

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2014

Carta nº: 5416339

A/C: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

Sinistro: 2014745362
Vítima: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA
Data Acidente: 24/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000025228-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2014

Carta nº: 5020506

A/C: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

Sinistro: 2014745362
Vitima: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA
Data Acidente: 24/04/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014745362 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 00 - CONJUNTO CEHAP - RIACHO DE SANTO ANTONIO/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3205367 - SSP**
Data local do exame: **29/09/2014 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE JOELHO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA DE JOELHO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO-ALTA MÉDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DORES, EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO,

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

JOELHO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 29/09/2014

Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508



Marcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TEOT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM

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: 09/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000025228-9

Nr. da Autenticação D35C26F02487A624

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014745362 **Cidade:** Riacho de Santo Antônio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA **Data do acidente:** 24/04/2014 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DORES, EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Resultados terapêuticos: FRATURA DE JOELHO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO-ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/09/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014745362 **Cidade:** Riacho de Santo Antônio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA **Data do acidente:** 24/04/2014 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DANO SUPERESTIMADO

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

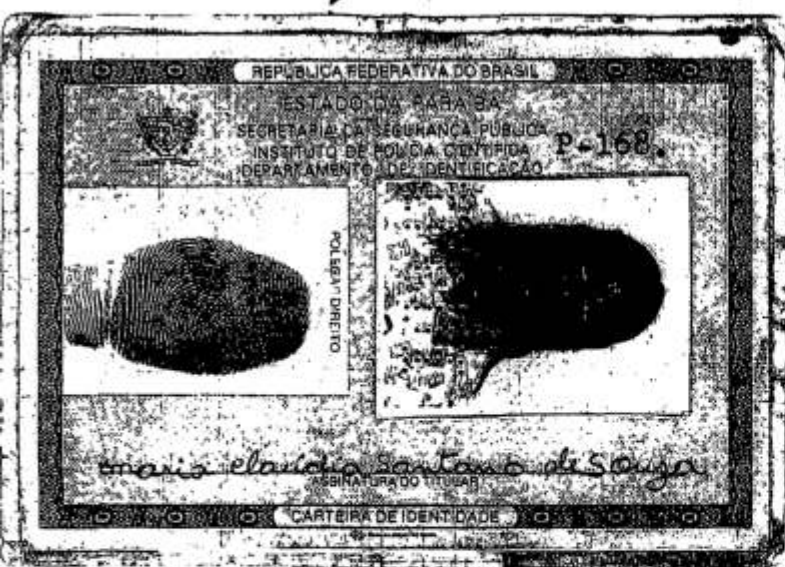
Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Dra. Sonaly de Fátima Cavalcanti

Crefito 6637

Especialização em Trauma-ortopedia
Perita em Juízo em Fisioterapia
Avaliação em Juízo em Fisioterapia

LAUDO FISIOTERAPICO

Informações do Acidente:

Maria Claudia Santana de Souza

Endereço: Rua: Conjunto CEAP. Centro. Riacho de Santo Antonio. PB

Data do acidente: 24 de abril de 2014.

Sinistro: Acidente de moto.

Socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes em Campina Grande, PB conforme documentação em anexo.

Vitima apresentava fratura de platô tibial direito (MID).

Tratamento cirúrgico através de fixador externo. Posteriormente reoperada para fixação com placa e parafusos.

Sequelas:

MID

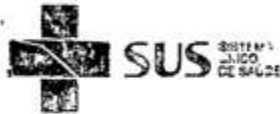
- Dor aos esforços
- Joelho edemaciado
- Déficit de força MID
- Atrofia muscular MID
- Limitação articular do joelho direito
- Não consegue correr e andar rápido
- Claudicação

Sequela definitiva no MID com limitação funcional e anatômica em 70%. de acordo com art.3 da Lei n 9.164.

Alta definitiva no dia 12 de agosto 2014.

