



Número: **0800956-29.2018.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO RAMOS MOREIRA (AUTOR)		AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33161806	12/08/2020 21:15	Petição	Petição
33161808	12/08/2020 21:15	2737361_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
33161809	12/08/2020 21:15	2737361_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2017

Carta nº: 10628048

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170129285 ASL-0085681/17

Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Data Acidente: 16/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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 SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01917/01918 - carta_01



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10646165

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00883/00884 - carta_02



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta nº: 10692601

A/C: ADRIANO RAMOS MOREIRA

Sinistro: 3170129285 ASL-0085681/17
Vitima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
Data Acidente: 16/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000005784-3**

Conta: **000000006035-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
-----------------------------------------	-----	----------

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. 01561/01562 - carta_15R



00020781





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473256

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, Adriano Romão MourãoPORTADOR(A) DO RG Nº 2969523 EXPEDIDO POR SSP EM 21/12/2001 ECPF 058724114-09 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO MoristaE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MESMO

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 tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA 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), 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, escritas 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 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5784 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0006035-6

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

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

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.

Queimados 19. 07 de junho de 2017

LOCAL E DATA

Adriano Romão Mourão

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>

Número do documento: 20081221151113300000031743183



AAAA419473263



Bradesco

Dia & Noite

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM.051558

ADRIANO RAMOS MOREIRA
AGENCIA 5784 CONTA 0006035-609:48 HRS
21/JAN/2017

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL 9,60-
+ CONTA FACIL (C/C + POUF) 9,60-

TOTAL DE RECURSOS 9,60-

MOVIMENTACAO - CONTA FACIL - (C/C + POUF)

-----DEZEMBRO/2016-----

DIA	HISTORICO	N. DOCTO	VALOR
-----	-----------	----------	-------

SAL DO ANTERIOR

R\$ 00

ST06R00001 LIDER PRINT 6 7 15/02/2017 12:25 - 00000165029



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Adriano Ramos Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Gravatar, S/N
Zona Rural Queimadas PB CEP: 58475-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2969523
Data local do exame: [15/03/2017] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DE PLATO TIBIAL D
PRESEÇA DE CICATRIZ CIRURGICA NA PERNA D, 1/3 SUPERIOR, DEFORMIDADE ARTICULAR, EDEMA RESIDUAL, ADM DO JOELHO COM
LEVE LIMITAÇÃO PARA FLEXÃO, TNZ PRESERVADO, ATROFIA MUSCULAR LEVE, CLAUDICAÇÃO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
- Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- FOI ATENDIDO NO MESMO DIA DO ACIDENTE, PERMANECU INTERNADO POR 8 DIAS, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DE PLATO TIBIAL, FEZ FISIOTERAPIA, FEZ ACOMPANHAMENTO POR 3 MESES.
Data da alta: MEADOS DE DEZEMBRO DE 2016
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIA D, COM USO DE PLACA E PARAFUSOS
Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- DANO ANATÔMICO PELA FRATURA, DEFORMIDADE DO JOELHO D, DIFICULDADE PARA CORRER, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO D.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(<input checked="" type="checkbox"/>) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Costa
PERITO ASSISTENTE
SAUDE SEG
CRM - 5523





GOV
DA PARAÍBA

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419472885



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00097.01.2016.2.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00097.01.2016.2.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dias do mês de Novembro de 2016, nesta cidade de Campina Grande, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos De Campina Grande, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil, Severino de Carvalho Lopes, comigo, Ademir da Costa Vilar, Escrivão De Polícia, às 11:30 horas, compareceu Adriano Ramos Moreira, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Motorista, naturalidade Queimadas/Paraíba, data de nascimento 08 de Maio de 1982, idade 34, filiação Maria Ramos da Silva e Raimundo Moreira da Silva, Documento - CNH: 03805481040, residente Sítio Gravata [NÃO INFORMADO] [NÃO INFORMANDO], [NÃO INFORMADO], na cidade de Queimadas/PB, telefone (83) 99125-7092.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: Rua Vidal de Negreiros, numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Centro, Campina Grande - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 16/09/16 16:01

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) - Tipo: MOTO, Modelo: CG 160 FAN ESDI, Marca: Honda, Tipo de Veículo: Moto, Cor: Prata, Ano: 2016, Placa: PCV-0884, Chassi: 9C2KC2200GR114073, RENAVAM: 1083231895, Características Gerais: [NÃO INFORMADO]

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, Ano/Modelo 2015/2016, cor prata, Placa PCV-0884-PB, Chassi de Nº 9C2KC2200GR114073, licenciada em nome de Deyse Milene da Silva, quando trafegava na rua Vidal de Negreiros, bairro centro, momento em que o condutor do veículo Voyage, de sinais e condutor não identificado, que trafegava em sua frente, e bruscamente parou para a passagem de pedestre na faixa, logo o comunicante vinha atrás acionou os freios de sua moto, mas não deu para livrar, colidiu na lateral do citado veículo, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Platô tibial na perna direita, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Ademir da Costa Vilar
Escrivão De Polícia

Campina Grande (PB) 03 de Novembro de 2016

Adriano Ramos Moreira
Noticiante



9º OFÍCIO DE NOTAS DE CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
República do Brasil, 15 de Novembro de 2016
Nº 00097.01.2016.2.00.420
Páginas: 02 de 02



Certifico e dou fé, nos termos da lei, que a presente 03 NOV. 2016
cópia fotostática é a reprodução fiel do original que me foi exibido.

