



Número: **0800935-79.2018.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **27/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ELVANIA MATIAS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JOSE FERREIRA NETO (ADVOGADO)</b> <b>SUELLEN DIAS SOARES VENTURA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34536 624	21/09/2020 10:58	<a href="#"><u>2752038_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180246328**  
Vitima: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**  
Data do Acidente: **29/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180246328**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12899747



Pag. 00295/00296 - carta\_01 - INVALIDEZ





Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Sinistro: **3180246328**  
Vítima: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**  
Data do Acidente: **29/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180246328** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

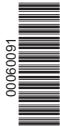
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00181/00182 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12920666



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211058204000000033022656>  
Número do documento: 2009211058204000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12983772

A/C: ELVANIA MATIAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180246328  
Vitima: ELVANIA MATIAS DA SILVA  
Data do Acidente: 29/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

**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: ELVANIA MATIAS DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010016646-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

056.231.454-77

Nome completo da vítima

ELVANIA MATIAS DA SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <b>ELVANIA MATIAS DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>056.231.454-77</b>	Profissão <b>DO LAR</b>
Endereço <b>R. AFONSO VENTURA</b>	Número <b>246</b>	Complemento <b>casa</b>
Bairro <b>OURO BRANCO</b>	Cidade <b>PIANÓ</b>	Estado <b>PB</b>
Email	CEP <b>58.765-000</b>	
Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome: _____ NRO: _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____	CONTA NRO. _____ D/V _____
AGÊNCIA NRO. <b>0634</b> D/V <b>3</b> CONTA NRO. <b>96.646</b> D/V <b>4</b> (Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)    (Informar dígito se existir)	

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

**PIANÓ-PB, 13 de MARÇO de 18**  
Local e Data

**Elvania Matias da Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

**DOCUMENTO ORIGINAL**

**28 MAIO 2018**



28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092110582040000000033022656>  
Número do documento: 20092110582040000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 5



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ  
(83) 3452-2450 - delegaciapianco@gmail.com



Atendimento  
Data: 12/03/2018  
Hora: 10:45

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°222/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data do fato: **29/12/2017 - RUA AFONSO VENTURA NESTA CIDADE hora:  
18H30**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. JOSÉ PEREIRA DE SOUZA.

Notificante: **ELVANIA MATIAS DA SILVA**, alcunha " ",  
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: PIANCÓ-PB, nascido em  
09/10/1984, documento: RG nº 2980370-SSP-PB, CPF 056.231.454-77,  
filho de MANOEL MARCULINO e de LUCIA MATIAS DA SILVA MARCULINO,  
endereço: Rua AFONSO VENTURA, 246, OURO BRANCO, PIANCÓ-PB,  
referência: .

Vítima: **A NOTIFICANTE**, alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , idade: \*\*\*, nascido em  
/ / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\*,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\*, documento:  
filiação: e de , endereço: \*\*\*\*\* , referência: .

### HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data, hora e local acima informados, a vítima foi atropelada pela motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, PLACA MOQ 1719/PB, ANO 2005/2006, CHASSI 9C2KC08506R804356, COR AZUL, licenciada em nome de Justino Evangelista Sobrinho, quando a vítima cruzava a rua de um lado para o outro; Que a vítima foi socorrida pelo SAMU, e transferida para o Hospital Regional da Cidade de Patos-PB, ficando internada até o dia 03/01/2018, ocasião em que foi transferida para o Hospital São Francisco para realização de cirurgia, uma vez que no Regional não tinha vaga; Que realizou cirurgia no Hospital São Francisco, recebendo alta médica no dia 04/01/2018; Que registra a ocorrência e solicita Certidão. Nada mais a consignar.

*Elvania Matias da Silva*  
Notificante / Testemunha Arrogada

*Francisco Alves Bento*  
Francisco Alves Bento  
Agente de Investigação  
Matrícula: 137.339-1

DOCUMENTO ORIGINAL

28 MAIO 2018





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **ELVANIA MATIAS DA SILVA** CPF da Vítima **056.231.454-77** Data do Acidente **29/12/17**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**Piancó-PB, 13 de MARÇO de 18**

Local e Data

**Elvania Matias da Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

**DOCUMENTO ORIGINAL**

**28 MAIO 2018**





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

*Allergia a aas!*

FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR

S: Alerte

Data	ID Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB	Nº / Equipe	Plantão:	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
24/12/17	073	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	02	<input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	18 : 30 Hs	18 : 33 Hs

Solicitante:

Paciente / Usuário <i>Olávia Matos da Silva</i>	Idade <i>33</i>	Sexo: <i>Fem.</i>	Telefone
Local da Ocorrência <i>R. Alonso Ventura</i>	Bairro <i>Quico Branco</i>	Médico Regulador <i>Dr. Jair</i>	

