fev / 2017 [Canal de contato](#)

Apresentação

23/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

28/03/2017

CPF/ CNPJ/ RAN

FILE 164.00

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Plas
----------	-------	-----------	---------	------

Inc. FBI	Date	Latitude	Delta	Longitude
100-10470	3/30/17	37N	100W	17

Faturas em atraso

Demonstrative

[illegible]

Histórico de Consumo (kWh)

Jan 18
Feb 18
Mar 18
Apr 18
May 18
Jun 18
Jul 18
Aug 18
Sep 18
Oct 18
Nov 18
Dec 18

	8-6-11E CASULO	2-QUOTA	3-QUOTA
KMS	49.20	25.00	12.50
Pci	49.20	1.0856	0.50
CCPMS	49.00	5.0322	2.50

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

06/03/2017

RS 74 39

Medicines and devices

[illegible]

4e8b.d5be.1f90.e4c1.dda2.5a/k.4b8d.9f12

Indicadores de Qualidade

Հանրային և տեղի տնտեսական կազմակերպություններ

	Limite do ANEE	Apurado	Limite de Tensão (V)
OLIMPIADA	17,35		
RE-TRIMESTRAL	24,23	3,21	
OLIMPIADA	26,42		5,00
RE-TRIMESTRAL	9,27	2,33	
RE-TRIMESTRAL	12,56		5,00
OLIMPIADA	16,76		5,00
OLIMPIADA	18,60	1,76	

Descrição	Valor (R\$)	%
Salário de Emprego	12,00	17,90
Contribuição de Emprego	12,00	20,25
Salário de Trabalho	0,00	1,00
Salário de Trabalho	5,00	8,33
Salário de Trabalho	24,00	37,50
Salário de Trabalho	14,00	21,75
Total	74,99	100,00

doi:10.1371/journal.pone.0210631.g001

ATENÇÃO

[illegible]

ENERGIA Page 4/5

VENCIMENTO**TOTAL A PAGAR**

06/03/2017

RS 74.39

$$16. \text{fairly: } 1/7 = \frac{2}{7} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{2} \times \frac{2}{7}$$

83620000000-5 74390954000-1 1052244-2017-1 02702560019



SEGURO

25 OCT 2017

DPVATIRJ



NET

O MUNDO É DOS NETS



COMUNICADO IMPORTANTE



CTC RECIFE PE JPA PL9
CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO
R OTACILIO DE ALBUQUERQUE 22
TORRE
58040-720 JOAO PESSOA - PB

07/02/2009 10:40 - FAX - 000140000



DECLARAÇÃO



Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Olécio Souza do Espírito Santo portador (a) do
RG nº 2.383.364, expedido por SSP/PB

em 14/11/2017 CPF/CNPJ nº 009.670.904 - 90 na

qualidade de procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a) Wander
Leia de Oliveira L. Eleutério do sinistro de DPVAT da natureza
invalides da vítima Wanderleia O L. Eleutério

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações

solicitadas: Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$: -

Documentos comprobatórios: OAB/PB

Olécio Souza do Espírito Santo
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Laudo Médico/Resumo de Alta