Sonaly de Fátima Cavalcanti
Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
Fisio-Perita - CREFITO 6637

Dra. Sonaly de F. Cavalcanti
Fisio-Perita - CREFITO 6637

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ/CPF: 08.778.268/0001-60
NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
END.: AV. FLORIANO PEIXOTO 4700 - MALVINAS
MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE ESTADO: PARAÍBA JF: 25
PRONTUÁRIO N.: 103568

MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA PACIENTE: FEMININO 38 8

NOME: AGRICULTORA / 87529035 SE: J3205367 IDADE:

PROFISSÃO: R. CONJUNTO CEAR. DOCUMENTO: CENTRO

END.: RIACHO DE SANTO ANTONIO PB. BAIRRO:

MUNICÍPIO: 24-104-2014 ESTADO: CEP: 251278

DATA ATENDIMENTO: DIA NASCIMENTO: 11-01-1975 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO

RAÇA / COR:
() 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDA
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente vítima de acidente de moto, trazida pelo SAMU imobilizada em prancha rígida, com um di. capote. Não vomitou ou diarreia, consciente e orientada, apresenta fratura em punha direita que encontra-se imobilizada. Sem curvas prévias - abdominais.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

Raio-x joelho e punha direita.

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.

2.

3.

4.

5.

DIAGNÓSTICO ICD: 05, 14

Trauma em membro inferior direito

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA: Ortopedia

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA:
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

- ☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

Ficha de Acolhimento

Nome: Maria Claudie Santana de Souza
End.: conjunto CEAP Bairro: Piache de
Data de Nascimento: 17/07/75 Documento de Identificação: Santa Antônia
Queixa: de Data do Atend.: 24/04/14 Hora: 17:20 Documento:

Classificação de Risco

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

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato

() Amarelo - atendimento até 1 hora

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Maria Anta claudia Santana Idade: 38
Como é conhecido(a) meiga Ala Enf 1 Leito 2
Data de admissão 1/1/ Procedência
Endereço: Riochão de Santo Antônio
Ponto de Referência Próximo ao Mercado de Dita
Com quem reside? esposo e filhos
Resp. Jessica Carolina Telefone: 87629035/88667068

DADOS SOCIAIS:

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim (X) Qual?

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim (X) Qual?

Causa da admissão:

Se adulto ou idoso:

Estado civil: solteira Tem filhos: Não () Sim () Quantos?

Profissão: Agricultora Fuma? Não (X) Sim () Faz uso de bebida alcoólica?

Não () Sim (X) Eventualmente () É etilista ()

Se criança ou adolescente:

Estuda: Sim () Não () Que série está cursando?

Profissão dos pais ou responsável:

Observações: A paciente está sendo acompanhada
pela filha jessica.

SECRETARIA DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de
Campina Grande - PB

Assistente Social - CRESS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SERVIÇO SOCIAL
FICHA SOCIAL

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ma Claudine Santana de Souza

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fratura de rádio e ulna
em MD.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto. cirúrgico

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

Exame físico + exame de imagem

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Ex de rádio e ulna (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Hto. cirúrgico

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Paula F. Duarte Melo

07/15/14

[Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CEP: 50000-000 Fone: (33) 3211-1111 FAX: (33) 3211-1111 E-mail: hte@paraiba.pb.gov.br

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	M ^{re} (Cristina) Paula															PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:		COR:			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:			
	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>								8		3		

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

14. / 04 5 de hemograma e urina

URGÊNCIA ☐

ROTINA ☐

DATA:

06.05.11

HORA DA SOLICITAÇÃO?