Quantidade de Vítima(s) no local:  Uma  Duas  Três  Mais de Três:  
Apóio no Local:  USB  USA  Resgate / Bombeiros  PM  Resgate PRF  BPTRAN  Outro

QTA:  Socorrido por Terceiros  Socorrido pelos Bombeiros  Evadiu-se do Local  Trote  Outro:

DESTINO DO PACIENTE:  At. no Local e Liberado  Encaminhado a Unidade Hospitalar  Óbito no Local  Óbito Durante o Atendimento

*HRP de Patos*

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

Natureza da ocorrência

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: <i>HRP de Piancó</i> Responsável: <i>Dr. André</i> Hospital de Destino: <i>HRP de Patos</i> Responsável: <i>Dr. Felipe</i>
> CAUSAS EXTERNAS <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente automobilístico: <input type="checkbox"/> Acidente motociclistico <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento por: <i>motor</i> <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda – Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	Quals? _____

1 - DADOS VITAIS  
P.A: *120 X 80* FC: *03* FR: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - S/I/O2: *99* SpO2 C/I/O2: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (SISTOMAS, QUEIXAS) / ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MEDICA.

*Paciente de sexo feminino comenteu que é vítima de atropelamento por moto. Foi regulado e foi realizado monitoramento, e o mesmo com auxílio da reabilitação em HME, quando deu de volta ao mesmo. Foi administrado medicamentos e conduzido ao HRP, em seguida, transferida para HRP de Patos.*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnóstico de Enfermagem: *Dr. Hibernarista com trauma induzido por atropelamento por moto.*

Intervenções: *Administração de medicamentos conforme prescrição para alívio da dor.*

Evolução do Enfermeiro: *Exame de sexo feminino, comenteu que é vítima de atropelamento por moto, realizando monitoramento dos pacientes, relatou que em HME, realizou-se os exames necessários ao HRP de Piancó. Após, foi encaminhado paciente ao HRP de Patos.*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

*Dr. Sueli Moreira Torres  
Dr. Jair*

28 MAIO 2018

*Assinatura do Médico Regulador*





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU 192 - REGIONAL DE PIANCÓ



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTER-MUNICIPAL

Ocorrência nº: 073  
Nome da Vítima: Eduardo Matos de Souza Data: 29/12/17 Hora: 19h  
Evento:  Traumática  Clínico  Pediátrico  Gineco-Obstétrico  
 Psiquiátrico  Cirúrgico Outros:

Procedência: \_\_\_\_\_  
Solicitante: André Zane  
Destino: \_\_\_\_\_  
Contato: HRP

Circunstâncias da Transferência:

Identifique quais as ineficiências desse hospital para a manutenção da vida do paciente:

Ribeirão de Janeiro é um hospital com  
deficiência de complemento e  
ex-fábrica de óxido ferroso.

Procedimentos realizados no hospital:

Ex

Vantagens da transferência e avaliação de risco do translado:

Sympatizante + A2EV

Médico: \_\_\_\_\_ CRM-PB 7559  
Assinatura e Câmbio

CRM: \_\_\_\_\_ 28 MAIO 2018

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELVANIA MATIAS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010016646-6

---

Nr. da Autenticação 3BC3C7DBA832F4D8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211058204000000033022656>  
Número do documento: 2009211058204000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 10

MANUEL MARCULINO  
RUA ANTONIO BRASILIO, SIN - CENTRO  
PIANCO / PB CEP: 58765000 (AG. 144)

Emissa: 30/10/2017 Referencia: Out / 2017  
Cidade Subct: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPOLICO B100, Km25-Centro Residencial Pessoal/PB-CEP 58011-400  
Rodovia: 17 - 144 - 123 - E70 N° medidor: 00004568873



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 00.096.193/0001-43 Inscrição Estadual: 16.015.922-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 001 002 40  
Cód. para Débito Automático: 00004568873

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2017	30/10/2017	29/11/2017	9441336491 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/456885-3

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -  
CADASTRO BIOMÉTRICO.  
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATÓRIA E GRATUITA.  
O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAÍBA ALERTA QUANTO  
AO CADASTRAMENTO. PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL  
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 19/09/17	Leratura 17855	Data 30/10/17	Leratura 18116	1
Demonstrativo				
CC: Descrição Quantidade Tarifa Inter Base Cais Alm. Irmão(R\$) Base Cold Pct(R\$) Cofim(R\$) Totala Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pct(Celco)(R\$) (0,085%)(4,7850%)				
0001 - Consumo em kWh	481.000 0,738280	339,42 339,42 27 81,65 339,42 3,52 16,04		
0001 - Adic. B: Amarelo		0,83 0,83 27 0,22 0,83 0,01 0,04		
0001 - Adic. B: Vermelha		22,35 22,35 27 6,03 22,35 0,23 1,97		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		31,76 0,00 3 0,00 0,00 0,00 0,00		

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 384,36 382,80 87,90 362,00 3,78 17,35  
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 26/11/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 384,36

302 Histórico de Consumo (kWh)

279 | 315 | 350 | 326 | 278 | 303 | 344 | 216 | 296 | 290 | 321 | 298  
Set/17 Agosto/17 Junho/17 Maio/17 Abril/17 Março/17 Fevereiro/17 Janeiro/17 Dez/16 Nov/16 Out/16

RESERVADO AO FISCO  
35af.9f0a.cdf9.549a.4756.3ae8.5bdc.7dc3.

