



Número: **0823989-10.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RONIELE PEREIRA DONATO (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47003 976	12/08/2021 10:35	<u>Petição</u>	Petição
47003 977	12/08/2021 10:35	<u>2769247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
47003 979	12/08/2021 10:35	<u>2769247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352671200000044643945>
Número do documento: 21081210352671200000044643945

Num. 47003976 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200339871 Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

Data do Acidente: 17/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). RONIELE PEREIRA DONATO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 16145540



Pág. 00449/00450 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108121035273470000044643946>
Número do documento: 2108121035273470000044643946

Núm. 47003977 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200339871 Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

Data do Acidente: 17/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). RONIELE PEREIRA DONATO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RONIELE PEREIRA DONATO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 00000114978-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	099 722 954 35	Ronielle Pereira Ronato

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Ronielle Pereira Ronato	099 722 954 35		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
aux. ser. gerente	Jua Moses Rodrigues	9	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
AZT. das Moças	Companhia Gramol	PB	53415 070
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83 33341289		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTÓRIO)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00114978 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
MORTE	<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO	34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
		36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
		37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
			Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Comprido - PB 22/09/2020

Ronielle Pereira Ronato

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº03631.01.2020.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 17/03/2020

Hora: 13:24:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Iara Cordeiro da Rocha, Novo Cruzeiro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Rua

VÍTIMA(S)

Roniele Pereira Donato, filiação: Josefa do Socorro Pereira Donato e Olegario Donato, idade: 32, data de nascimento: 19/12/1987, identidade de Gênero: masculino, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Conceição, estado civil: solteiro(a), escolaridade: Ensino fundamental completo, profissão: Auxiliar de Serviços Gerais, documentos(s) de identificação: CPF nº 099.722.954-35, endereço: Av Joao Walling, 146, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Proximo do Mercadinho Estefanio/motel Saara, telefone: (83) 99633-9254.

TESTEMUNHA(S)

Rosangela de Olinda Campelo Melo, filiação: Rosa Silva de Olinda Campelo e Marcelo de Olinda Campelo, idade: 50, data de nascimento: 18/10/1969, identidade de gênero: feminino, nome social: Rosangela de Olinda Campelo Melo, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: viuva(a), profissão: Do Lar, documentos(s) de identificação: CPF nº 691.338.914-00, endereço: Rua Sebastiana Pereira Branda, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98711-5734.

Arlane Liangelys Campello Melo Santos, filiação: Rosangela de Olinda Campello Melo e Elinaldo Silva Melo, idade: 28, data de nascimento: 09/06/1992, identidade de gênero: feminino, nome social: Arlane Liangelys Campello Melo Santos, nacionalidade: brasileira, naturalidade: Campina Grande, estado civil: casado(a), profissão: Vendedora, documentos(s) de identificação: CPF nº 701.243.264-04, endereço: Rua Sebastiana Pereira Branda, 28, Velame, Campina Grande, PB, ponto de referência: Motel Saara, telefone: (83) 98723-2319.

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca HONDA/CG 125 FAN KS, modelo HONDA/CG 125 FAN KS, tipo de veículo PASSEIO, cor preta, ano 2010/2011, UF: PB, placa NQH-9356, chassi 9C2JC4110BR406314, renavam 00274070545, características gerais: Roubo/furto não município - Uf monteiro - Pb marca/modelo honda/cg 125 Fan Ks cor preta ano Fabricação/ano Modelo 2010/2011 chassi 9c2jc4110br406314 renavam 00274070545 câmbio n/i motor jc41e1b406314 combustível gasolina capacidade de Passageiros 2 tipo do Veículo motocicleta situação do Veículo circulacao espécie do Veículo passageiro categoria do Veículo particular nome Proprietário joao Bosco Campos Simoes

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE(S)

(1) Roniele Pereira Donato (VITIMA) - Exame de Lesão Corporal Nº 195.2020

Procedimento Policial: 03631.01.2020.2.00.401

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108121035273470000044643946>

Número do documento: 2108121035273470000044643946

Num. 47003977 - Pág. 4

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

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

HISTÓRICO

Que a vítima na data hora e local descrito acima estava a transitar na moto já citada, momento que estava na via preferencial, onde foi surpreendido por um veículo que o mesmo não sabe descrever; Que a colisão foi na parte esquerda da moto da vítima, atingido neste momento a perna esquerda da vítima; Que com o impacto a vítima foi lançada ao solo e posteriormente socorrida pelo SAMU, para o hospital de trauma de campina grande pb; Que neste citado hospital a vítima passou por procedimento cirúrgico na perna esquerda e no joelho direito, conforme documentos em anexo.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 09 de setembro de 2020.