SELO DIGITAL - AD21.8984.A459
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

Leane Mota Amorim
ESCRIVENTE ENCARGADA

Procedimento: 00097.01.2016.2.00.420



DocN: **AAAA419472901**

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que residir realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Adrianus van Nieuw

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

QUEIMADAS / 13, 07 DE JANEIRO DE 2017

Local e data





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional 192-CG



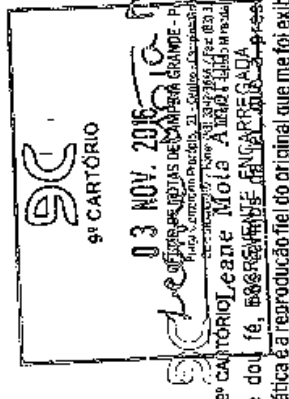
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU REGIONAL CG - 192, prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Adriano Ramos Moreira**, vítima de acidente de trânsito no dia 16 de Setembro de 2016 aproximadamente às 16hs01min, End. Vidal de Negreiros / UNESC - Centro, sendo o paciente atendido e encaminhado para o Hospital de Urgência e Trauma.

SEMPRE LIBERAR DEPOIS DE 15/02/2017 12:25 - 000000165031

Campina Grande, 03 de Novembro de 2016.

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa



SELO DIGITAL - ND24.8982_3SPK
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO RAMOS MOREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 000000006035-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1703201705000000000023705784000000006035472500 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473271

Eu, Alduino Romes MoreiraRG nº 2969523, data de expedição 23/12/2001 Órgão SSP

CPF nº 058.727.114-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Grumetar</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>- -</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Queimadas</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58475.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98665-1158 / 99623-0857</u>
E-mail	

SERVIDOR LIDER DPJT 8 7 15/02/2017 12:25 - 00000165027

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data Queimadas/PB, 07/01/2017

Assinatura do Declarante:

Alduino Romes Moreira

ADRIANO RAMOS MOREIRA
RUA CRUZEIRO, S/N - ÁREA RURAL
QUEIMADAS/PB CEP-5842800 (A-3 401)

Classificação: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL
Referência: Jan / 2017
Número da Conta: 11839079170

ENGENHARIA DE BOMBEAMENTO - US. TUBULOS DE 1" RUA S/A
Trabalho - Casa da Mãe - 8-1/2" 184 3700
CHPUB 828 58009185 - R. 6 B-13 36 205-1

Não Fiscal/Conta de Energia Elétrica R. 6 B-13 36 205-1
Código para Delineamento: 0101943289

DocNet www.ironmountain.com.br

AAAA419473289

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/146633-3
Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

04/01/2017

Data prevista da próxima leitura

01/02/2017

CPF/CNPJ/RAZI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Outros
0877211403	05/10/16	13/17	04/01/17	13/17
12/12/16	13/17	04/01/17	13/17	13/17
Faturas em atraso				
Detalhamento				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Custo de Disponibilidade			6,00	
Subsídio			4,07	
ICMS			3,08	
PIS			0,16	
COFINS			0,70	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
Devolução Subsídio			-4,07	

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	0,0
Nov/16	0,0
Out/16	0,0
Set/16	0,0
Ago/16	0,0
Jul/16	0,0
Jun/16	0,0
Mai/16	0,0
Abr/16	0,0
Mar/16	0,0
Fev/16	0,0
Jan/16	0,0

	BASE DE CÁLCULO	AUCUOTA	Valor (R\$)
ICMS	17,00	18,00	3,06
PIS	17,00	0,1646	0,15
COFINS	17,00	4,1206	0,70

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

11/01/2017 R\$ 12,84

Média dos últimos meses

b607.82d8.31ec.394c.2c5d.16e1.d0a4.7d5b

Indicadores de Qualidade

Limites de ANEEL	Aguardado	Limite de Tensão (V)	Ocorrências	Valor (R\$)	%
DE MONITORAMENTO	11,90	0,00	Sempre no Limite de Tensão	3,00	100,00
DE ABASTECIMENTO	12,00	0,00	Limite de Tensão	4,00	100,00
DE ATENDIMENTO	12,00	0,00	Serviço de Atendimento	0,20	100,00
DE ATENDIMENTO	12,00	0,00	Encargos Sociais	1,10	100,00
DE ATENDIMENTO	12,00	0,00	Impostos e Encargos	0,00	100,00
DE ATENDIMENTO	12,00	0,00	Outros Serviços	0,00	100,00
DE ATENDIMENTO	12,00	0,00	Total	12,84	100,00

Estado RJ (Ref 10/01/16) 3,434

ATENÇÃO

- REALIZAR O VENCIMENTO da fatura de energia elétrica em tempo hábil para não sofrer penalidades por atraso no pagamento.
- Fatura de energia elétrica deve ser paga até o dia 10/01/2017.
- Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e a concessionária poderá tomar as medidas cabíveis para a cobrança da dívida.
- O cliente deve manter a fatura de energia elétrica em seu arquivo pessoal para consulta e comprovação.
- O cliente deve manter a fatura de energia elétrica em seu arquivo pessoal para consulta e comprovação.
- O cliente deve manter a fatura de energia elétrica em seu arquivo pessoal para consulta e comprovação.
- O cliente deve manter a fatura de energia elétrica em seu arquivo pessoal para consulta e comprovação.

