

---

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

**Vitima:** 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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

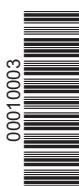
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 inicio 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,



---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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**



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, Wandering de Oliveira Lima Eleuterio**, PORTADOR(A) DO RG Nº **30.982.571-9**, EXPEDIDO POR **SECC / RJ**, EM **15/05/2014**, CPF **033.068.194-70** (CNPJ **00000000000000000000**), PROFISSÃO **Revisor - M** E RENDA MENSAL DE R\$ **Revisor - M**, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Wandering de Oliveira Lima Eleuterio**, 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 aparecem 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 Ipu FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa 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](http://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 ou 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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADFESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

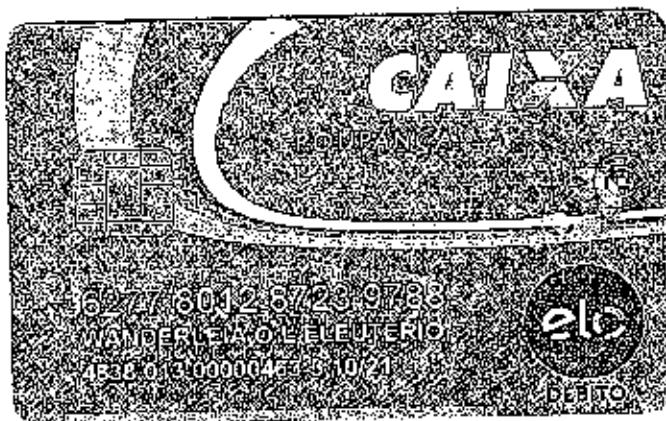
Nº do BANCO **104** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **4838** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **000463-3****SEGURADORA****25 OUT 2017****DPVAT/RJ**

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, Wandering de Oliveira Lima Eleuterio  
LOCALE 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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorreu a nº. 126/2017

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

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO, conhecido por , Identidade nº 309825719 SSP RJ, CrF 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: , tenho como ponto de referência: , na Cid de 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 Polícia 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 SITIO CRAVASSU NA ZONA RURAL DE RIO TINTO PB; ONDE ESTAVA DE PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA CG125 FAN DE PLACAS MOW6443 PB , CHASSI 9CJ4110AR610198 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 MAMANGUAPÉ CONFORME LAUDO APRESENTADO

### 6) OBSERVAÇÕES:

O NOTICIANTE APRESENTOU CARTEIRA DE IDENTIDADE PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA.

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

*Wanderleia de Oliveira Lima Eleutério*

WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA ELEUTERIO

Comunicante



APC  
Matrícula nº

Patrícia Nezilda Almeida Gomes  
Agente de Investigação  
Polícia Civil  
Matrícula 182.027-3



*Assinatura de Sua Exceléncia Cecília 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, Wanderley de O. L. Eleuterio, portador da carteira de identidade nº 30.980.571-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 043.068.194-70, residente e domiciliado na Sítio Cavaíssu, 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:

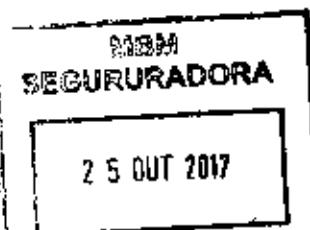
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa)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

Wanderley de Oliveira L. Eleuterio

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação



Rio Tinto/PB, 26 de Setembro de 2017.  
Local e Data

**mbm**  
Seguro de Pessoas



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 Wanderlei 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 de 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.

RX fratura de platô tibial D.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

### 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





000187

**NET**

O MUNDO É DOS NETS



## COMUNICADO IMPORTANTE



CTC RECIFE PE/PEA P19  
CLECIO SOUZA DO ESPÍRITO SANTO  
R. OTACILIO DE ALBUQUERQUE 22  
TÓRIE  
58040-720, JOÃO PESSOA - PB

07/02/2017 10:40:41 - SAV - MIGA FOGO





## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Oécio Souza do Espírito Santo, portador (a) do RG nº 2.383.364, expedido por SSP/PB, em 14/11/2011 CPF/CNPJ nº 009.670.904-190 na qualidade de procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a) Wanderleia de Oliveira L. Eleuterio do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Wanderleia O.L. Eleuterio e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$: — Documentos comprobatórios: OAB/PB