ELIZABETH REGINA BECKMAN DE SOUZA
Delegado(a) de Polícia Civil

RONIELE PEREIRA DONATO
Noticiante

JOSENILDO SOUZA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 03631.01.2020.2.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108121035273470000044643946>
Número do documento: 2108121035273470000044643946

Num. 47003977 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	099 722 954 35	Ronielle Pereira Ronato

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Ronielle Pereira Ronato	099 722 954 35		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
aux. ser. gerente	Jua Moses Rodrigues	9	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
AZT. das Moças	Companhia Gramol	PB	53415 070
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83 33341289		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0737 CONTA: 00114978 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
MORTE	<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO	34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
		36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
		37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
			Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caminho - PB 22/09/2020

Ronielle Pereira Ronato

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 17/3/2020	HORA: 13:24 HRS	ID Nº: 2003170088
NOME: RONIELE PEREIRA DONATO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: IARA CORDEIRO DA ROCHA - NOVO CRUZEIRO		
COMPLEMENTO:		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 9 de setembro de 2020.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108121035273470000044643946>
Número do documento: 2108121035273470000044643946

Num. 47003977 - Pág. 7

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONIELE PEREIRA DONATO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000114978-3

Nr. da Autenticação ECD16117EE565903



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352734700000044643946>
Número do documento: 21081210352734700000044643946

Num. 47003977 - Pág. 8



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

#NEBL ALERGIA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Sexo: M

Clinica: CENTRO CIRURGICO Enfermaria: URPA Leito: 10 Diagnóstico:

- FRATURA EXPONTA PATA (E)
- FRANHA FEDUARA PATA (E)

DIA 17/03/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. FRASCO, 8h/8h	27/03
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	24/03
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	22/03
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	20/03
6	TENONICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. ITRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	28/03
7	OVIDEPRAZOL INJ 40MG ITRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06/04
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. TAMPOLA FAZER SE NECESSARIO	5IN
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

17/03/2020 Pacie. C/ História de acidente moto-
ciclistico após ingestão de bebida alcoólica,
ao exame, apresenta bel, constante, hântio
estílico e fala arrastada. Perna ESTAVEL,
FLC. EM AGUDAS CALCUNAS (E), f.l.c. expenso em
face anterior do joelho (S) / f.l.c. retrat romboide
fratura da pata (E) / f.l.c retrat romboide
(D: SURSA DO LORO CABEÇUDO E PÉ (E)
Tara gesso com enxovalhica à (E)
A Centro Cirúrgico

Ericsson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM 4770 / TEOT SBOT 7297
Pedro II, 429 - Prata - Campina Grande - PB
Tel. (83) 3341-4666

17.03.20

22.10

PA: JAOX70NNH5

Pómente consiente ontem.
Admitida do bloco. queim
ouir de b. ate o momento
sem infecção. Me. PN
e segue os cuidados do grupo.

-soc-



Número do Prontuário: 123255

DATA DA CIRURGIA: 17/03/2020

Número do Atendimento: 2130509 Clin: CENTRO CIRÚRGICO / Enf: URPA / Lei: 10

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020

Atendimento: 2130509

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DA PATELA DIREITA + FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTSE TIBIA DISTAL ESQUERDA Data da Cirurgia: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FÁBIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUEANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
4. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS, LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA E IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9% EM JOELHO DIREITO.
5. OBSERVADO FRATURA COMINUTIVA DA PATELA COM PERDA ÓSSEA DE APROXIMADAMENTE 50 % DA PATELA E DESINSERÇÃO PARCIAL DE TENDÕES PATELAR E QUADRÍCIPITAL.
6. RETIRADA DE FRAGMENTOS COMINUTOS DIMINUTOS E TENODESE TENDÃO PATELAR E QUADRÍCIPITAL COM FIOS DE ETHIBOND.
7. SUTURA DA FERIDA OPERATÓRIA.
8. VIA DE ACESSO A TIBIA DISTAL ESQUERDA.
9. REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTSE DA TIBIA DISTAL ESQUERDA COM PLACA EM T BLOQUEADA E PARAFUSOS CORTICais 4,5 mm SOB RADIOSCOPIA
10. IRRIGAÇÃO DA FERIDA COM SF 0,9%
11. SUTURA
12. CURATIVO.