BOMBEAMENTO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Folha: 1 - 465 - 310 - 4-00
Matrícula: 146633-2017-09-3

11/01/2017

R\$ 12,94

83650000000-2 12940007000-8 01466332017-5 01304030016-9





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DEYSE MILENE DA SILVARG nº 6448920 data de expedição 1/1Órgão SOS portador do CPF nº 039.759.354-64 com domicílio na cidade de Caruaru no Estado dePernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)Rua São Paulo, Município de Maracá nº 323complemento 1º andar declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ADRIANO RAMOS NOBREIRA cujo o condutor eraO MESMOVeículo: motocicletaModelo: HONDA CB 160 TITANAno: 2015/2016Placa: PCV 0884Chassi: 902 KC 22 00 GR 114072Data do Acidente: 16/09/2016Local e Data: Caruaru - PE / 30/01/2017

SERVIDOR 1108 DPWT & 7 15/02/2017 12:24 - 00000165023



Deysa Milene da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

AV. LEONARDO MOTA, 65 - CENTRO - CEP 55060-000 - TEL: (081) 321-0455 / 321-3791 - E-MAIL: contato@segundoservio.com.br, atendimento@segundoservio.com.br

RECUPERO, por autenticidade a(s) firma(s) de: DEYSE MILENE DA SILVA

VA eelo:0077073.FLNO1201702.02460

dou fe. CARUARU 30/01/2017 09:23:26

Em testemunho da verdade

Rosiane Zacarias Mota Vieira

Emolumentos R\$3,88 TSAR R\$0,78 Total a Pagar R\$4,66 Oper. THAMIERES

F2

Consulta autenticidade em: www.tjpe.jus.br/scedigital



سید

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Ido da Unidade: 00023671

CNPJ:08-778.268/0001-60

nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

icipio: **CAMPINA GRANDE**

Estado: **PARAIBA**

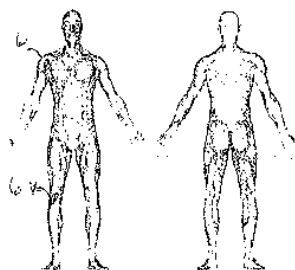
UF:25

PRONTUÁRIO Nº: 1333185

Nome: ADRIANO RAMOS MOREIRA Sexo: MASCULINO
Profissão: MOTORISTA(AP)991575049 Documento 2869523
End.: R JOSE ROBERTO GOMES, 333 Barro: LIGEIRO
Município: CAMPINA GRANDE CEP: PB 250100
Data Atendimento: 16/09/2016 Estado: 1633h Código do Município:
Canção do SUS: DTA. NASCIMENTO: 08/05/1982 QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

MECANISMOS DO TRAUMA

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. Incurtamento venoso |
| 5. Cricipitação | 23. Laceração |
| 6. De | 24. Lesão tendinea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalmo | 26. Mordedura |
| 9. Enfiada subcutanea | 27. Movimento toracico paradoxal |
| 10. Ensemamento | 28. Objeto encravado |
| 11. Equimose | 29. Otiorragia |
| 12. F. Amia branca | 30. Parafasia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Contuso | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Quimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Kinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS.:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = _____ % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Re: Inq. no.



١٤١٦/١٤١٧

in Phan Lin. Put a stone in concrete. 1/21/98

• Wichtigste der Konzepte: vom Vektor - Raum

respiratório, vias aéreas, pulmões. Bem perfundido.
F: 20 ipm, FC: 102 bpm, SatO2 97%. Ausculta cardíaca
pulmões, brônquos - crepantes auscultados. Reflexo
perimelicólico com resposta b.

4 ORTOPODIA - Fratura de

ALERGIA:	✓ 1 x 0 7 0 4 1 6 2 5 0 2 7
MEDICAMENTOS:	
PATOLOGIAS:	344 Hipercolesterolemia

EXAME FÍSICO:

PUPILAS (X) Fotorreagentes (X) Isopóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: 15 PA: HGT: Sal02: 97%

FR: 20 bpm
FC: 103 bpm

AG ve AR: kimlik bilgileri: 16104112

EXAMES SOLICITADOS:

<input type="checkbox"/> Laboratoriais	<input type="checkbox"/> Ultrassonografia: _____
<input type="checkbox"/> Gasometria arterial	<input type="checkbox"/> Radiografias: _____
<input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada	<input type="checkbox"/> _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ hs Dia _____ / _____ / _____

Especialista: _____ às _____ hs Dia _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE:	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:	HORÁRIO REAL