Carimbo e Assinatura do Médico

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente Maria Clotilde S. Silva Nº Prontuário 5-5074
 Data da Operação 24/04/14 Enf. Leito
 Operador DR. Marcelo 1.º Auxiliar
 2.º Auxiliar 3.º Auxiliar Instrumentador
 Anestesia DR. DELVO Tipo de Anestesia CAVI
 Diagnóstico Pré-Operatório

Tipo de Operação fratura grave plavale
torácica (A)
 Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato da Patologia fratura externa

Exame Radiológico no Ato fratura aberta fechada

Acidente Durante a Operação (fratura)

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- ① fratura fechada
- ① anestesia + antibiotic + analg
- ① fixação externa (BPA) (A)
- ① curativa definitiva
- em 2º tempo

SEMPRE LER PRONTUÁRIO 75-000-2014 00007 7565906 1/1

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE Maria Helena Santana de Souza DO 14/04/1975

QI LEITO CONVÊNIO SUS IDADE 38 anos REGISTRO 110356F

CIRURGIA Fixação Óssea de Fêmur CIRURGIÃO Dr. Henrique

ANESTESIA Sa. Delano ANESTESIA Raque

INSTRUMENTADORA _____ DATA 06/02/2014 INÍCIO 09:00 FIM 21:00

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
1	Adrenalina amp.	1	Calcat. p/ O ₂ g.	Calgut Cromado Sertix
	Atropina amp.		Calcat. de Urinar Sist. Fech.	Calgut Cromado Sertix
	Diazepam amp.	3	Compressa Grande 015	Calgut Cromado Sertix
	Dimore amp. 0,2		Compressa Pequena	Calgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonóide	Calgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno	Calgut Simples Sertix
	Fenogom amp.		Dreno Kerr n°	Calgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°	Cera p/ osso
	Inoval ml		Dreno Pezzer n°	Ethibond
	Ketalar ml	1	Equipo de Maucugulas	Ethibond
1	Mercalna 0,5 % ml		Equipo de Microgotas	Ethibond
	Nubafim amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix
	Proglumina amp.	30	Esparadrapo Largo cm	Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml	3	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila Cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	Mononylon 3-0
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	1	Lâmina de Bisturi n° 23	Prolene Sertix
2	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11	Prolene Sertix
1	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15	Prolene Sertix
2	Dipirona amp.	9	Luvas 7.0	Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.	2	Luvas 7.5	Vicryl Sertix
	Flecocortid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Sertix
	Garamicina amp.		Luvas 8.5	
	Glicose amp.	10	Oxigênio l/m	
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix	
	Haemacel ml	10	PVPI Degermante ml	
	Heparema ml	10	PVPI Tópico ml	
	Kanakion amp.	10	Sabão Antisséptico	
	Losix amp.		Saco Coletor	
	Metrodinazol.	3	Seringa Desc. 10 ml	
	Plasil amp.	2	Seringa Desc. 20 ml	
	Prolamina	2	Seringa Desc. 5 ml	
	Rovivan amp.		Sonda	
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	
3	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	
3	Penicilina		Sonda Uretral n°	
1	Clonazepam		Stonydrem ml	
			Torneirinha	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	
2	Agulha desc. 25x7 40 x 10	9	Gecon 18	
	Agulha desc. 28 x 28	9	Latese	
	Agulha desc. 3 x 4,5	5	_____	
1	Agulha p/ Raque n° 25	3	_____	
1/2	Álcool da Enfermagem			
1/2	Álcool Iodado ml			
1	Ataduras de Crepon 10 cm			
	Ataduras de Gaseada			
	Azul Met. ano amp.			
	Benzina ml			

Lote: 044842 Código: F08 8 208
Sistema de Fixação Óssea Sartori - Line Tibia/Fêmur T 300 - Estêril
Fabric.: 08/02/2014 Val.: 02/2019
Registro ANVISA N°: 8008365003
Material: Aço Inox / Alumínio

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3639-1400 - info@sartori.ind.br

Lote: 043238 Código: AF35 1 680
Pino Intramedular Ósseo - R x C x 4,5 x 200 x 1
Fabric.: 08/02/2014 Val.: 02/2019
Registro ANVISA N°: 80083650026
Material: Aço Inoxidável F-138

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3639-1400 - info@sartori.ind.br