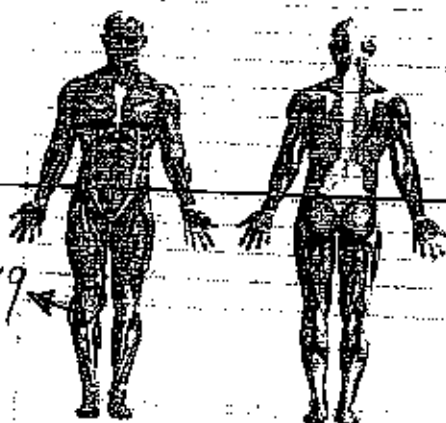
Nome: <u>Wanderléia de O. Gomes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Clínica: <u>Ortop</u>	Enf.: <u>17</u> Leito: <u>03</u>
Data de admissão: <u>01/12/16</u>		Alta: <u>16/12/16</u> Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Fract. de fêmur tibial</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>o mesmo</u>		<div>MEM SEGUROADORA 25 OUT 2017 DPVAT/RJ</div>	
Diagnóstico Secundário: <u>—</u>			
Principais exames: <u>Radiografias, TC</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>01/12/16 Dr. Roberto, ortopedista com Placa e parafusos</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (<input checked="" type="checkbox"/>) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (<input checked="" type="checkbox"/>) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente com história de fratura tibial, por trauma crônico, com placa e parafusos</u>			
Dieta: <u>alim livre</u>		Orientações Pós Alta	
Repouso: Relativo em casa por, _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias. Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop. Medicações para casa: _____			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão			
João Pessoa: <u>16</u> de <u>12</u> de <u>16</u>			
<div>Assinado por: <u>Emílio A. Nobelo</u> CRM: <u>10232</u> Título: <u>Ortop. Médico/CRM</u></div>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim
 PATOLOGIA: () Não () Sim
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Nervoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisipela subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma Branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-Contuso | 34. Rinorrágia |
| 17. F. Perfuro-Contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS:

MEM
SEGUROADORA

25 OUT 2017

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- () Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada

- () Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de

Solicito parecer de

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar

() Óbito

() Até 48 hs

() Após 48 hs

() A pedido

() Família

() A reavalia

() JML

() Desistência

() SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



1800885840468 BE: 985277
ANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA
DT. NASC.: 23/08/1987
MAE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA

END.: CRAVA CU
N. SN - ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: (?)
CELULAR: (83) 983787775
IDADE: 29
DT. ENTRADA: 04/12/2016 08:23:57

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente
MOTOCICLISTA há 4 horas
com lesão e lesões funcionais
na cabeça (D)

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Péricas ☐ Obstruídas
ARÉAS ☐ Péricas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA
☐ APNÉIA
AUSCULTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUÍDOS
HTD ☐ Sim ☐ Não
HTD ☐ Rancos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE ☐ Rancos ☐ Sibilos ☐ Estertores
FR: _____ Imp _____ SaO₂ _____ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Esontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério
DATA DE NASCIMENTO: 23/08/1987
NOME DA MÃE: Maria de Lourdes de Oliveira Lima

DADOS EXTRAÍDOS
BAM Nº: 163.627
DATA DE ENTRADA: 03/12/2016
HORA DO ATENDIMENTO: 21:10hs
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AVALIAÇÃO INICIAL: Paciente com queixa de dor em joelho direito após queda de moto há mais ou menos 01 hora; Não refere outras queixas.

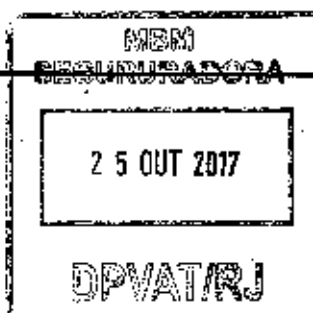
Ao Exame: Estado Geral Bom; Consciente; Orientado; Eupneico em AA; Afebril; Eucárdico e Anictérico; AR: MV presente bilateral SRA; ACV: RCR 2T BCNF SS; Abdômen: NDN.

Foi evidenciado fratura e encaminhado para o Ortopedia (Hospital de referência).

EXAMES REALIZADOS: Exame médico geral / Radiografia de Joelho.

MEDICAÇÕES: Diclofenaco; Dexametasona.