1	Tien H. 20my - 2FG + AD, EV, Agitation	
2		
3		

4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
Carlos Magno A. Gomes

ENCLOSURE



3.4

DIAGNÓSTICO

Fe. plasm. fibrot. B

Artigo 10, inciso I

Paciente	Alimentação	Leito	Condição
Nome	Prontidão Médica	História	Exatidão Médica
1. Data	1/1/2017		
2. Hora	10:00h		
3. Diagnóstico	AD EV 04/04/17		
4. Teste	AD EV 12/12/17		
5. Comentários	AD EV 12/12/17		
6. Teste	AD EV 04/04/17		
7. Teste	AD EV 04/04/17		
8. Teste	AD EV 04/04/17		
9. Teste	AD EV 04/04/17		
10. Teste	AD EV 04/04/17		
11. Teste	AD EV 04/04/17		
12. Teste	AD EV 04/04/17		
13. Teste	AD EV 04/04/17		
14. Teste	AD EV 04/04/17		
15. Teste	AD EV 04/04/17		
16. Teste	AD EV 04/04/17		
17. Teste	AD EV 04/04/17		
18. Teste	AD EV 04/04/17		
19. Teste	AD EV 04/04/17		
20. Teste	AD EV 04/04/17		
21. Teste	AD EV 04/04/17		
22. Teste	AD EV 04/04/17		
23. Teste	AD EV 04/04/17		
24. Teste	AD EV 04/04/17		
25. Teste	AD EV 04/04/17		
26. Teste	AD EV 04/04/17		
27. Teste	AD EV 04/04/17		
28. Teste	AD EV 04/04/17		
29. Teste	AD EV 04/04/17		
30. Teste	AD EV 04/04/17		
31. Teste	AD EV 04/04/17		
32. Teste	AD EV 04/04/17		
33. Teste	AD EV 04/04/17		
34. Teste	AD EV 04/04/17		
35. Teste	AD EV 04/04/17		
36. Teste	AD EV 04/04/17		
37. Teste	AD EV 04/04/17		
38. Teste	AD EV 04/04/17		
39. Teste	AD EV 04/04/17		
40. Teste	AD EV 04/04/17		
41. Teste	AD EV 04/04/17		
42. Teste	AD EV 04/04/17		
43. Teste	AD EV 04/04/17		
44. Teste	AD EV 04/04/17		
45. Teste	AD EV 04/04/17		
46. Teste	AD EV 04/04/17		
47. Teste	AD EV 04/04/17		
48. Teste	AD EV 04/04/17		
49. Teste	AD EV 04/04/17		
50. Teste	AD EV 04/04/17		
51. Teste	AD EV 04/04/17		
52. Teste	AD EV 04/04/17		
53. Teste	AD EV 04/04/17		
54. Teste	AD EV 04/04/17		
55. Teste	AD EV 04/04/17		
56. Teste	AD EV 04/04/17		
57. Teste	AD EV 04/04/17		
58. Teste	AD EV 04/04/17		
59. Teste	AD EV 04/04/17		
60. Teste	AD EV 04/04/17		
61. Teste	AD EV 04/04/17		
62. Teste	AD EV 04/04/17		
63. Teste	AD EV 04/04/17		
64. Teste	AD EV 04/04/17		
65. Teste	AD EV 04/04/17		
66. Teste	AD EV 04/04/17		
67. Teste	AD EV 04/04/17		
68. Teste	AD EV 04/04/17		
69. Teste	AD EV 04/04/17		
70. Teste	AD EV 04/04/17		
71. Teste	AD EV 04/04/17		
72. Teste	AD EV 04/04/17		
73. Teste	AD EV 04/04/17		
74. Teste	AD EV 04/04/17		
75. Teste	AD EV 04/04/17		
76. Teste	AD EV 04/04/17		
77. Teste	AD EV 04/04/17		
78. Teste	AD EV 04/04/17		
79. Teste	AD EV 04/04/17		
80. Teste	AD EV 04/04/17		
81. Teste	AD EV 04/04/17		
82. Teste	AD EV 04/04/17		
83. Teste	AD EV 04/04/17		
84. Teste	AD EV 04/04/17		
85. Teste	AD EV 04/04/17		
86. Teste	AD EV 04/04/17		
87. Teste	AD EV 04/04/17		
88. Teste	AD EV 04/04/17		
89. Teste	AD EV 04/04/17		
90. Teste	AD EV 04/04/17		
91. Teste	AD EV 04/04/17		
92. Teste	AD EV 04/04/17		
93. Teste	AD EV 04/04/17		
94. Teste	AD EV 04/04/17		
95. Teste	AD EV 04/04/17		
96. Teste	AD EV 04/04/17		
97. Teste	AD EV 04/04/17		
98. Teste	AD EV 04/04/17		
99. Teste	AD EV 04/04/17		
100. Teste	AD EV 04/04/17		

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419472943

22 20:15 f362 P49 R20 PA 15x80 ¹² Paciente intubado sem
2 2 guias de drenagem nas
6 6 Devidas da igual