Lote: 043239 Código: AF35 1 680
Pino Intramedular Ósseo - R x C x 4,5 x 200 x 1
Fabric.: 08/02/2014 Val.: 02/2019
Registro ANVISA N°: 80083650026
Material: Aço Inoxidável F-138

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3639-1400 - info@sartori.ind.br

Qtd.	SOROS
3	SG Normotermico fr 500 ml
3	SG Gelado fr 500 ml
3	SG Hipertermico fr 500 ml
2	SG Ringr fr 500 ml
	SG fr 500 ml

Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE

Lote: 044842 Código: F08 8 208
Sistema de Fixação Óssea Sartori - Line Tibia/Fêmur T 300 - Estêril
Fabric.: 08/02/2014 Val.: 02/2019
Registro ANVISA N°: 8008365003
Material: Aço Inox / Alumínio

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: (19) 3639-1400 - info@sartori.ind.br

- () Oximetria do Pulso
- () Serra
- () Desbridador
- () Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- () Electrocutêrio
- () Océtopógrafo
- () Cardíaco monitor
- () Perfurador Elétrico

Dr. Henrique
CIRULANTE RESPONSÁVEL



Nome do Paciente			Nº Prontuário		
Mia Cláudia Santuária de Souza					
Data da Operação	07/05/14	Enf.	Leito		
Operador	Dr. Cláudio	1º Auxiliar	Dr. Jesse RZ		
2º Auxiliar	Dr. Janyra	3º Auxiliar	Instrumentador		
Anestesia	Tipo de Anestesia				
Diagnóstico Pré-Operatório	fratura de platô tibial				
Tipo de Operação	fixação de fratura de platô tibial				
Diagnóstico Pós-Operatório	limpando				
Relatório Imediato da Patologia					
Exame Radiológico no Ato	Sim - Intermifcador de imagens				
Acidente Durante a Operação	Não				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em decúbito dorsal, sob efeito da anestesia
2) Limpeza do garoto em MID
3) Limpeza e antissepsia
4) Exposição de condro, estéril
5) Incisão em fase medial da parte proximal de perna
6) Dissociação por planos e redução cruenta da fratura e confirmação da redução anatômica do platô tibial com auxílio de intermifcador de imagens
7) Fixação da fratura com placa e parafusos
8) Incisão de fase lateral na parte proximal de perna e dissociação por planos + redução cruenta da fratura do platô lateral + verificação da redução anatômica do platô tibial com auxílio de intermifcador de imagens + fixação da placa e parafusos
9) Sutura por planos (+ curativo)

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE

Maria Claudine Santana Souza DN 17-07-1975

QI Sda 03 LEITO Su CONVÊNIO 38.800 REGISTRO H03868

CIRURGIA TTE curvas de fratura CIRURGIÃO Dr. André + Dr. J. J. + Dr. J. J.

ANESTESIA Anestesia ANESTESIA Dr. Claudine

INSTRUMENTADORA Flávia DATA 07-05-14 INÍCIO 15:00 FIM

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Catet. p/ Órg.		Catgut Cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. de Urinar Sist. Fech.		Catgut Cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut Cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenagam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inoval ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	01	Equipo de Macrogolas		Ethibond	
01	Morfin - 10mg	01	Equipo de Microgotas		Ethibond	
01	Nubain amp.	01	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Profligmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelcid ml	05	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila Cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	03	Mononylon 270	
	Thionombutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracnum amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina do Bisturi nº 23			
01	Água Destilada amp.	02	Lâmina do Bisturi nº 11			
	Decadron amp.		Lâmina do Bisturi nº 15			
	Dipirona amp.	02	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	06	Luvas 8.5	02	Vicryl Sertix 1	
	Garamicina amp.	02	Oxigênio l/m			
	Glicose amp.	05	Polifix			
	Glucon de Cálcio amp.		PVPI Degamante ml			
	Haemacel ml.	05	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Heparema ml.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Kanakion amp.	05	Saco Coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Lasix amp.		Seringa Desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Metrodinazol.	02	Seringa Desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Plasil amp		Seringa Desc. 5 ml		SG fr 500 ml	
	Protantina	02	Sonda	Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE	
	Revvan amp.		Sonda Foley		TM crânio	
	Suptanon amp.		Sonda Nasogátrica			
	Cefalotina 1g		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Tornetrinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
01	Aguilha desc. 25 x 7 1/2 x 12		Gelcon 18		EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 28 x 28		Látex		(X) Oxímetro de Pulso	(X) Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 3 x 4,5				() Serra	() Electrocautério
01	Aguilha p/ Raque nº 25				() Desfibrilador	() Oxícapiógrafo
05	Álcool da Enfermagem 70%				() Foco Frontal	(X) Cardiomonitor
	Álcool Iodado ml				() Fonte de Luz	(X) Perfurador Elétrico
03	Ataduras de Crepon 15					
	Ataduras de Gaseada					
	Azul Metileno amp.					
	Benzina ml					