DATA DA EMISSÃO: 07/02/2017



Drª Tatiane Alves
CRM/PE 7261
Diretora Médica
Hospital Geral de Mamanguape
Dra Tatiane Alves

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



Cruz Vermelha Brasileira



1000005840488

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA

DT. NASC.: 23/08/1987

MRE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA

END: CRAMA

BE: 965277

Emergência e Trauma
Cena

123912 - Tel.:

GOVERNO
DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento: 965277



Identificação do paciente

ID 1112627	Nome WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA	Sexo Feminino
Data de nascimento 23/08/1987	Idade 29 anos 3 meses 11 dias	Estado civil OUTROS
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA	Religião EVANGELICA	Prontuário
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Pai WANDERLEY CARDOSO DE LIMA	Responsável (Parentesco) ISABELA DA CONCEICAO HERMINIO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993797775	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 309825719	Fone Fixo
Local de procedência HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSARIO(MAMANGUAPE)	Nº Cns 185436242140001	
E-mail	Naturalidade TACIMA	Tipo UNIDADES SAUDE
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58287000	Município de residência RIO TINTO	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro CRAVAÇU
		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 04/12/2016 00:23:57	Número da pulseira 1000005840488	Comênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTO/CICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou AMB DE RIO TINTO		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dedos clínicos

RBM
SERENIZADORA

25 OUT 2017

DPVAT/RJ

Diagnóstico

Atendido por NILZA MARINHO DA SILVA	CID
	Tempo 05min 04seg

Imprimir

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



1800000040400 BE.: 965277
NANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA
DT. NASC.: 23/06/1987
MRE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA

END.: CRAVA GU
N. SN - ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: (0)
CELULAR: (03) 993707776
IDADE: 29
DT. ENTRADA: 04/12/2016 00:23:57

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
------	------	-----------------------

#ORTOPEDIA#

Paciente vítima de acidente de trânsito
com fratura de platô tibial da
CD: Intermédia

Dr. Flávio Medeiros
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 725

01 DEZ 2016

MEM
SEGURADORA

2-5 OUT 2017

DPVAT/RJ



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

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

HEETSHL

Número: 00

Paciente: Wandeleia de Oliveira Lima

Procedimento: Trat. cirúrgico de fratura do platô tibial (D)

SUS: () Não SUS ()

Médico: Dr. Kantney

Prontuário: 965277

Data: 14 / 12 / 2016

Reposição: _____

Data: ____/____/____

Caixa Pronta: _____

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Kompago	Exº 35 - Placa interna TP 35 6 Furos	(01)		
	Parafusos Cortical nº 46	(01)		
	Parafusos Cortical nº 48	(01)		
Kompago	Exº 45 - Parafusos Cortical nº 46	(01)		
	Atalixa	(01)		
	Fio de Kirschner nº 2,0 (usado como guia)	(01)		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA



Glauber de Novais Miranda
Médico
CRM 10000
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Vanessa Gomes Barreto Santos
Enfermeira
COREN 123456
ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN

Maíla Maria de Oliveira
Assinatura Circulante Responsável
60016483

F(NG).APC.013-2



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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

965299

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

23 / 08 / 1987

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD 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

SEGURADORA

30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Kompaço - Ex 3.5 - Plano de 3.5 estante 6F(01)
Paralelogramo cortical n° 46(1) e n° 48(1)
Kompaço ex 4.5 Paralelogramo cortical n° 46(1)
Acrúcula (1)
01 Fio de Kirschner n° 2.0 (usado como guia).

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito Dorsal
- 2 - Posição Anestesia e Intubação
- 3 - Afastação de Campos Cirúrgicos

Incisão:

- 4 - Incisão Pastern-medial
- 5 - Direção por plano
- 6 - Hemostasia cuidadosa

Achados:

Conduta:

- 7 - Redução da fratura + fixação de fragmentos com placa fixa cortical com parafusos + colocação de placa Targa de Latta 6 furos + 2 parafusos corticais

- 8 - Limpeza profunda com pfo, 97.