Indicadores de Qualidade 8/2017_Promo			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIV/MENSAL	8,87	5,21	NOMINAL	87,06	22,65
DIV/TRIMESTRAL	12,34		Serviço de Distribuição de Energia (P)	119,04	30,97
DI/CANAL	27,48		Carregador de Energia	13,37	3,68
FI/C/MENSAL	2,73	3,90	Serviço de Trânsito	2,42	0,62
FI/C/TRIMESTRAL	7,47		Encargo Bemalas	142,77	36,62
FE/ANUAL	1,95		Impostos, Diárias e Encargos	0,00	0,00
DNC	3,93	2,43	Outros Serviços		
DGR	12,22		Total	384,36	100,00

Valor do B1/160 (Ref. 8/2017) R\$ 73,69

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092110582040000000033022656>  
Número do documento: 20092110582040000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 11



CTC RECIFE PE PL7

EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO  
R JOSE AMERICO SN  
CENTRO  
58765-000 PIANCO PB



00408609

DATA DE VENCIMENTO: 21/03/18 - DATA DE POSTAGEM: 12/03/18



7216210573187810000005683930120318

Atendimento Claro - Ligue 1052.  
Auto-Atendimento - Ligue \*1052#  
Na Web - claro.com.br  
Visite o site: minnaclaro.com.br  
para consultar o detalhamento da sua fatura.  
Se preferir receber mensalmente a sua fatura  
detalhada solicite através do 1052.  
Atendimento ao deficiente auditivo e  
de fala - Ligue 0800 036 2323.

### ClaroClube

Saldo de pontos em 01/03/18

367

Pontos resgatados em 01/18

0

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
33 99129 6366	de 04/02/2018 a 03/03/2018	21/03/2018	R\$ 27,39

#### Veja aqui o que está sendo cobrado

##### Individuais

Oferta Conjunta Claro MIX R\$ 39,99

Aplicativos Digitais

Assinatura Controle (135)

##### Descontos

Total do Mês

Créditos Anteriores

Total a Pagar	R\$ 27,39
---------------	-----------

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviço.

#### Mensagens Importantes

A oferta conjunta Claro MIX é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais providos por terceiros.

28 MAIO 2018

Prezado Cliente,  
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



que sua conta nos bancos e locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuição para o FIST e FUNITEL (1% e 0,5% do valor dos encargos) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Ambev: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

reclamação Mecânica:

a sua do banco:



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
WERTON RAFHAEL ANGELO B	167014440	04/02/18 a 03/03/18	R\$ 27,39	21/03/18

84800000000-6 | 27390221201-8 | 80321167014-1 | 44003718122-4

Autenticação Mecânica solicitamos não ramar, dobrar ou perfurar  
esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

\*00408609\*

Pág. 1 / 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211058204000000033022656

Número do documento: 2009211058204000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 12



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, 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 EVERTON RAPHAEL ANGELO BENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.064.214, 67, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELVANIA MATIAS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.231.454, 77, do sinistro de DPVAT cobertura IVALIDEZ da Vítima ELVANIA MATIAS DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.231.454, 77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-SE Renda: RECUSA-SE e apresento os documentos comprobatórios:  
CNH E COMP. RESIDÊNCIA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>RUA JOSÉ AMÉRICO</u>	<u>CENTRO</u>	<u>PIANÓ</u>	<u>S/N</u>	<u>CASA</u>
Email			Estado	CEP
			<u>PB</u>	<u>58.765.000</u>
Telefone comercial (DDD)			Telefone celular (DDD)	

PIANÓ, PB, 15 de MARÇO de 18  
Local e Data

Everton Raphael Angelo Bent  
Assinatura do Declarante

28 MAIO 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092110582040000000033022656>  
Número do documento: 20092110582040000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 13



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 105309  
Ocorrência: URGENCIA

Data/Hora 29/12/2017 20:56:24

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente ELVANIA MATIAS DA SILVA Idade: 33 Sexo F

Filiação  
Pai: MANOEL MARCULINO  
Mãe: LUCIA MATIAS DA SILVA MARCULINO

Endereço  
Cidade: PIANCO - PB - 58765-000 - 2511301  
Endereço: AFONSO VENTURA N.º 244  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade: PIANCO - PB  
Fone: (83)99151-8259

Documentos  
CNS: 702-1077-8022-3396  
Identidade: 2980370 SSPPB  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais  
Nascimento: 9/10/1984  
Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Profissão: TECNICO EM ENFERMAGEM

Responsável: Elvania Matias da Silva

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

trauma no fêmur

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

Ori  
Edema  
Deformidade | fêmur

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx

TC

Diagnóstico: Fratura grave do fêmur

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Repcionista: KATIA

28 MAIO 2018





# Hospital São Francisco

Se Precisar Estaremos Aqui.