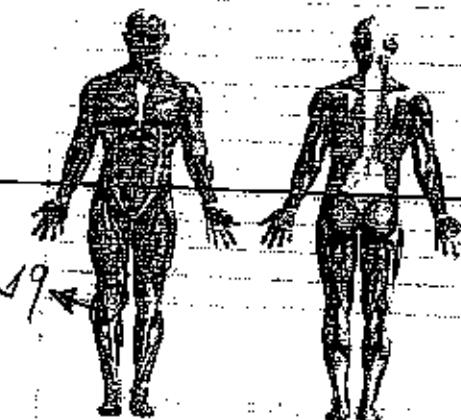
Oécio Souza do Espírito Santo  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

MBM SEGURADORA
25 OUT 2017
DPVAT/RJ

Nome: <u>Wanderlina de O. Palma</u>		Nº de BE:		
Idade: <u>41</u>	Sexo: <u>M</u>	Clínica: <u>Vila</u>	Enf.: <u>17</u>	Leito: <u>03</u>
Data de admissão: <u>01/12/16</u>	Altá: <u>16/12/16</u>	Tempo de Permanência:		
Diagnóstico de Internação: <u>Fractura de fêmur tronco</u>				
Diagnóstico Definitivo: <u>Fractura de fêmur</u>		<b>MEM</b> <b>SEGURADORA</b> <u>25 OUT 2017</u> <b>DPMAT/RJ</b>		
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <u>Angiografia, TC</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>08/11/16 - Dr. Kotinu, intensiva com Nalu</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infeção: sim ( ) não (X) Coleta de material: sim ( ) não ( )				
Resultado bacteriológica:				
Condições de alta: Melhorado (X) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )				
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>História Clínica: Entrada de paciente idosa, com história crônica de artrite, com fratura de fêmur.</u>				
Dieta: <u>Alta fibra</u>		Orientações Pós Alta		
Reposo:				
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> _____				
 <u>CRM 10443</u> , Médico/CRM				
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
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitacão
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empaixamento
- 9 Eferseia subcutânea
- 10 Esmigramento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corte-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante
- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Lacerção
- 24 Lesão Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinal de Isquemia
- 36

OBS:

**QUEIMADURA:**

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura

(-) 1º grau

(-) 2º grau

(-) 3º grau

URVANIK

**EXAMES SOLICITADOS**

- Radiografias
- Ultrassonografia (FAST)
- Tomografia computadorizada

- Lavado peritoneal
- Gasometria arterial
- Tipagem sanguínea

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS****CONDUTAS E PROCEDIMENTOS**

- 1 *Tela corporadística*
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

**CÓDIGO****ASSINATURA E CARIMBO**

Dra Tibirica Medeiros  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 1296

01 DEZ. 2010

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO**

Solicito parecer da

Solicito parecer da

**DESTINO DO PACIENTE**

DATA \_\_\_\_\_  
 SAÍDA \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

- Centro cirúrgico
- Tranferência (unidade de saúde)
- Internado (setor) *Ortopedista*
- Alta hospitalar
- Decisão médica
- A pedido
- À revalla
- Desistência
- Óbito
- Até 48 hs.
- Após 48 hs.
- Família
- JML
- SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN.  
Dra Tibirica Medeiros  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 1296

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





SECRETÁRIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE  
DIVISÃO MÉDICA  
**LAUDO MÉDICO**

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

PACIENTE: Wanderléia 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; Eucardico e Anictérico; AR: MV presente bilateral SRA; ACV: RCR 2T BCNF SS; Abdômen: NDN.

Foi evidenciado fratura e encaminhado para o Ortotrauma (Hospital de referencia).

**EXAMES REALIZADOS:** Exame médico geral / Radiografia de Joelho.

**MEDICAÇÕES:** Diclofenaco; Dexametasona.

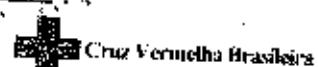
DATA DA EMISSÃO: 07/02/2017

MEM SEGURADORA
25 OUT 2017
DPVAT/RJ

Dra Tatiane Alves  
CRM/PB 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.