SEGUROADORA

25 OUT 2017

Fechamento:

- 9 - Sutura com Reforço de Placas para tendões

- 10 - Curativo estéril

Observação:

- 11 - Rx de controle

Médico/CRM:

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - 609220

João Pessoa, 14/12/16



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Wanderleia de Oliveira BE/Prontuário: 965277
Idade: _____ Sexo: () Masculino ☒ Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Kertney 1º Assistente: Dr. Roberto Santos
2º Assistente: Dr. Claudio (R) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Abdana
Tipo de Anestesia: Raque Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Placa Tibial Direta</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de Placa Tibial Direta</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

Médico/CRM: _____

Glauber M. Novais Mamede
Médico
CRM 9220

João Pessoa, 30/10/16

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Ulanderia de Oliveira Lima

IDADE: 99 ANOS **PRONTUÁRIO:** 86527 **HISTÓRIA CLÍNICA:** 13 **LEITO:** 03

CIRURGIÃO: Dr. A. C. S. de Almeida **PLANO DE TRATAMENTO:** D.

CIRURGIA: Dr. Karmey **AUXILIAR:** Dr. Gauthier

ANESTESIA: Raquel

ANESTESISTA: Dr. Nelson (Dr. Sérgio UR)

INSTRUMENTADOR: Daniele

DATA: 16-10-16 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 15:00 **FIM:** 17:35 **CIRURGIA INÍCIO:** 16:00 **FIM:** 17:35

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA I (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) ASA 5 (+)

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANIL	500 µg	JELCO Nº 18		PIO CAT GLT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº 20		PIO CAT GLT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA	500 µg	JELCO Nº 22		PIO DE AÇO Nº
CETAMINA		JELCO Nº 24		PIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		PIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº 11		PIO DE NYLON Nº 30
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº 15		PIO DE NYLON Nº
FENTANIL	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº 23		PIO POLIGLACTINA Nº 4
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº 24		PIO POLIGLACTINA Nº 28
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		PIO POLIGLACTINA Nº 28
LEVOPROPILAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENCORTO		PIO POLIPROPILENO Nº
LEVOPROPILAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	45	PIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4,5	LUVAS ESTÉRIL Nº 7,0		PIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 25X07	LUVAS ESTÉRIL Nº 7,5		PIO POLIGLACTAPRONE Nº
MIDAZOLAM	AGULHA 25X08	LUVAS ESTÉRIL Nº 8,0		PIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X13	LUVAS ESTÉRIL Nº 8,5		FITA CARDÍACA
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL Nº 16	MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPÓPOLIS	AGULHA RAQUIN Nº 25G	SCALEP Nº 19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUIN Nº 26G	SCALEP Nº 21		PIO DE KIRSCHNER Nº
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUIN Nº 27G	SERINGA 3ML		PIO DE KIRSCHNER Nº 24
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		PIO STEINMAN Nº
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPON	SERINGA 10ML		PIO STEINMAN Nº
TIOPIENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PUM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº 16		FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº 17		EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº 18		PARAFUSOS CORTICAIS 4
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS 4
EFDRIANA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALLEOLAR
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENROSE		PARAFUSOS MALLEOLAR
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA de suporte
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR
PROSTIGMONDE		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		() CAPNOGRFO
TENOXCAN		ESPARADRAPO		() CARDIOMONITOR
Estetoscópio		GAZES		() DESFIBRILADOR
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL
		JELCO Nº 14		() MICROSCOPIO
		JELCO Nº 16		() OXÍMETRO DE PULSO
				() P.A. INVASIVA NÃO INV
				() PERFURADOR ELÉTRICO
				() SERICA
				CIRCULANTE