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | 58.700-450 | PATOS - PB  
TELEFONE: (83) 3421-3454 | e-mail: contato@hsaofrancisco.com

## BOLETIM DE ADMISSÃO

Nº \_\_\_\_\_

Nome: 49142 - Elvania Matias da Silva Data de Nascimento: 09/10/1984 Idade: Sexo: F

Estado Civil: Profissão: 33 anos Origem:

Responsável: Categoria:

Endereço: Rua Afonso Ventura, - Otro Branco - Piancó - PB - PARTICULAR

Data e hora de admissão: 03/01/2018 Hs. 19:13 - Alta 24 / 01 / 2018 Hs. 10:30

Internamentos anteriores neste Hospital:

Internamentos em outros Hospitais: Dr. Ivanis

Médico assistente Dr.:

### DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

\_\_\_\_\_

### MOTIVO DA ALTA

Indisciplina ( ) Transferido ( )  
Curado (X) A Pedido ( )  
Melhor ( ) Falecido ( )

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

*Prostema or Bladder, fibro*

### EM CASO DE FALECIMENTO, CAUSA:

Primária: \_\_\_\_\_

Secundária: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE:

*Dor + disuria, edema, turgescência  
fascial do membro inferior esquerdo*

### EXAME OBJETIVO:

AP. X Tempo P脉so  
Receptionista: Leandro Figueiredo Pinto - 03/01/2018 - 19:13

### CLÍNICA:

Obstétrica ( ) Cirúrgica ( ) Médica ( ) Pediátrica ( )

### EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, Laboratórios)

28 MAIO 2018



# Hospital São Francisco

Departamento de Enfermagem

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** 03-01-2018  
 Nome: Oraneis Nottos Idade: 33a  
 Pavilhão: 2 Andar Leito: 101  
 Procedência: Bloco Cirúrgico

### 2. FUNÇÃO NEUROLÓGICA

- ( Consciente ( Orientado) ( Confuso)  
 ( Agitado) ( Outros: \_\_\_\_\_)

Força motora: ( Preservada) ( Prejudicada)

OBS:

Sensibilidade: preservada

### 3. CABEÇA E PESCOÇO

- 3.1 Couro cabeludo: ( Sem alteração)  
 ( Alopécia) ( Cicatriz) ( Lesão)  
 3.2 Mucosa: ( Normocorada) ( Hipocorada)  
 ( Hidratada) ( Desidratada)

OBS:

### 4. SISTEMA TEGUMENTAR: Pele

- ( Hidratada) ( Desidratada)  
 ( Normocorada) ( Hipocorada)  
 ( Anictérica) ( Ictérica)  
 ( Aclanótica) ( Clanótica)  
 ( Afibril) ( Febril)

Turgor e elasticidade: preservada

( Pele Integra) ( Presença de Escara)

OBS:

### 5. FUNÇÃO CARDIOVASCULAR

FC: \_\_\_\_\_ Bpm. Rítmico: ( Regular) ( Irregular)  
 PA: 130 x 80 mmHg.

Pulso periférico: \_\_\_\_\_

OBS:

### 6. FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

#### 6.1 Características da respiração:

FR: 16 irpm.  
 ( Eupnêia) ( Taquipnêia)

- ( Bradipnêia) ( Dispnéia)  
 ( Espontânea) ( Cheyne Stokes)  
 ( Apnéia) ( Ortopnêia)

#### 6.2 Suporte ventilatório

- ( Respiração espontânea)  
 ( Cateter de O2)  
 ( Traqueostoma)  
 ( Nebulização)

### 6.3 Ausculta pulmonar

- ( Sem R.A) ( MV diminuído)  
 ( Röhres) ( MV audível)  
 ( Sibilos) ( Est. Bolhosos)  
 ( Est. Crepitantes)

6.4 Tosse: ( Sim) ( Não)

Se sim, caracterizar: \_\_\_\_\_

### 7. FUNÇÃO GASTROINTESTINAL

Abdome:

- ( Plano) ( Timpânico) ( Dolorido)  
 ( Distendido) ( RHA+) ( Ascítico)  
 ( Flácido) ( RHA-)

Glicemia capilar: \_\_\_\_\_

### 8. FUNÇÃO RENAL

Diurese: ( Espontânea)

( Cistostomia)

( SVD)

Aspecto: sem alterações

Outros: \_\_\_\_\_

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIURNO

Enfermeiro - COREN

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM NOTURNO

21:50 - Paciente em P.O e paratativa em dze com ecas. SVD com bom débito urinário. Jgj com alta comodada. Sem queixa. Segue os procedimentos de enfermagem.