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

Placa de titânio - 15 cm		01	
Placa L. Titânio 2 5 cm		01	
Parafusos Cortical 4,5 x 32		02	
" " 4,5 x 34		01	
" " 4,5 x 36		01	
" " 4,5 x 38		01	
" " 4,5 x 40		01	
Parafusos Esponja Rosca curta 6,5 x 60		01	
" " 6,5 x 65		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

Parafusos Cortical 4,5 - Lado: 363 - DV: 21/05/2014
Parafusos Cortical 4,5 - Lado: 363 - DV: 21/05/2014

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

(TM 5793)

Diagnóstico

Fw foto tibia

Schotzen

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Maria Cleidio	Alojamento)	Leito)	5-2	Convênio)
-----------	---------------	-------------	--------	-----	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
24/04/14	1) Dieta zero		Pouco melhor de poder de
	2) SF 99/1500 L e	500	de audição de pouco mais
	3) Dexamet 1g e 4Gh	24 06	pressão no joelho direito
	4) Tetrat 10g e 12h	24	Neuropatia OK
	5) No bloco cirurgico		no bloco cirurgico para
	6) Dexamet 1g 8/8h	24 06	fixador transilacion
	7) Clotazina 1g 8/8h	24 06	solução para o
	Dr. John Lima MÉDICO CRM-PB/8533		liberação pela cirurgia
			guel
			Dr. John Lima MÉDICO CRM-PB/8533
			24/04/14 19:30
			fixador externa
			WW II 2) profetia
			for w. tr. de grande
			edema e dor local
			na tipografia de SD
			complicação

Folha de Tratamento e Evolução

OK ✓

Fosfura platibular

Paciente) Maniz Claudio - 38

Alojamento)	Λ
--------------	---

Leito)	2
---------	---

Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
25/11/16	1) Dieta livre 2) SF 0,9% 1500ml EV em 24h 3) Naprox 1g EV 6/6h 4) Tilatil 20mg EV 12/12h 5) Dexam 1mg EV 8/8h 6) Cefazolin 1g EV 8/8h 7) SSVV + CCL6/6	500 12 12 14 14 14 14	18 18 18 18 18 18	500 24 24 22 22 22	500 06 06 06 06 06	H Paciente evolui estável no 1º DPD (fixação externa de gesso) BFG, curativos, afebril 20 hje H CD: VPM Ajuste da programação cardíaca

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) Karina Claudio - 38 años.

Alojamento)

Leito)

Convênio)

[illegible]



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

RECEBEMOS 11088 08/07 09:07 7.36595 1/1

Diagnóstico

Fratura de Platibial (D)