2000005840488  
WANDERLEIA DE OLIVEIRA LIMA  
DT. Nasc.: 23/08/1987  
MRE: MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA  
END: CRAMA  
123912 - Tel:

Emergência e Trauma

cena

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	Religião EVANGELICA	Prontuário
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA LIMA			Pai WANDERLEY CARDOSO DE LIMA	
Escolaridade MÉDIO INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) ISABELA DA CONCEICAO HERMINIO - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993797775	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 309826719	Nº Crns 165436242140001		
Local de procedência HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSARIO(MAMANGUAPE)		Tipo UNIDADESAUDE	UF PB	
Email	Natureza TACIMA	CBO/R		

## Endereço

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

## Admissão

Data e Hora 04/12/2016 00:23:57	Número da pulseira 1000005840488	Comunidade 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 MOTOCICLETA	Detalhe da ocorrência MOTO X OBJETO

## Indicadores e Transporte

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

## Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura	KEM SEGUROADORAS
--------------	----	-------------	---------------------

## Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	25 OUT 2017
Dados clínicos							

DPVAT/RJ

## Diagnóstico

CID

Tempo  
05min 04seg

Atendido por  
NILZA MARINHO DA SILVA

Imprimir



**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black lines of varying widths.

18000005940408 BE.: 965277  
MUNICIPAL DE OLIVEIRA LIMA  
DT. NASC.: 23/06/1987  
LAC. FANTO DE LIMA/DEP. DE OLIVEIRA LIMA

DATA	HORA	DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p><b>HORTOPEDIA H</b></p> <p>Vaccante queixa de dor no lado esquerdo da placa tibial direita CD: Fratura</p> <p>DR. Fábio Mello Ortopedista CRM-RJ 1748</p> <p>1 DEZ 2016</p> <p><b>MEM</b> <b>SEGURADORA</b> 2-5 OUT 2017</p> <p>DPVAT/RJ</p>

**MEN  
SEGURURADORA**

**25 OUT 2017**

**DPVAT/RJ**

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

Número:00

Paciente: Wanderley de Oliveira Lima

Prontuário: 965277

Data: 14 / 12 / 2016

Procedimento: Tratamento de fratura do plato tibial D

Data: 14 / 12 / 2016

Caixa Pronta:

SUS: ( ) Não SUS ( )

Médico: Dr. Kartney

## DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Kompage	Ex 3,5 Placa estreita xp 3,5 6 Euro (01)	(01)		
	Broquim Cortical n° 46	(01)		
	Broquim Cortical n° 48	(01)		
Kompage Ex 4,5 Parafuso cortical n° 46	(01)	(01)		
Articular				
	Fio de Kirschner n° 2,0 (usado em aguja) (01)			

## DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Vanessa Gomes Barreto Santos  
Enfermeira  
COREN-MG  
ASSINATURA ENFERMEIRA - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**
**Folha  
1/2**

 <b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		<b>2 - CNES</b> <input type="text"/>  <b>4 - CNES</b> <input type="text"/>			
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> <input type="text"/> HERTSHU		<b>5 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> <input type="text"/> HERTSHU			
<b>Identificação do Paciente</b>		<b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b> <input type="text"/> 065277  <b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> <input type="text"/> 23/08/1987  <b>9 - SEXO</b> <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> <input type="text"/> Wanderlei de Oliveira Lima		<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> <input type="text"/>			
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)</b> <input type="text"/>		<b>11 - FONE DE CONTATO / Nº DO TELEFONE</b> <input type="text"/>			
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> <input type="text"/>		<b>14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO</b> <input type="text"/> <b>15 - UF</b> <input type="text"/> <b>16 - CEP</b> <input type="text"/>			
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>					
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>					
<b>18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</b> <input type="text"/>		<b>19 - CÓD PROcedimento - ANTERIOR</b> <input type="text"/>			
<b>20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</b> <input type="text"/>		<b>21 - CÓD PROcedimento - MUDANÇA</b> <input type="text"/>			
<b>22 - DIAGNÓSTICO GERAL</b> <input type="text"/>		<b>23 - CID 10 PRINCIPAL</b> <input type="text"/>	<b>24 - CID 10 SECUNDÁRIO</b> <input type="text"/>	<b>25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> <input type="text"/>	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
<b>26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> <input type="text"/>		<b>27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> <input type="text"/>			
<b>28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</b> <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		<b>30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b> <input type="text"/>			
<b>29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b> <input type="text"/> SEGURO RURA DORA		<b>31 - QTDE</b> <input type="text"/>			
<b>32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b> <input type="text"/>		<b>33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b> <input type="text"/>			
<b>35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b> <input type="text"/>		<b>34 - QTDE</b> <input type="text"/>			
<b>36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL</b> <input type="text"/>		<b>37 - QTDE</b> <input type="text"/>			
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <p>Kompa ex: 3,5 - Parafuso 3,5 estreito GF/01      Pneumonio cortical n° 46 (1) e n° 47 (1)      Kompa ex: 4,5 - Parafuso cortical n° 46 (1)      • Areuela (1)      • Fio de Kirschner n° 2,0 (usado como guia).</p>					
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>					
<b>39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> <input type="text"/>		<b>40 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> <input type="text"/> 14/12/16			
<b>41. DOCUMENTO</b> <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		<b>42. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> <input type="text"/>			
<b>43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> 		<b>44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> <input type="text"/>			
<b>45. CÓD. ORGÃO EMISSOR</b> <input type="text"/>		<b>46. DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> <input type="text"/>			
<b>47. DOCUMENTO</b> <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		<b>48. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> <input type="text"/>			
<b>49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> 					