Enfermeiro - COREN

28 MAIO 2018



Hospital São Francisco

SE PRECISAR OS SARCENOS BUIL.

WILSON

RUA PEREGRINO FILHO, 109 | CENTRO | PATOS

E-mail: [contato@chateaubriand.com.br](mailto:contato@chateaubriand.com.br)

[www.lesaffranchisés.com](http://www.lesaffranchisés.com)

**FICHA DE CONSUMO  
CENTRO CIRÚRGICO**

PEDIATRA: CRM  
ANESTESISTA: CRM  
DATA DA INTERVENÇÃO: HORA: TIPO D

QUANT.	DESCARTÁVEIS
<b>01</b>	Aguilha M/ Reagente Spinal <input checked="" type="checkbox"/> 25g <input type="checkbox"/> 27g
	Aguilha Peridural N° <input checked="" type="checkbox"/>
	Aguilhas <input checked="" type="checkbox"/> 13x5,5 <input checked="" type="checkbox"/> 25x7 <input type="checkbox"/> 40x12 <input type="checkbox"/> 40x16
	Agodão Hidrotílico (gramas) <input checked="" type="checkbox"/>
	Agodão Otorhino-oftálmico (gramas) <input checked="" type="checkbox"/>
	Alodura de Crebon N° <input checked="" type="checkbox"/>
	Alodura Gessada N° <input checked="" type="checkbox"/>
	Bolsa Coletora de Urina Sust. F. Fechado <input checked="" type="checkbox"/>
	Cateter Jelco <input checked="" type="checkbox"/> 14 <input checked="" type="checkbox"/> 16 <input checked="" type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 <input checked="" type="checkbox"/>
	Cateter Nasal de Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/>
	Câmp Umilíbital <input checked="" type="checkbox"/>
	Dreno Panrose N° <input checked="" type="checkbox"/>
	Dreno Sucção N° <input checked="" type="checkbox"/>
	Dreno Tórax N° <input checked="" type="checkbox"/>
	Duplicador de acesso venoso (2 vias) <input checked="" type="checkbox"/>
	Eletrodos desarranjáveis <input checked="" type="checkbox"/>
	Equipo macrogidas <input checked="" type="checkbox"/> c/m. <input type="checkbox"/> g/m. <input checked="" type="checkbox"/>
	Equipo microgidas <input checked="" type="checkbox"/> c/m. <input type="checkbox"/> g/m. <input checked="" type="checkbox"/>
	Equipo para infusão sanguinária <input checked="" type="checkbox"/>
	Escalpê <input checked="" type="checkbox"/> 19 <input checked="" type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input checked="" type="checkbox"/>
	Escova com PVP/ <input checked="" type="checkbox"/>
<b>04</b>	Esgarrafape (cm) <input checked="" type="checkbox"/>
<b>30un</b>	Estaradapão microóptico (cm) <input checked="" type="checkbox"/>
<b>10X</b>	Gaze estéril (pacote) <input checked="" type="checkbox"/>

QUANT.	DESCARTAVEL						
13	Lâmina de Bisturi	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	15	<input checked="" type="checkbox"/>	24
03	Luvas estéril N°						
04	Luvas não estéril N°						
06	Máscara descartável						
04	Pincéis descartáveis						
	Pulseira RN						
	Seringa 1ml						
01	Seringa 3ml						
02	Seringa 5ml						
02	Seringa 10ml						
	Seringa 20ml						
	Sonda de Foley N°						
	Sonda Nasogástrica	<input type="checkbox"/>	Longa	<input type="checkbox"/>	Curta		
	Sonda Urinária N°						
	Touca Turbante Sanitizada						
	Tubo Endotraqueial N°						

QUANT.	DESCARTÁVEIS
Cat Gui Cromado 0	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Cromado 1.0	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Cromado 2.0	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Cromado 3.0	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Simples 0	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Simples 1	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Simples 2	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Simples 3	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Simples 4	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Cat Gui Simples 5	<input type="checkbox"/> cleg <input type="checkbox"/> sleg
Monocrolyl N°	
Monocrolyl 1	
Monocrolyl 2	
Monocrolyl 3	
Monocrolyl 4	
Monocrolyl 5	
Polycoat 0 *	<input type="checkbox"/> cleq <input type="checkbox"/> bleq
Polycoat 1	<input type="checkbox"/> cleq <input type="checkbox"/> sleg
Polycoat 2	<input type="checkbox"/> cleq <input type="checkbox"/> sleg
Polycoat 3	<input type="checkbox"/> cleq <input type="checkbox"/> sleg
Prolene 0	
Prolene 2	
Prolene 3	
Vicryl N° 1	