SEEDING NUMBER INDEX: 09/01/17 12:25 - 000000165054





GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SEGUNDA LIDER DPURT & 7 15/02/2017 12:25 - 000000165035

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

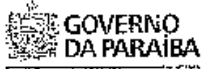
Ex. plastrado

Paciente: Adriano Romão Alojamento: Leito: 3 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/9	1) Difenidramina		
	2) SFV 1000mg EV 12		Reg. estável
	3) Fillet 20mg, EV, 12/12h 18%		Ap. Neurocon. ok
	4) Difenidramina 1FA, EV, 0/6h 10%		
	5) Clonazepam 3g, EV, 6/6h 10%		
	6) Olexane 4mg, SC, 1x/12h		
	7) Clonazepam + SSVV, CV, 1x/12h		
			CD:
			1) VP em
			2) SRx pos-ep

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 5657 - CRM-PB 10168

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 5657 - CRM-PB 10168



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Ramos Registro: Leito: 3-4 Setor Atual: UTO

2 AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnéia () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.

SEGUIMOS LIDER ORIENT 8 7 15/02/2017 12:26 - 000000163037



Pele: () Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.
Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()
Drogas vasoativas: () Quais?
Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo
Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)
Tipo somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.
Alimentação: () AVO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: Data: / /
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:
Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:
RHA: () Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD; Débito ml/h;
Aspecto: () Outros: Observações:
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA
Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /
Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /
CUIDADO CORPORAL
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:
SONO E REPOUSO
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:
4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL
Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:
5. NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:
INTERCORRÊNCIAS
Ex. platô tubercul
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: DATA: 21/09/16 HORA: 18 h
Assinatura de: [Assinatura] Enfermeira
CORT-PS 239.500

2017-02-15 12:26 - 000000165036



AAAA419472992

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES DE EMERGÊNCIA DE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES DE EMERGÊNCIA DE

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

Adriano Marcos Moraes

6 - Nº do PRONTUÁRIO

253081

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

00000000000000000000000000000000

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/05/82

9 - SEXO

Masc. [X] Fem. []

10 - NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL

Adriano Marcos Moraes

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 61 5150000

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São João, 333

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

5100000

15 - UF

PB

16 - CEP

51000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Nar e Queimadura de 1º e 2º grau no antebraço direito e no dorso da mão direita.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AVALIAR CIR

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

Exat de 20/06/2017

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - [] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - [] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

[] EMPREGADO

[] EMPREGADOR

[] AUTÔNOMO

[] DESEMPREGADO

[] APOSENTADO

[] NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

04-

plate 1.6.1

Paciente	Adriano Moraes	Alojamento	9	Leito	3	Convênio	
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/04	<p>① Jato de ar, 200 por 200h</p> <p>② Jato de ar, 200 por 200h</p> <p>③ Jato de ar, 200 por 200h</p> <p>④ Jato de ar, 200 por 200h</p> <p>⑤ Jato de ar, 200 por 200h</p> <p>⑥ Jato de ar, 200 por 200h</p>		<p>5. 24/04</p> <p>Pet. com par. of</p> <p>OK!</p> <p>Aprendido de</p> <p>Car. p. o</p> <p>Sol. p. o</p> <p>Dr. Ricardo Amorim G. Filho</p> <p>CRM-PB 233146</p> <p>Dr. Ricardo Amorim G. Filho</p> <p>CRM-PB 233146</p> <p>Dr. Ricardo Amorim G. Filho</p> <p>CRM-PB 233146</p>

DocNet www.ironmountain.com



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUEG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>ADRIANO RAMOS MOREIRA</i>		IDADE	SEXO	COR	
DATA <i>21/04/2016</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICÊMIA	URINA		
DocNet www.ironmountain.com.br					AAAA419473024		
AP. RESPIRATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. CIRCULATÓRIO					AP. URINÁRIO		
AP. DIGESTIVO					DENTES		
ESTADO MENTAL					PESCOÇO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>FRAT. PLATO TRIM D.</i>					ALERGIA		
ANESTESIAS ANTERIORES					HIPOTENSORES		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					EFEITO		
APLICADA					AS		
EFEITO							
AGENTES ANESTÉSICOS					Inalação		
LÍQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Toss.: _____		
CÓDIGOS					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
VP. ARTERIAL - PULSO - O. RESPIRAÇÃO					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
AX - ANESTÉSICA - O. OPERAÇÃO					Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					MANUTENÇÃO		
POSICÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
AGENTES					Não, por quê? _____		
TÉCNICA					DESPERTAR		
OPERAÇÃO					Reflexos na SC: _____		
CIRURGIÕES					Obs.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
ANESTESISTAS					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
OBSERVAÇÕES					Outros: _____		
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					Com cânula: _____		
					Para o leito Sim _____ Não _____		
					CONDIÇÕES:		
					PERDA SANGÜÍNEA		

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - 7 15/02/2017 12:26 - 00000165042



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>

Número do documento: 20081221151113300000031743183





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SAM 11

Ficha de Acolhimento

Nome:	Adriano Ramos Moreira		
End:	Rua José Roberto Soares 333	Bairro:	Pifeiro
Data de Nascimento:	08-05-89	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend:	16-09-16
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	16:35
		Documento:	DocNet www.ironmountain.com.br AAAA419473040