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Maria Cláudia, 38 anos	Alojamento)	7	Leito)	2	Convênio)	
-----------	------------------------	-------------	---	--------	---	-----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/05/14	1) Dieta livre, VO.	04	#Carteira#
	2) SF 0,9% - 500ml, EV, 8/8h	14	Pré-eclâmpsia estuda, opressão-se
	3) Dipirona 0,2ml + AD, EV, 6/6h	14	de dor nos membros e cabeça que
	4) Clonazepam 0,1g, EV, 8/8h	14	dificultou a sono
	5) Jilatil 20mg + AD, EV, 12/12h SIN	14	EXAME:
	6) Omeprazol 40mg, EV, 1x/dia	14	- Pulso distal (+)
	7) Desadren 0,1amp, EV, 8/8h	14	- Pressão arterial (+)
	8) SSUV + CCUG	04	
	9) Curativo diário	04	Cl: 9) VPM

736596 1/2
OK! Ex p. 1/2

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	ADRIANA C. ALMEIDA 38a	Alojamento)	Leito) 1-2	Convênio)
------------	------------------------	--------------	-------------	------------

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
02/05/14	Diet a Diminua Aça, su, laranja sto, ex. sand, su, 812 leito/aa lq, su, 812 su + cca	12 500 14	18 500 22	24 500 06	problema subido estômago para exames apresenta exames cul: prognóstico favorável	

Ex de Plato Liberal 5

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	Maria Claudia	Alojamento)	1	Leito)	2	Convênio)	
------------	---------------	--------------	---	---------	---	------------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
23/05/14	(1) Dextro Lente, 1/0. (2) Dextro Lente, 2ml + 8ml EV, 6/6h (3) SF0.9%, 500ml EV, 8/8h (4) Clonazepam, 0.2g, EV, 8/8h (5) SSVV + 6666	13:00 14:00 14:00 14:00	Paciente evoluiu satisfatoriamente. Sem queixas clínicas. Sem alterações cardiorrespiratórias.

Ex plate tibial (1)

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) <i>Maria Paula</i>	Alojamento) <i>1</i>	Leito) <i>2</i>	Convênio)
-------------------------------	-----------------------	------------------	------------

Data	Prescrição Médica	Horário				Evolução Médica
04/05	1) Dextro Luce, VO 2) Dipirona 0,2ml + AD, EV 6/6h 3) SFO 9% 500ml, EV 8/8h 4) Cefazolin 0,1g, EV 8/8h 5) SSUV + CC GG	17h	18h	19h	20h	# Ortopedia # Paciente evolui normal, sem alterações. Cl: IVPM fome e dor 9/10. em topódica.
	Dr. Felipe de Faria Médico - RCO 215.9 CRM-MG - 12115 CRM - PB 7941					Dr. Felipe de Faria Médico - RCO 215.9 CRM-MG - 12115 CRM - PB 7941

[illegible]

Folha de Tratamento e Evolução

fr. plató + traq (D)

Paciente) M^a Claudio Santana de Souza Alojamento) 3 Leito) 3 Convênio)

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/05	1) Dieta livre, VO, após refeição		# (1) 10/05/2014
	2) SFO, 97. 1500ml, IV, 6/24h	19h 25h 30h	Paciente submetida a fixa- ção de fratura de plató + traq (D) em intubação.
	3) Cefazolina 1g, IV, 8/8h	25h 06h	Exame de perfusão sem alte- rações.
	4) Clonitazina 2mg + AD IV, 6/6h	18h 24h 06h	
	5) Tilatil 20mg + AD, IV, 8/2/12h	25h	
	6) Tramal 50mg + SFO, 97. 100ml, IV, 6/6h, 1x dor extrema		
	7) Clonitazina 2mg + AD IV, 6/6h - manter	25h	Ref. 1) suposto hematomas de perna (D)
	8) Naloxona 4mg + AD IV, 8/8h - 1x transtorno de vômito		2) VPM
	9) Elexane 40mg, SC, 1x dia	24h	
	10) Manter MD 24h		
	11) Curativo úlcera		
	12) Exatona 100mg		
	13) SSVV + CC 6/6		