		Hospital São Francisco Medicina com a Curação	ENFERMADA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		ELVANIA MATTIAS de SIlva		IDADE: 33	SEXO: F GOR: 34
DATA 03/05/18	PRESSÃO ARTERIAL, PULSO 130/80	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA
	URINA				OUTROS
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO:		
ESTADO MENTAL	ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fárvula Platô fibroso			ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIA ANTERIORES					
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			APLICADA ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	O2			INDUÇÃO	
Líquido	1/200 FRP			SATISF.	EXCIT. TOSSE
CÓDIGO P.V. ARTERIAL - PULSO - ANESTESA - OPERAÇÃO V.Z. - ANESTESA - OPERAÇÃO	260	LARINGO ESPASMO LENTA			
	240	NÁUSEAS VÔMITOS			
	220	OUTROS			
	200	MANUTENÇÃO			
	180	ANESTESIA SATISF. SIM NÃO			
	160	NÃO, POR QUE?			
	140	DESPERTAR			
	120	REFLEXOS NA SO.	S		
	100	OBSTR.	CO2	EXCIT.	
	80	NÁUSEAS	VÔMITOS		
	60	OUTROS			
	40	COM CÂNULA			
	20	PARA O LEITO SIM NÃO			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				CONDIÇÕES	
POSIÇÃO	D			B	
AGENTES	Neoscam Bolônica 15,0 + Dexam 0,05			CÂNULA	
TÉCNICA	Br				
OPERAÇÃO	Tumor cervical				
CIRURGIÕES	J. V. Moreira				
ANESTESISTAS	Renê				
OBSERVAÇÕES					
ANOTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					

28 MAIO 2018





# Hospital São Francisco

## Ficha Consumo Materiais Descartáveis

PACIENTE: Rhevia Natin da Silva APT.: 101  
PRONT.: \_\_\_\_\_ DATA: 03/01/18 CONVÊNIO: Pant

MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE
Aguilha x		borda de gaze	001
Atadura de Crepon x		dimenso	
Cateter Nasal para Oxigênio		lana	001
Duplicador de acesso		lençol	
Equipo macro c/ injetor		lençol uretral	01
Equipo macrogotas		lençol	
Equipo micro c/ injetor		lençol	
Equipo microgotas		lençol	
Equipo para transfusão		lençol	
Escalpe N°		lençol	
Gaze (pacote)		lençol	
Gaze Esteril (pacote)	01	lençol	
Jelico N°		lençol	
Lanceta Picadora		lençol	
Seringa 1ml		lençol	
Seringa 10ml	01	lençol	
Seringa 20ml		lençol	
Seringa 3ml		lençol	
Seringa 5ml		lençol	
Seringa 60ml		lençol	
Sonda de Foley N°		lençol	
Sonda Enteral		lençol	
Sonda Nasogástrica N°		lençol	
Teste Strip		lençol	
Torneira 3 vias		lençol	

Técnico(a) em Enfermagem  
Assinatura e Carimbo

Enfermeira (o)  
Assinatura e Carimbo

Arquivo: 3322.029

28 MAIO 2018





## DR. ANTÔNIO IVANES DE LACERDA

Fraturas - Correção de Deformidades da Criança e do Adulto  
Tratamento da Escoliose - Doenças da Coluna Vertebral  
Doenças Ósseas em Geral e Fisioterapia

TEOT - Título de Especialização em Ortopedia e Traumatologia - Nº 01213

Residência Médica em  
Traumato-Ortopedia no  
Hospital dos Servidores do  
Estado do Rio de Janeiro

★  
Pós-Graduação em  
Medicina Física e  
Reabilitação na PUC do  
Rio de Janeiro

★  
Membro Titular da  
Sociedade Latino  
Americana de Ortopedia  
e Traumatologia

★  
Membro Titular  
Concursado da Sociedade  
Brasileira de Ortopedia  
e Traumatologia

★  
Membro da Sociedade  
Brasileira de Medicina  
Física e Reabilitação

★  
Sócio Fundador do Centro  
Brasileiro de Estudos da  
Coluna Vertebral

★  
Membro Titular da  
Sociedade Brasileira de  
Ortopedia Pediátrica

ELVANIA MATIAS DA SILVA

### LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE, ELVANIA MATIAS DA SILVA, É PORTADOR(A) DE FRATURA DE JOELHO ESQUERDO, QUE FOI TRATADO COM CIRURGIA, UTILIZANDO PLACA E PARAFUSOS.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.  
RECOMENDO FICAR DE REPOUSO E AFASTADO(A), POR NOVENTA DIAS, DE TODAS ATIVIDADES QUE DEMANDEM ESFORÇO FÍSICO.  
ENCAMINHO À PERÍCIA DO INSS.