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- urgência*
- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110
Marta Aparecida de Jesus
Especialista Saúde Família
COREN-PA 16885

SECRETARIA LIDER DPUB 6 7 15/02/2017 12:26 - 00000163044





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Adriano Ramos	9	9	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/09	1) Dieta leve		4º dia
	2) Jato hiperuricêmico		
	3) Febre 38,5°C, W, 12/12/2017		Pit com pat.
	4) Dipirona - 650mg + 100mg		tipo I do pleurite
	5) 500mg + 100mg		Bom com exames
			de pele
			em pele
			Solicite prescrição

Dr. Ricardo Amorim G. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 223146

Dr. Ricardo Amorim G. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 223146

DocNet - www.docnet.com.br
AAAA419473057

SEMPRE EM LÍDER DENT 7 15/02/2017 12:26 - 000000165045

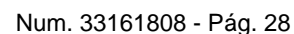


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>

Número do documento: 20081221151113300000031743183

SEIRMINGHAM JUDER INPUT & 7 15/02/2017 12:26 - 000090165046



Folha de Tratamento e Evolução


Paciente Adriano LAUD

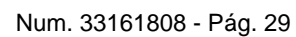
Alojamento	9
------------	---

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
18/10/17	1 - DIETA LIVRE 2 - SRI 500 mL EV CADA 12 H 3 - OMEPRAZOL 40 mg EV CADA 24 H 4 - DÍPIRONA 2.0 ml EV 8 / 8 H 5 - TIATIL 20 mg EV 12 / 12 H 6 - C.C.G.	(GRCO) 14/10/17 17/10/17 18/10/17	a dor, friv a dor arrip

DocNet www.ironmountain.com.br

 AAAA419473073



18/07/86 130/30 R20 P80 T34

Paciente estável sem
queixas no momento
laudações de enferma-
gem mantidas.

Carb

DocNet www.ironmountain.com.br
AAAA419473081

18/07/86 130/30 R20 P80 T34

Paciente segue estável
sem queixas no momento
segue medicação em
laudações de enfermagem
mantidas

Carb

SEGURODADE LIDER DEPART 8 7 15/02/2017 12:26 - 00000165048




OK OK

FRAT. Fernando
fig. 11

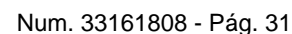
Leito) 9	Convênio) 4
----------	-------------

Dr. Edmundo Rodríguez de Sola
CONFERENCIA E TRANSMISIÓN
MÉDICO - 1944

Dr. Osmarques Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1980-00-00-00

DocNet www.jfontmountain.com

 AAAA419473099

STGHRND0091.I.DER:DPWT 6: 7 15/02/2017 12:26 - 0000000165049



07/09/16 . Paciente consciente, orientado
08:00h sendo imobilizado aguardando
Pr: 130/80 oportunidade de cirurgia. Segui
T: 36,2 aos cuidados da equipe. Rubiana 560345

DocNet www.ironmountain.com.br

AAAA419473107

SEQUIBORR LIDER DEPT 8 7 15/02/2017 12:27 - 06900165050



DIAGNÓSTICO

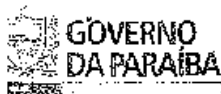
DIAGNOSTICO

Dr. João Paulo Oliveira Neves
CRONTOLOGIA TRAUMATOLOGICA
CRM-PB 9561

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-FB 9554

DocNet www.ironmountain.com

 AAAA419473115



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

DocNet www.ironmountain.com.br



AAAA419473123



Unico
de
Saúde

Sr(a): ADRIANO RAMOS MOREIRA Protocolo: 0000299858 RG: ALA NEURO
Dr(a): WAGNER FAIÇÃO Data: 20-09-2016 12:36 Origem: CLINICA NEURO-BOYO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 34 anos Destino: ENF 09 - L 03

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 20/09/2016 12:32]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos	5.35 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	13,9 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito	43 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.	81 fL	82,0 a 92,0 fL
H.C.M.	26 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.	32 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos	10.000 /mm ³ (%)	(/mm ³)	5.000 a 10.000 /mm ³
Neutrófilos			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	2,0	200	40 a 90 % - 1.300 a 9.500 / mm ³
Segmentados	81,0	8.100	40 a 90 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos	1,0	100	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos	0	0	
Linfócitos			
Típicos	12,0	1.200	20 a 45 % - 1.000 a 2.500 / mm ³
Atípicos	0	0	
Monócitos	4,0	400	2,0 a 10,0 - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS	156.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

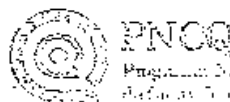
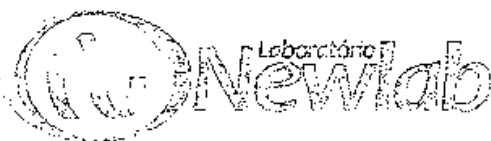
OBSERVAÇÕES

Contagens repetidas e confirmadas.