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

L  
HECTSH.

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito Dorsal
- 2 - Pos 1 Assepsia + Antissepsia
- 3 - Afastação de partes amigas

### Incisão:

- 4 - Incisão Parte medial
- 5 - Dissecção plana
- 6 - Hemostasia Colateral

### Achados:

### Conduta:

7 - Redução Fract + fixação de  
fragmínio com placa fixa cortical  
com brocas + calcanégrafo de placa  
Tonga de lama 6 furos + 2 pininfura  
corticais

8 - Enfresa óssea abordante em 360°.

SEGURADORA

25 OUT 2017

### Fechamento:

9 - Sutura com ~~Refinatril~~ ~~stitches~~  
pratimíctas

10 - Curativo estéril.

### Observação:

11 - Rx de controle.

Médico/CRM:

Glauber M. Novais Mello  
CRM: 10320  
D20

João Pessoa, 19/12/16

F(NG).ASCIR.009-1

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Wanderley de Oliveira Série: BE/Prontuário: 965277Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 1 / 1Clínica/Setor: Gastroenter EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

Cirurgião: Dr. Kortney 1º Assistente: Dr. Roberto Santos2º Assistente: Dr. Glauber (P) 3º Assistente: \_\_\_\_\_Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. AbdalaTipo de Anestesia: Rogaine Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
• Fratura de Plata Tibial Direita	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
• Tratamento cirúrgico de fratura de Plata Tibial Direita	

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 M.D.  
CRM-MG  
Medico  
9220

João Pessoa, 29/10/16

## **Nota de Salse Cirúrgica**

NOME DO PACIENTE:	Wanderlei de Oliveira Lima						
IDADE:	39	PRONTUÁRIO:	86537	ENFERMAGEM:	17	LITRO:	03
CIRURGIA:	Tartanomínia de fibula e plástico tibial (D)						
CIRURGÃO:	Dr. Korthay L'ADY Dr. Gauvin (D)						
ANESTESIA:	Raque						
ANESTERISTA:	Dr. Sheldon (Dr. Sergio HR).						
INSTRUMENTADOR:	Romulo						

DATA: 16/01/16 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTÉSIA: INÍCIO: 15:00 FIM: CIRURGIA: NICKOLAS FIM: 16:36 FIM: 17:35

DÍGICO DE RISCO DE CIRÚRGIA - AS A AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