Assinatura do Cirurgião: Glauber M. Nogueira Miranda

Assinatura do Anestesiologista: Daniel

Assinatura do Instrumentador: Daniele

Assinatura do Enfermeiro: Mariana

Assinatura do Técnico: Mariana

Assinatura do Auxiliar de Enfermagem: Mariana

Assinatura do Assistente Social: Mariana

Assinatura do Psicólogo: Mariana

Assinatura do Físico: Mariana

Assinatura do Radioterapeuta: Mariana

Assinatura do Nutricionista: Mariana

Assinatura do Farmacêutico: Mariana

Assinatura do Odontólogo: Mariana

Assinatura do Optometa: Mariana

Assinatura do Patologista: Mariana

Assinatura do Radiologista: Mariana

Assinatura do Urologista: Mariana

Assinatura do Ginecologista: Mariana

Assinatura do Pediatra: Mariana

Assinatura do Geriatra: Mariana

Assinatura do Endocrinologista: Mariana

Assinatura do Nefrologista: Mariana

Assinatura do Hepatologista: Mariana

Assinatura do Pneumologista: Mariana

Assinatura do Cardíologo: Mariana

Assinatura do Oncologista: Mariana

Assinatura do Hematologista: Mariana

Assinatura do Dermatologista: Mariana

Assinatura do Oftalmologista: Mariana

Assinatura do Otorrinolaringologista: Mariana

Assinatura do Neurologista: Mariana

Assinatura do Psiquiatra: Mariana

Assinatura do Radiologista:</



Receituário Médico



71 Monitoração de O. T. L. / 11/17

Uma substituição

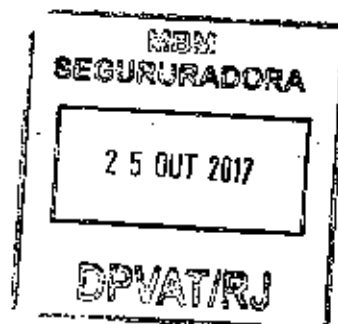
1) O nome do mag. 10 dias
Captar os comp. no substituído, 1 x dia, por
10 dias.

Data: 16 / 10 / 17

Jessyca Emilia F. Rabelo
10245/PB

Médico - CRM

P(NG).CC.002-1.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA: 30.982.571-9 DATA DE EMISSÃO: 15/05/2014

TIPO: WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA

ELÉUTERIO

PAIS: WANDERLEY CARDOSO DE LIMA

PARAIBA

DATA DE NASCIMENTO: 23/08/1987

CPF: 073.068.194-70

001

LEI Nº 7.110 DE 29.09.63

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0551

Polegar Direito

Wanderley Cardoso de Lima

001

MEM
SEGURADORA

25 OUT 2017

DPVAT/RJ

25 OUT 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

8468703514
11103751842



0007

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRTE 20100500003405-9

1 20391460-1 200/00000000

SEVERINO ANTONIO DA SILVA

R DO MEIO SN

SERTÃOZINHO

58280000 MAMANGUA PB

69453578487

MON6443/PE

MOTOMAR PEGASO AERSS LTDA

NOVO PB 9C2JC4110AR610198

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2010

2010

2 P/124/CL

PARTIC

VERMELHA

A F BV FIANCETRA S.A.

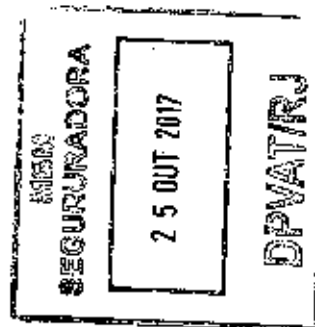
N Motor JC41E1A610198

MAMANGUA PE

12/04/2010

32280

12/12





SEGURO DPVAT
PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS
INVALIDEZ PERMANENTE

Vítima: Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (autenticado) ~~0306~~
- ☒ Documento de identificação
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência atual em nome da vítima, se não tiver no nome dele, assinar **declaração de residência.**
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização com cópia do cartão do banco.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML ou **Declaração de inexistência do IML na localidade do evento.**
- ☒ Boletim do primeiro atendimento médico hospitalar
- ☒ Relatório médico descrevendo as lesões, documentação médica
- ☒ **DUT e Declaração do Proprietário do Veículo.**

REPRESENTANTE LEGAL - ADVOGADO

- ☒ Procuração original reconhecida a assinatura.
- ☒ Documento de identificação
- ☒ Comprovante de residência
- ☒ Declaração de Procurador Circular - SUSEP