Data 17/03/2020

Assinatura/Carimbo
Fabio De Moura Spa

Dr. Fábio De Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Ronielle Pereira Dantas DN 19-12-1987



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

QI

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

Folha exp. Patoe

CIRURGIÃO

Dr. Folha

Dr. Matheus

ANESTESIA

Local

ANESTESIA

Dr. Ricondo.

INSTRUMENTADORA

Flame

DATA

17-03-20

INÍCIO

17:40

FIM

19:00

Qty.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

01

Bolsa Colostoma

Qty.

FIOS

Catgut cromado Sertix

Adrenalinha amp.

01

Calef. p/ Óxg.

Atropina amp.

01

Catet. De Urinar Sist. Fech.

Diazepam amp.

20

Compressa Grande

Dimore amp.

01

Compressa Pequena

Dolantina amp.

01

Cotonolide

Efrane ml

01

Dreno

Fenegam amp.

01

Dreno Kerr n°

Fentanil ml

01

Dreno Penrose n°

Inova ml

01

Dreno Pezzer n°

Ketalar ml

01

Equipo de Macrogotas

Metraina 0,2% ml

01

Equipo de Sangue

Metraina amp.

01

Equipo de PVC

Pavulon amp.

01

Espadrapo Larco cm

Protigmine amp.

01

Furacim ml

Protóxido l/m

01

Gase Pacote c/ 10 unidades

Quelicin ml

01

H₂O ml

Rapifén amp.

01

Intracath Adulto

Thionembutal ml

01

Intracath Infantil

Tracrium amp.

01

Lâmina de Bisturi nº 23

Qty.

MEDICAÇÕES

02

Lâmina de Bisturi nº 11

Agua Destilada amp.

02

Lâmina de Bisturi nº 15

Decadron amp.

02

Luvas 7.0

Dipirona amp.

02

Luvas 7.5

Flaxidol amp.

02

Luvas 8.0

Flebotortid amp.

02

Luvas 8.5 Procedendo

Geramicina amp.

02

Oxigênio l/m

Glicose amp.

02

Polifix

Glucón de Cálcio amp.

02

PVPI Degemerante ml

Haemacel ml.

02

PVPI Tópico ml.

Heparema ml.

02

Sabão Antiséptico

Kanakion amp.

02

Saco coletor plástico

Lasix amp.

02

Seringa desc. 10 ml

Medrotinazol.

02

Seringa desc. 20 ml

Plasil amp.

02

Seringa desc. 05 ml

Prolamina

02

Sonda

Revivan amp.

02

Sonda folley

Stupitanon amp.

02

Sonda Nasogástrica

Cefalotina 1g

02

Sonda Uretral nº

Sterydrem ml

02

Torneirinha

Qty.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

02

Vaseline ml

Aguilha desc. 25 x 7

02

Gelcon 18

Aguilha desc. 28 x 28

02

Latesp

Aguilha desc. 3 x 4,5

02

05 eletrodo

Aguilha p/ raque nº 25 x 70

02

Álcool de Enfermagem

Álcool Iodado ml

02

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

02

Azul metílico amp.

Benzina ml

02

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapiôgrafo
- Foco Frontal
- Cardiomonitor
- Fonte de Luz
- Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanda Lúcia B. Melo

TÉC. DE ENFERMAGEM

COREN - PB 033.7.