Edicéia

Edicéia Macedo de França
Biomédica
CRM 4782

SECRETARIA 1108 DEPART 6 7 15/02/2017 12:27 - 00000165052



Programa Nacional de
Acreditação de Laboratórios



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésico

Paciente: <u>Adriano Ramos Moreira</u>	Idade: <u>34</u>
Convênio: <u>SUS - 1333185</u>	Data: <u>21/09/16</u>
Procedimento: <u>Trat. cirúrgico de fratura de platô tibial D</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Bruno Bulhante</u>	Auxiliar: <u>Dr. Jefferson</u>
Anestesista: <u>Dr. Mônica</u>	
Início: <u>07:20 h</u>	Término: <u>08:35 h</u>
Anestesia: <u>Raqui</u>	

[illegible]

Medicamentos / Materiais	Quantidade
	15/02/2013 13:27 - 88900014505

Observações:

Assinatura Anestesiista

Circulante

Relatório de Operações

MOC. 123





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA

Critério para alta de recuperação pós anestésico	° Hora entrada	° Hora saída
Nenhum Movimento = 0		
Movimenta 2 membros = 1		
Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia - 0		
Respiração Limitada, Dispneia = 1		
Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0		
PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1		
PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0		
Sat O2 > 90 com oxigênio = 1		
Sat O2 < 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0		
Despertado ao chamado = 1		
Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

DocNet www.ironmountain.com.b
AAAA419473149

[illegible]

Assinatura Anestesista



AAA419473156

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

2015年12月27日 星期日 12:27:20

SOROS

ORTESE E PRÓTESE

EQUIPAMENTOS

<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapnógrafo
<input type="checkbox"/> Foco Frontal	<input type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSABLE

MCQ Q56





SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUI

DocNet www.ironmountain.com.br



AAA419473164

Nome do Paciente <i>Adriano Berto</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>21/9/16</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Berto</i>	1º Auxiliar <i>Dr. J. J. J. J.</i>	Instrumentador	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fasteno de plato 1.5 al D</i>			
Tipo de Operação <i>(Schutz 2. Kin II)</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Dr. Berto</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>3</i>			
Acidente Durante a Operação <i>✓</i>			

SENKRODRA LIDER DEPUT 6, 7 15/02/2017 12:27 - 060000165136

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1 - Paciente em DTH, qto isentônico
- 2 - Anestesia a nível M3
- 3 - Alcecos com os esternos
- 4 - incisões para lateral gordo (2)
- 5 - Redução incremental de fratura (4)
- 6 - colocação placa em "H" e fixação com parafusos
- 7 - Lavagem FO
- 8 - Sutura por planos
- 9 - Curativo

Dr. Jefferson Libson L. A. Rocha
Oftalmologia e Oftalmologia
CRM-RN 6557- CRM-PB 10165

1276. 019

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>

Número do documento: 20081221151113300000031743183

Num. 33161808 - Pág. 38



Rastreamento

6366

Hospital: de Emergência e Trauma do Hospital Geral Código: 000000

Procedimento: Teste Pl. Com. 22012-02 Cod. Procedimento: 100

Paciente: William Ramon Medina

Data da Cirurgia: 23/09/36 Nº prontuário: 33333185 Convênio: _____

Cirurgião: Dr. Bruno R. Monteiro Código: _____ (X) Reposição () Caixa Pronta

(X) Reposição - () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

DocNet www.ironmountain.com.br
000 00 978 6 45 8 70 8 45 70000000000000 000 00 978 6 45 8 70
AAAA419473172

4036 LINDER DRUIT 8-54542/2617 12:47 - 000003143057

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

				Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (49) mm	Nº	52	98	60	
	Qtd	02	00	05	
	Cód				
Parafuso Cortical () mm	Nº				
	Qtd				
	Cód				
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº				
	Qtd				
	Cód				
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº				
	Qtd				
	Cód				
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	45	80		
	Qtd	01	02		
	Cód				
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº				
	Qtd				
	Cód				

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.º para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

C6d. Instrumentador: _____

Bio Implant's Comércio de Materiais Médicos, Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodoro Velez, 2458 - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.829/0001-05

Fax/Fax: (86) 357.1.4801 + www.biotimplants.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>

Número do documento: 20081221151113300000031743183

Num. 33161808 - Pág. 39



AAAA419473180

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

03-04

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Adriano Roma Herculano Registro: Leito: Setor Atual:

AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: 40 bpm; FR: 20 irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

SEMPRE LÍDER DEPART 6 7 15/02/20

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme (X) Cheio.



[illegible]

FONTE: BORIDINHAO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal, Porto Alegre (2009).



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIDADE Nº 2969523 DE 24 DEZ 2001

NOME: **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

FILIAÇÃO: **Raimundo Moreira da Silva**

Maria Ramos da Silva

NATURALIDADE: **Quatzenadas-PB** DATA DE NASCIMENTO: **08.05.1982**

Cert. Nasc. Nº. 10.874. fls. 19 v. Liv. A-10.