ÍNDICE DE RIESGO DE LÍNEAS DE ASISTENCIA AL FAMILIAR

#### **GRAU DE CONTAMINAÇÃO:**

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS
		MATERIAIS	QTD.		
ALFENTANILA	500 mg	JELCO N°18			FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO N°20			FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAÍNA PESADA	500,00 mg	JELCO N°22			FIO DE AÇO N°
CETAMINA		JELCO N°24			FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°			FIO DE NYLON N°
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N° 30
FENOBARBITAL	ÁLCOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°
PENTANIL	PVP I DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N° 4
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N° 28
ISOFLURANO	PVP TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAÍNA SI/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	15	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCÁINA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCÁINA SI/VASO	AGULHA 25X07	L	LUVA ESTÉRIL N°7,5	L	FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	L	LUVA ESTÉRIL N°8,0	L	FIO SEDA N°
MORFINA	AGULHA 40X13	L	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA
NIMBÚM	AGULHA PERDURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	AL	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		EMENTO CIRÚRGICO
PROPORPOL	AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIPENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	1	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURONIO	AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N° 27
SEVOFLURANO	ALGORDÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°
SUXAMETONIO	ATADURA DE CREPOM	1500	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA,		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	10	CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°13	PROTESE VASCULAR
ATROPINNA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	15	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	CEP 01 3,50
DIPRIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	25 OUT 2017
Efedrina		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	10	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA DE ESTILO
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGÓTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTICIONE		EQUIPO MICROGÓTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	10	FIOS	( ) ASPIRADOR
TENOIXCAN		ESPARADRATO	OK	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) BISTURI ELÉTRICO
etoporfina	10	GAZES	10	FIO ALGODÃO S/A N°	( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A N°	( ) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO S/A N°	( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°14			( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16			( ) FOCO CENTRAL
		KOMPAZ 200 P/45			( ) MICROSCOPIO
		Monit. P/ECG			( ) OXÍMETRO DE PULSO
		Monit. P/ECG			( ) P.A. INTRAARTERIAL NÃO INV
		Monit. P/ECG			( ) PERFURADOR ELÉTRICO
		Monit. P/ECG			( ) SECA
		Monit. P/ECG			CIRCULANTE
Glauber M. Novais Miranda					maior da menor de 10
CRM - PB 9720					163.413





# Receituário Médico

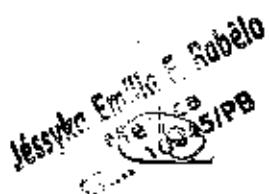


91 Morumbiú de O. Bellus

No albuterol

1) Clorotek 40 mg \_\_\_\_\_ 40 compr.  
Cada 20 mg no albuterol, 3x dia, por  
40 dias

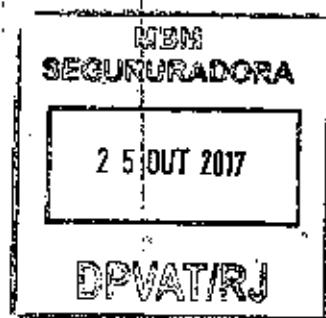
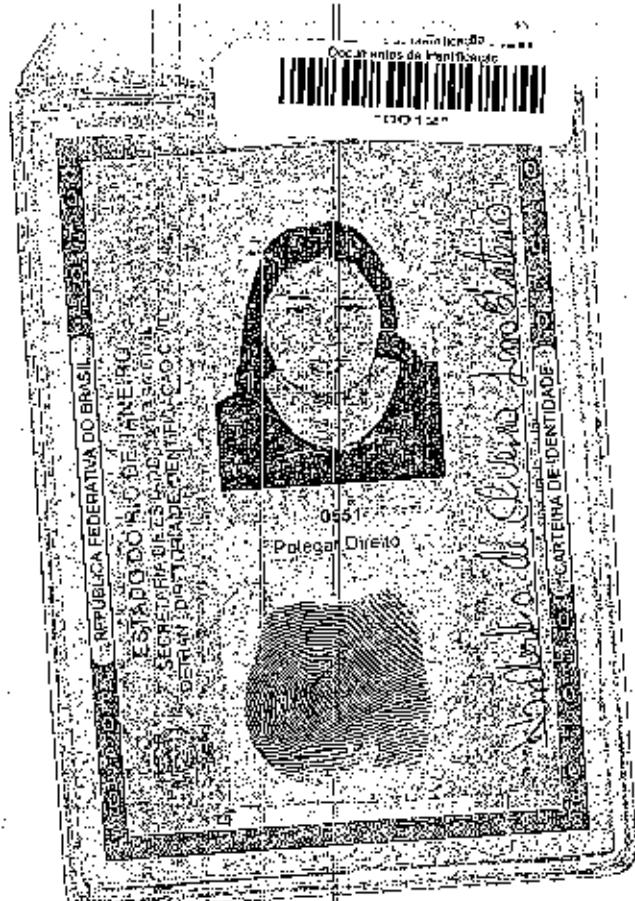
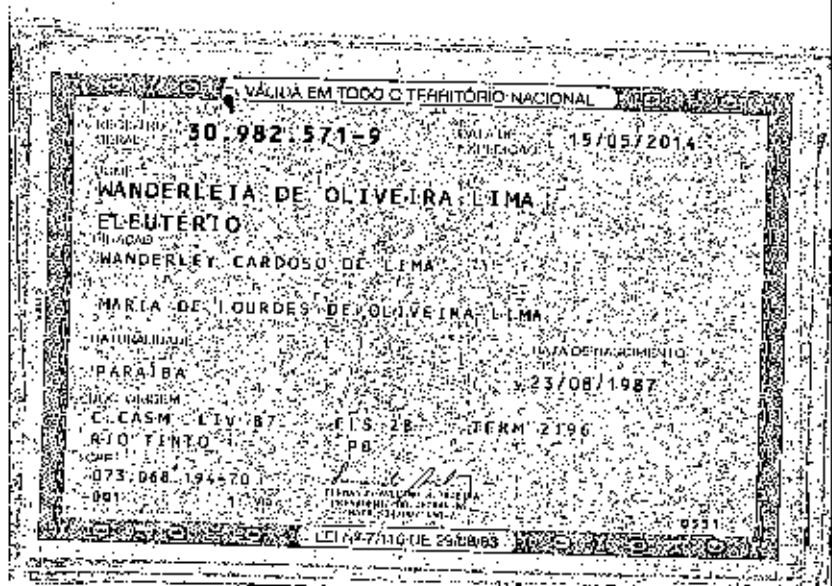
Data: 16 / 10 / 16