Sabrina
MOD 066

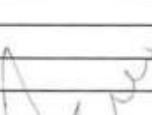
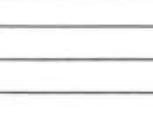




Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Ronel Peuva Donato Idade: 32
Convênio:
Procedimento: Frat expata patela Data: 17/03/20

Cirurgião: Dr Fabio Auxiliar: Dr Anderson Anestesista: Dr Ricardo
Início: 17:40 Término: 19h Anestesia: Roquel

Observações:	<i>Ab Vento.</i>
Assinatura Anestesiista	
Circulante	

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 103





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		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		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
0162

Hospital: Unidad de Salud Código: _____

Código:

Procedimento: *raíz de raíz* Cód. Procedimento: *Español*

Cód. Procedimento:

Paciente: Rommel Pérez

Data da Cirurgia: 03/06/2013 Nº prontuário: 2059915 Convênio: SAI

Cirurgião: *[Signature]* D.Silva Código: *[Signature]*) Reposição () Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical 4.5 mm	Nº	18	39	31	55			
Parafuso Cortical () mm	Qtd.	01	01	01	01			
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Qtd.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº	45						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Qtd.	22						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br





PREScrição MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 1

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA Perna ESQ

DIA 18/03/2020

MÉDICO(A): Claudia Ferreira Ribeiro Leao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	15 22 06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	14 26 03
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	14 26 24 02
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	14 24
7	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 18/03/2020 HORA: 11:47:46

ORTOPEDIA

1 DPO - 12 HORAS DE EVOLUÇÃO

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

AGUARDANDO RADIOGRAFIAS DE CONTROLE JA SOLICITADAS

MANTENHO ATB EV

ASSINATURA + CARIMBO
Claudia Ferreira Ribeiro Leao

Hallissa Ferreira Ribeiro Leao
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CRM-PB 9562



18/03/20-14h - 110x70 - Paciente consciente, orientado, com ANP,
restrito ao leito. Aceita dieta. Iluminacão \oplus . Sem que-
mas. Com MIE normalizado. Poligona

18
03
2020

PA- 110x70

Seque observações
de enfermagem.
J.





PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 2

Clinica:NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA PERNAS ESQ

DIA 19/03/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, IFRASCO, 8h/8h	18/03/06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	14/06
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	18/06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	18/06
6	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	26/06
7	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	18/06
8	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	26/06
9	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	26/06

Evolução

DATA:19/03/2020 HORA:16:21:55

ORTOPEDIA

2 DPO

PCT EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E SANGRAMENTO MODERADO EM JOELHO DIR (AINDA PERSISTENTE)

DOR: 3/4 +

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

OPA

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIE TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9562



19
03
2020 8hs - Pcte consciente, eupneico, aúto dioto V.O., apresenta
ferimento regional icapálico L MMII, SIC, Oliverse
presente, refere dor em MJD, realizado cura
tiro. ferreiras
PA = 120x80

11hs - Pcte refere dor intensa em MJD (peito), medi-
cado com Tramal CPM. ferreiras

19/03/2020 paciente condicente dientada sem queixas ate o momento
segue aos anidados da enfermagem - QI = 120x70; 20hs Marfim



20/03/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprivevo.php?datasai=2020-03-20&contar=2130509&IDC=100243



Serviços
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/03/2020

Horas: 08:36:41

Médico (a) Diarista : Eldiman Soares De Araujo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 3

Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: B Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA Perna ESQ

DIA 20/03/2020

MÉDICO(A): Eldiman Soares De Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	<i>19 20 06</i>
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	<i>19 20 06</i>
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	<i>12 18 24 06</i>
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	<i>14 22 24 06</i>
	CRYOTHERAPIA EM MIE 4 X DIA	<i>12 18 24 06</i>
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	<i>12 24</i>
8	OMEPRAZOL INJ 40MG 1FRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	<i>12 24 06</i>
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24 06</i>
10	FISIOTERAPIA MOTORA	<i>Cte</i>
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	<i>Cte</i>
12	CURATIVOS	<i>Cte</i>

Evolução

DATA: 20/03/2020 HORA: 08:35:48

ORTOPEDIA

3 DPO

PCT EM BEG,
ESTAVEL CLINICAMENTE,
SEM DISTERMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE
DOR: 2+/4+

CD:

VPM

MANTENHO ATB EV

OTIMIZO ANALGESIA

CPF: 043.079.784-20
CRM: 6960
Médico Traumato-Ortopedista
Dr. Eldiman Soares de Araujo

ASSINATURA + CARIMBO
Eldiman Soares De Araujo

00-03 20

30 ms

3a: 120x80mmHg

T: 37°

P: 81 BPM

R: 22

Paciente comente orientado
orientado apesar de alta dose
de óxido com eliminações fisiológicas
presente. Foi realizada urinália.
Ab omônimo sem infecções.
N.c.p. M segui as medidas de
equip.