Data: 26/09/2017



Assinatura: Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério

(83) 98729-6504 (Jeslane Sousa)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Nome: Wanderlessa de Oliveira Eleutério Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: Casada, Profissão: Agricultora, CPF nº: 073.068.194-70
RG nº: 30.982.571-9, Endereço: Sítio Cravinhos/511
Bairro: Área Rural, Cidade: Rio Tinto, Estado: PB, CEP: 58.297-000

OUTORGADOS: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.463 e OAB/RN 905- A, e VITOR CAVALCANTE DE SOUZA VALERIO, brasileiro, casado, advogado - OAB/PB nº 15.027 e OAB/RN 901- A, SÓCIOS do Escritório CAVALCANTE & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, Sociedades de Advogados, inscrito no CNPJ sob nº 14.719.128/0001-14, e também na qualidade de associados à Dra. MARIA DO SOCORRO H. LEITE - OAB/PB nº 11.708, CLAYTON SOUZA DO ESPIRITO SANTO, OAB/PB 11.327-E, todos domiciliados profissionalmente na cidade de João Pessoa/PB, na Rua Otacilio de Albuquerque, nº 22, Torre, João Pessoa/PB. Telefones: (83) 3512-8576/8899-8576.

Os Outorgados obrigam-se a prestar a Outorgante os serviços de advocacia na presente ação.

O Outorgante obriga-se a pagar aos Outorgados, a título de honorários pelos serviços ora contratados o percentual de 30% (Trinta por cento) do valor recebido ou do valor da causa, conforme o caso, em qualquer fase do processo (acordo, execução, etc.) em qualquer instância, face aos poderes que a seguir através do INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO PARTICULAR, lhe outorga, fica acertado também, que em caso de recusa os honorários serão repactuados, sem prejuízos destes.

PODERES

Para os quais confere os mais amplos poderes para representá-lo (a) no Foro em geral e ilimitado, com a cláusula "AD JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA", para, onde com esta se apresentar e se necessário for, tratar dos assuntos referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, que o OUTORGANTE tem direito, assinando quaisquer documentos, bem como, em qualquer instância ou tribunal, na esfera administrativa, perante as pessoas jurídicas de direito público, privadas e pessoas físicas, agir em defesa dos seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão; usando dos recursos e acompanhando-os em conjunto ou separadamente, independentemente da ordem de nomeação, podendo, ditos procuradores propor e variar ações, requerer, acordar e discordar, desistir, transigir, firmar compromissos, arrolar testemunhas, subestabelecer em todo ou em parte, praticando, enfim, todos e quaisquer atos necessários ao fiel desempenho deste mandato e especialmente para acompanhar junto a Companhia de Seguros competente, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), podendo para tanto, dito procurador, dar entrada ao processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe poderes para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, receber e dar quitação em conjunto ou separadamente, receber qualquer numerário mediante alvará de autorização (judicial) junto à Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, confessar, requerer, firmar compromissos, prestar declarações, subestabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes se assim lhe convier, sendo que dará a tudo o que fizer o referido procurador, por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO: O (a) outorgante(s) DECLARA para todos os fins de direito e sob as penas da lei, nos termos da Lei Federal n. 7115, de 29/08/1983, que não tem condições e recursos suficientes de arcar com as despesas do processo, para defesa de seu direito, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, prevista no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal e nos termos do Art. 4º da Lei 1060/50.

Rio Tinto, 26 de Setembro de 2017
Wanderlessa de Oliveira Lima Eleutério
OUTORGANTE

10

PIÙ INTEL

5541170 MORTAL E REGISTRAL
 5541170: Pte 2 do T 7/3 - Fone da Pr 244

região do Taboão e Diqueamento Pequeno, e

[illegible]

PL 345-114-17H-ELECTRIC

2015年12月15日

425 - High-Temperature-Polyethylene

—ferre d'origine

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

[http://www.hilltop.com](#)

www.pearson.com