Médico - CRM

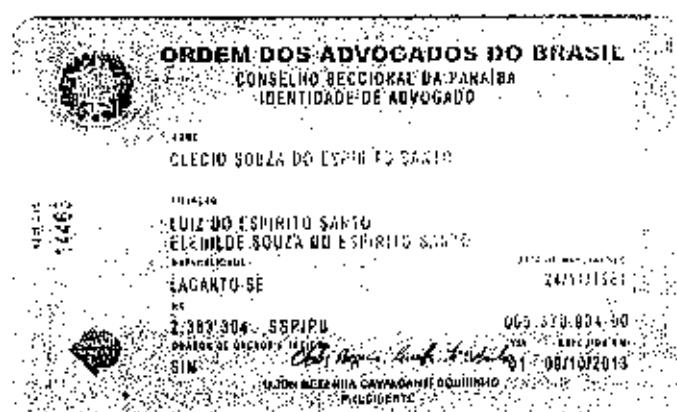
F(NG) CC.002-1







0012\*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB

B468703514

11103751842

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

PRUEA 20101509003405-9

VIA:

COD. FONAVAM:

20393460-1

00/00000000

SEVERINO ANTONIO DA SILVA

R. DO MEIO SN

SERTAOZINHO

58280000 MAMANGUAPE-PB

69453578481

MONGA/PB

MOTOCAR / PIQUET / ACCESS / UTMA

PLACA N° JC41E1A610198 CHASSIS

NOVO

PB

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLC

GASOLINA

MARCA/Modelo

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAEL / ANO MFG

2010 / 2010

CAPACIT. VOLTA

2 P/124 / CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

OBSEVAÇÃO

A.F.RV-FINANCEIRA S.A.

N. Motor: JC41E1A610198

MAMANGUAPE-PB

DATA:

12/06/2010

2280

Dimensões de rodas e pneus:

1212



DETINHENTES

SEGURADORA

DATA

25 OUT 2017

DIVAT/RJ



SEGURO DPVAT  
PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS  
INVALIDEZ PERMANENTE

Vítima: Wanderleia de Oliveira Lima Eleuterio

DOCUMENTOS BÁSICOS:

- ( Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (**autenticado**)
- ( 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 Declarações 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 Eleuterio

(83) 98729-6504 (Josiane Soárez)

Matriz: Rua Otacílio do Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB  
83 3612.8676 / 3643.2144  
www.clecirosouzaadv.com.br / clecirosouzaadv@gmail.com

Eilas Paraíba: Sapé - Rio Tinto - Baía da Trajano - Pocinhos - Flávio - Cajazeiras

(Nº 679904)

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE**

Nome: Wanderlusa de Oliveira Eleutério Nacionalidade: brasileira  
Estado Civil: Casada Profissão: Agricultora, CPF nº: 073.068.194-70.  
RG nº: 30.982.571-9, Endereço: Sítio Gravatá 15/N,  
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 Otacílio 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 momento 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 recolto os honorários não repactuados, sem prejuízos desres.

**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, lessinando a qualquer 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, substabelecer 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, substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes se assim lhe convier, sendo que dará a tudo o que fizer o referido procurador, pur bonum, 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

Wanderlusa de Oliveira Eleutério  
OUTORGANTE

**Lucas Fernandes Oliveira**  
Escrevente Autorizado