21 horas → PA: 120x80. Galárica ne - x - x —





Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 21/03/2020
Horas: 09:00:17
Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2130509 Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO Idade: 032 Sexo: M

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA DONATO Data de Nascimento: 19/12/1987 Admissão: 17/03/2020 DIH - 4

Clinica:ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: FX EXPOSTA PATELA DIR + FX FECHADA Perna ESQ

DIA 21/03/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h Diluir em 50 ML SF	
4	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em 50 ML SF	
5	CRYOTHERAPIA EM MIE 4 X DIA	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
8	OMEPRAZOL INJ 40MG IFRA AMP, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 10 ML DILUENTE PROPRIO	
9	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
12	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA:21/03/2020 HORA:08:59:29

ORTOPEDIA

4 DPO

PCT EM BEG,
ESTAVEL CLINICAMENTE,
SEM DISTERMIAS

FO: EDEMA IMPORTANTE E HEMATOMA IMPORTANTE EM MIE
DOR: 2+/4 +

CD: ALTA HOSPITALAR

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020 Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2130509

Tempo de Permanência: -18339

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTSESE

Data: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: SIM

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SUPRACCITADA

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA

Medicações para Casa:: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta:: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.860

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	RONIELE PEREIRA DONATO
DATA DO EXAME:	17/03/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

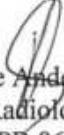
METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-peritoneal, pleural ou pericárdico no presente estudo.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos, retroperitônio e vísceras ocas.


Dr. Filipe Anderson
Médico Radiologista
CRM-PB 8649





**GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108121035273470000044643946>
Número do documento: 2108121035273470000044643946

Num. 47003977 - Pág. 27

17/03/2020



PARAÍBA
Governo do Estado
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATENDIMENTO URGÊNCIA****CLASS. DE RISCO: VERMELHO**

PRONT (B.E) N°.2130433

AV. M. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - Malmvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: RONIELE PEREIRA

DONATO

Endereço: LUISA CABRAL DE CASTRO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: JOSEFA DO SOCORRO PEREIRA

DONATO

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Órgão Ficha: IDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

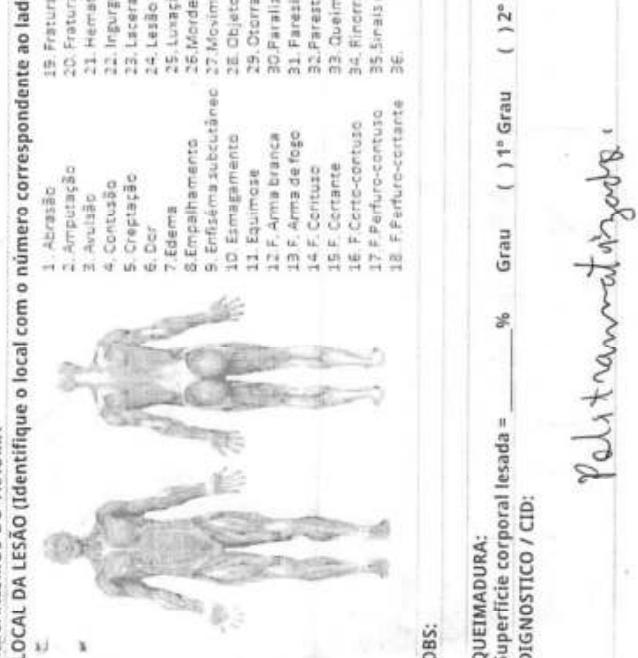
1. Abreçaçõ
2. Amputação
3. Avulso
4. Contusão
5. Crefraçõ
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subclávianec
10. Estmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfurado-contuso
18. F. Perfurado-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingeritamento venoso
23. Laceratio
24. Lesão tendinaria
25. Luxatio
26. Mordedura
27. Movimento torácico parado
28. Objeto Encravado
29. Ossificação
30. Paralisia
31. Farézia
32. Paraplesia
33. Quelimadura
34. Rincragis
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ %

DIAGNÓSTICO / CID:



ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:
Dr. Francisco Henrique de Melo **Dr. Leônio D. Baldino Silveira**
CIRURGIA GERAL **CIRURGIA GERAL**
CRM - PB 7606 **CRM - PB 4.025**



Recalhito Simple

Vans mico

O senhor que o h
Anicélio é porto
pequeno na freg
unha de ferro do
vou da perna (E) e
tela da pata (D)
em maio de 2020,
então o ator
do porto de mico
está ná d'água CID T93

14/08/2020
Ericsson A. Marques
OPTOPEIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM - 47014607
Rua: Pedro II, 29
Cidade: Fortaleza
CEP: 60179-097
Tel. (83) 3341 - 46666



SÉRIE	ATEST
TRATAMENTO	
O PERÍODO	
Campina Grande	21/10/2020
AUTORIZAÇÃO	
Eu, _____ Dr., _____ codificado CID ou por extenso neste atestado médico.	
Ass. do paciente ou responsável	
<p>SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luis Gonzaga Fernandes</p> <p>SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA</p> <p>PARA O PACIENTE <u>Renille Ferreira</u> <u>Bernato</u></p> <p>COM DIAGNÓSTICO <u>Fratura Exposta</u> <u>Patela (D) + Fratura coroa Perna (E)</u></p> <p>SUBMETIDO A TRATAMENTO <u>Osteossíntese</u>.</p> <p>CAMPINA GRANDE, <u>21/10/2020</u>.</p> <p> Dr. Matheus Pedrinho CRM-PB 44643</p>	





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

CNPJ: 08.778.268/0001-80 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58.432-809 | Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Matheus Pedrosa
CRM-PB 12.869

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Ronielle Yurina Pimentel Data: 24/08
 Endereço: União Sabor de Deus Bairro: Jardim das Rosas
 Procedimento: Alívio de dor Atualizado em: 20/08/2021
Medicamento: Paracetamol 500mg 10 comprimidos Data: 24/08/2021

Dr. Matheus Pedrosa
CRM-PB 12.869

CRM-PB 12.869

Assinatura e Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Assinatura do Farmacêutico
Data: 1/08/2021

Assinatura do Farmacêutico

Data: 1/08/2021

Assinatura do Farmacêutico
Data: 1/08/2021



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: RONIELE PEREIRA DONATO

Data da Internação: 17/03/2020 Data da Alta: 21/03/2020

Registro: 2130509

Tempo de Permanência: -18339

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA + FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Diagnóstico Final: O MESMO

Cirurgia: LMC + PATELECTOMIA PARCIAL DIREITA + OSTEOSINTSE

Data: 17/03/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO DE MOURA SPA

Aux 1: ERICSSON ALBUQUERQUE MARQUES

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: SIM

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO COM LESAO SUPRACITADA

Orientações: FISIOTERAPIA + RETORNO AMBULATORIAL + ANTIBIOTICOTERAPIA

Medicações para Casa: ARTROSIL 1CP 12/12 POR 5 DIAS CIPROFLOXACINO 500MG 1CP DE 12/12 POR 7 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Dr. Matheus Pedroso
MEDICO
CRM-PB 12.889

Data: 21/03/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

8.1





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DA PARAÍBA

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Renille Thaina Dantas

POR PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N°.

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°. 562.7 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 14 / 03 / 2021 A 21 / 03 / 2021 (NECESSITANDO DE

120 (cento e vinte) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

deveus pedir
CRM-PB
Ass. do médico

Campina Grande 21 / 03 / 2021

Ass. do médico - N°. do CRM

AUTORIZAÇÃO

autorizo o

a registrar o diagnóstico

Eu, _____
Dr., _____
codificado CID ou por extenso neste alestado médico.