CID.10 S82.1

#### AUTORIZAÇÃO:

Eu, ELVANIA MATIAS DA SILVA, autorizo o(a) Dr.(a) Antonio Ivanes de Lacerda a registrar o diagnóstico codificado CID- 10 ou por extenso neste atestado médico.

*Elvania Matias da Silva*

Assinatura do (a) paciente ou responsável legal

Patos, 27 de Abril de 2018

*Moreira*  
Dr. ANTONIO IVANES DE LACERDA  
CRM 3038 PB

QUEM VALORIZA O MÉDICO, VALORIZA A VIDA

RETORNO DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AS \_\_\_\_ H

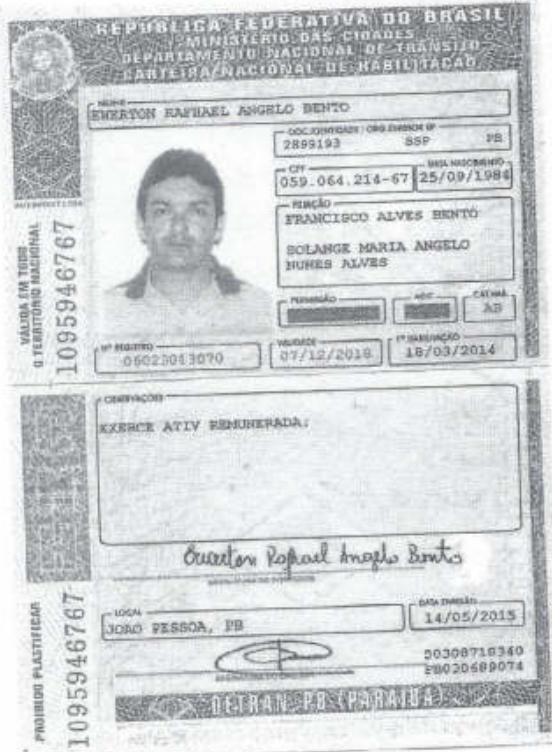
AV. PEDRO FIRMINO, 244 - TELS.: (83) 98770.6843 / 99912-6390  
58.700-071 - PATOS - PARAÍBA  
e-mail: ivaneslacerda@bol.com.br

28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211058204000000033022656>  
Número do documento: 2009211058204000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 20