CPF: *058.727.114-09*

Assinatura: *Adriano Ramos Moreira*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

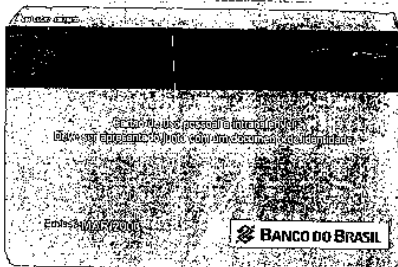
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: *Adriano Ramos Moreira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

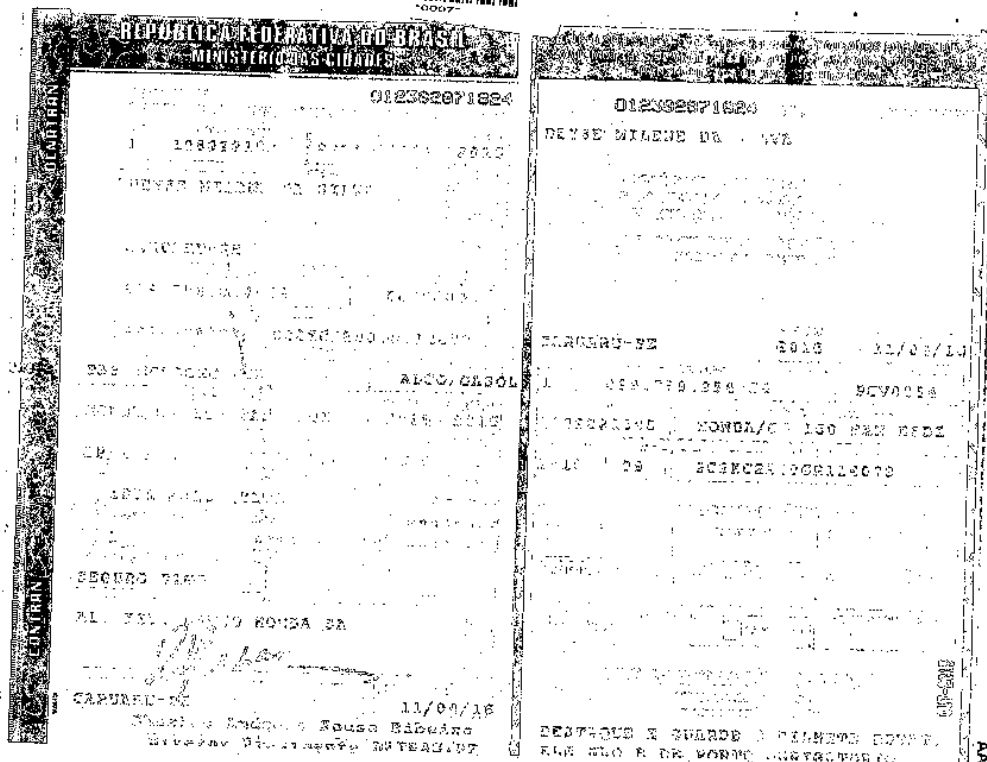
Número de Inscrição: **058.727.114-09**

Nome: **ADRIANO RAMOS MOREIRA**

DocNet: www.docnetnet.com.br

AAAA419473206





DocNet www.routemartian.com

 AAAA419473214

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085681/17
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF: 058.727.114-09

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/09/2016
Titular do CPF: ADRIANO RAMOS MOREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANO RAMOS MOREIRA : 058.727.114-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 02/03/2017
Nome: ADRIANO RAMOS MOREIRA
CPF/CNPJ: 058.727.114-09

ADRIANO RAMOS MOREIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/03/2017
Nome: Juliana Antunes Estigarribia
CPF: 079.808.657-23

Juliana Antunes Estigarribia



Seguro DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE - DAMS

Identificação

A ADRIANO RAIMOS MONTEIRA

DATA DO ACIDENTE 16/09/2016 CPF DA VÍTIMA 058 727 114-09

NOME DO DOCUMENTADOR ADRIANO RAIMOS MONTEIRA

QUALIDADE DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9 8465-1158

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LBI 6.042/70.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/02/17

IDENTIDADE 096 9523

ASSINATURA Adriano Raimos Monteiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151113300000031743183>

Número do documento: 20081221151113300000031743183

REMETENTE: ADRIANO RAMOS MOREIRA
RES. SÍTIO CARUATAR, ZONA RURAL,
QUEIMADAS/ PB.
CEP 58.475-000





DESTINATÁRIO:

SEGUROSURA LIR 12
RUA SENADOR DANTAS, 74, 15º ANDAR, CENTRO,
RIO DE JANEIRO - RJ.
CEP... 200 31 205



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tíbia direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170129285 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO RAMOS MOREIRA **Data do acidente:** 16/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial Direito.

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatriz cirúrgica na perna D, 1/3 superior, deformidade articular, edema residual, ADM do joelho com leve limitação para flexão, TNZ preservado, atrofia muscular leve, claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de fratura de plato tibia D, com uso de placa e parafusos. sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 14484

UF do CRM do médico: PE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE QUEIMADAS/PB

Processo: 08009562920188150981

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO RAMOS MOREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

QUEIMADAS, 12 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 21:15:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081221151188100000031743184>
Número do documento: 20081221151188100000031743184