Ass. do paciente ou responsável





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande
Dom Luiz Gonzaga Ferreira
Rua Floriano Peixoto 4700 Malfinias
Campina Grande-PB CEP 58432809
CNPJ 08.778.268/0001-60

Nome: Rosângela Ferreira Demétrio

Uso oral

- 1 - Artrosil.....01 ex - 26,32
Tomar 01 cp 12/12 horas por cinco dias.

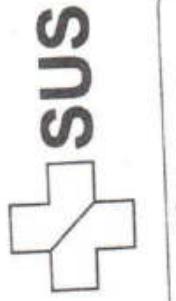
2 - Dipirona 1g.....01 ex - 13,30
Tomar 01 cp 6/6h caso dor

Dr. Matheus Pedroso
CRM-PB 17.859

Assinatura e carimbo do médico
Data: 21/03/2020



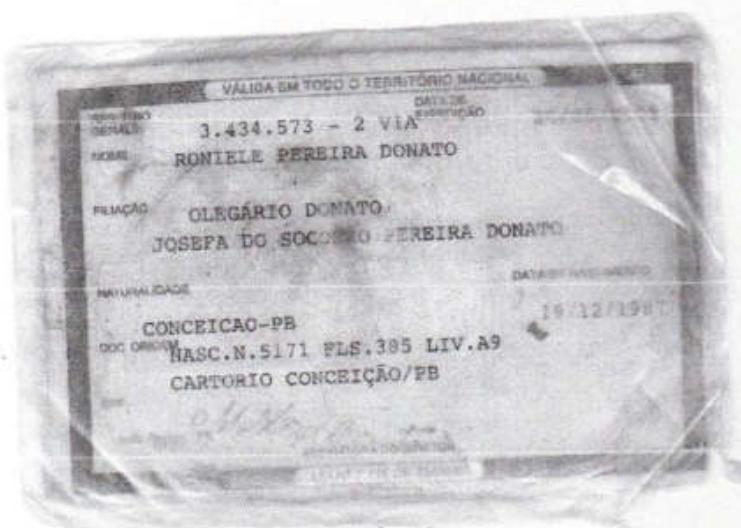
ESTADO DA PARAÍBA
SUPERINTENDÊNCIA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Rua Largo do Teatro da Rocha, 400
 CNES - 3886689
 CEP: 54857-544



REQUISIÇÃO DE CONSULTA

PACIENTE:	<i>Ronielle Bezerra</i>	DATA NASC.	<i>21/04/1997</i>	RG:	<i>111.111.111-1</i>
CARTÃO SUS:					
ENDERECO:					
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	<i>Exame de sangue para excluir diabetes e colesterol alto</i>				
ESPECIALIDADE SOLICITADA:	<i>Fisiologia Pediátrica</i>				
CARIMBO DO MÉDICO	 <i>J. Moreira Torres</i> <i>Medicina Geral</i>				
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO					
DATA:	<i>11/08/2021</i>	HORA:	<i>14:15:00</i>	UNID. PRESTADORA:	<i>SUS</i>
MÉDICO:					
SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO:					
<input type="checkbox"/> POLIGLÓT (ANALISAR FOTO) <input type="checkbox"/> ASSINATURA DO USUÁRIO					
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR					





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0268128/20

Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO

CPF: 099.722.954-35

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 17/03/2020

Titular do CPF: RONIELE PEREIRA
DONATO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RONIELE PEREIRA DONATO : 099.722.954-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/09/2020
Nome: RONIELE PEREIRA DONATO
CPF: 099.722.954-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

RONIELE PEREIRA DONATO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108121035273470000044643946>
Número do documento: 2108121035273470000044643946

Num. 47003977 - Pág. 39

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200339871 Cidade: Campina Grande Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RONIELE PEREIRA DONATO Data do acidente: 17/03/2020 Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO COM FRATURA COMINUTIVA DE PATELA.
FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO EM JOELHO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, PATELECTOMIA E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE ETHIBOND), TÍBIA (OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS).
PÁG 3/4/8/25
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.^o 08239891020208150001

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 **RONIELE PEREIRA DONATO**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 10 de agosto de 2021.

**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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352793900000044643948>
Número do documento: 21081210352793900000044643948

Num. 47003979 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2021 10:35:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081210352793900000044643948>
Número do documento: 21081210352793900000044643948

Num. 47003979 - Pág. 2