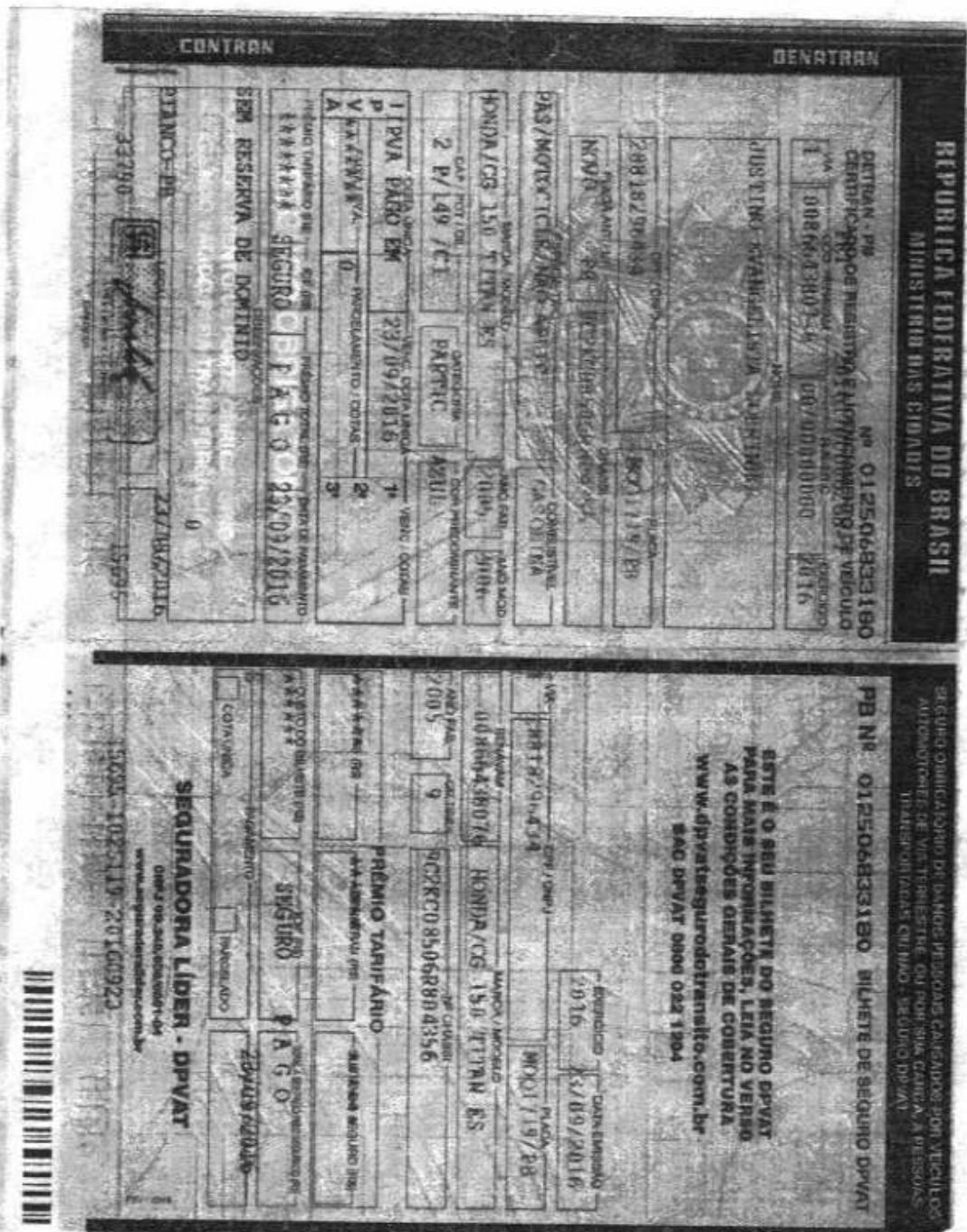


28 MAIO 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211058204000000033022656>  
Número do documento: 2009211058204000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211058204000000033022656>  
Número do documento: 2009211058204000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 22

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180246328      **Cidade:** Piancó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELVANIA MATIAS DA SILVA      **Data do acidente:** 29/12/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA RIGIDEZ INTESA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DA FLEXÃO EM 45°, CLAUDICAÇÃO INTESA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM, SINAIS DE NEUROALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/12/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 03/01/2018 COM PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 36 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA HOSPITALAR ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequelas

**Data da perícia:** 08/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (atrofia muscular do membro inferior, déficit de força muscular, limitação grave da flexo-extensão do joelho esquerdo).  
Procedida avaliação médica na cidade de Cajazeiras.

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 10:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009211058204000000033022656>  
Número do documento: 2009211058204000000033022656

Num. 34536624 - Pág. 24

**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.**

Número do Sinistro: **3180246328**

Nome do(a) Examinado(a): **ELVANIA MATIAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Antonio Brasilino, S/N - Centro - Piancó - PB - CEP 58765-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2980370**

Data e local do acidente: [ **29/12/2017** ] **PINACO PB**

Data e local do exame: [ **08/06/2018** ] **Cajazeiras** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/12/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO GRAVE. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 03/01/2018 COM PLACA 4,5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 24 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 36 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA HOSPITALAR ORTOPÉDICA.**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**APRESENTA RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DA FLEXÃO EM 45°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM, SINAI DE NEUROALGODISTROFIA, BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**RIGIDEZ INTENSA DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35° DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 45° CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna ESQUERDA EM 2 CM ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 1,5 CM SINAI DE NEUROALGODISTROFIA BLOQUEIO ARTICULAR EVIDENTE DURANTE A FLEXÃO.**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo 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"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180246328      **Cidade:** Piancó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELVANIA MATIAS DA SILVA      **Data do acidente:** 29/12/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ELUVANIA MATIAS DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRA  
Profissão: DO LAR, portador(a) do RG 2980370, órgão expedidor SSP/PB  
e do CPF: 056.231.454-77, residente no(a) RUA AFONSO VENTURA  
nº 246, bairro: CORO BRANCO, município: PIANCO /PB.

### OUTORGADO:

Nome: EVERTON RAPHAEL ANGULO BENTO, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
Profissão: AUTÔNOMO, portador(a) do RG 2899193, órgão expedidor SSP/PB  
e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) R-JOSÉ AMÉRICO  
nº 511, bairro: CENTRO, município: PIANCO /PB.

**PODERES:** pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima ELUVANIA MATIAS DA SILVA.

Local e Data: PIANCO-PB, 13/103/18.



Eluvania Matias da Silva

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

 **Edvaldo Caldas**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

RECONHECIDO, como autentica e verdadeiro, atestado na folha 001.  
ELUVANIA MATIAS DA SILVA  
Jacqueline Inácio da Cruz - Escrevente  
Em test. da verdade. Pianco-PB 13/03/2018 09:27:37  
JACQUELINE INÁCIO DA CRUZ - Escrevente  
[2018-000498]FIRUL:R\$ #9,48 FAPPN:R\$ 0,28 FET:R\$ 1,90  
SELO DIGITAL: AGF76274-BD75 Jacqueline Inacio da Cruz  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Jacqueline Inácio da Cruz  
- Escrevente -

  
**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL**  
**2º OFÍCIO**  
**Jacqueline Inácio da Cruz**  
.. Escrevente Autorizada ..  
FONE:(83) 3452-2274 "EDVALDO CALDAS"

**DOCUMENTO ORIGINAL**

28 MAIO 2018