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente)	<i>Mora Mendonça</i>	Alojamento)	<i>8</i>	Leito) -	<i>2</i>	Convênio)
------------	----------------------	--------------	----------	-----------	----------	------------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07/03/11	1) Dieta zero 2) SPO ₂ 97% - 1500 ml V O ₂ /min 3) Repouso em L + AD 60°/L 4) Ceftriaxona 1g IV q 8h 5) 1-1-1 6) 35VV + CC 04	18h 35V 18h 24 CC 14 22 CC	Paciente evoluindo bem quanto a apneia e engasgo. Dr. Regerio C. H. Rogério Almeida CRM-MG 9116

Ex. pictu' hinc & D

 $\frac{1}{2}$

OK

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) <i>Maria Oliveira</i>	Alojamento) <i>8</i>	Leito) <i>3</i>	Convênio)
---------------------------------	----------------------	-----------------	-----------

Data	Prescrição Médica	Horário						Evolução Médica
06/08/14	1) Dieta Líquida 2) Soro + AD EV C/EA 3) Analgésico Soma EV 8h 4) Glicose 50% EV 8h 5) Soro + SIV	17	18	19	20	21	22	Acumulado 1º turno completo ✓ A VACINADO G. STILLA PRATICA ORTOPEDIA
07/08/14	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta zero a partir das 23h. - Solicito reservas - Osibás como hemácias, IV normal - Solicito exames Pz e fex 							

HETGDLGE
CNPJ: 08.778.263/0038-56

N Boleto: 01454794

309 ml CHX PF) PLI) ABD/RM B+

Hora de Início: 22:00 Temp:

Hora Término: PA Temp:

Data: 06/08 Responsável:

N Boleto: 01454794

CHX PF) PLI) ABD/RM B+

Hora de Início: 22:00 Temp:

Hora Término: PA Temp:

Data: 06/08 Responsável:



Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

SEKILAS LAINNYA DARI LAMARAN LAINNYA 25-08-2014 09:07 736693 1/1

Diagnóstico

For previous material (D)

Folha de Tratamento e Evolução

Paciente) menor Cidadao	Alojamento) (Leito) 2	Convênio)
--------------------------	----------------	-----------	------------

[illegible]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Claudie Santana de Souza

RG nº 3205367, data de expedição 16/03/04, Órgão SSP PB

CPF nº 810.573.264-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Projetada, S/nº</u>
Número	<u>S/nº</u>
Apto / Complemento	<u>Conjunto</u>
Bairro	<u>Conjunto CEHAP</u>
Cidade	<u>Piacho de Santa Antônio</u>
Estado	<u>Serambiá</u>
CEP	<u>58.465-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8842-3309 / 9996-1545</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Piacho de Santa Antônio/PB, 11/08/14

Assinatura do Declarante: Maria Claudie Santana de Souza

JOSE COSME DA SILVA
 RUA PROJETADA S/N COM HATO CEP 00561-70 - JARDIM JESUS
 RACHO DE SANTO ANTONIO (PB) CEP 50455000 (AC 1061)

Consumo Anual Residencial / BARRAGEM MONUMASICA
 Retido 7-217-700-5446 MONTADA 1007514
 N°medidor 3260495715 Emissão 15/07/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 0230 Km2 Cnho Redentor José Pires nº8 - CEP 50711-000
 CNPJ 08.056.10-0001-40 INSC EST 16615823-0
 N°de Faturamento de Energia Elétrica 170005568801
 Código para Dúvidas e Autenticação 90019999721

7276 6123 69ac 288 86de 2c56 c708 8e10

5/1593972-1

Jul / 2014

15/07/2014

13/08/2014

4120554050

SATILHAS VENCIDAS ATÉ
 03/08/2014 PAGAR
 OBRIGATORIO

Data	Letura	Data	Letura			
10/05/14	1824	15/07/14	1818	1	102	33
Descrição						
Descrição				Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh				30	0,10454	3,13
Consumo em kWh				70	0,17921	12,54
Consumo em kWh				92	0,26952	24,73
IMPOSTOS E ENCARGOS						
PIS						0,30
COFINS						1,41
CONTRIBUIÇÃO LUMP SUMA						0,60
JUNTOS DE MURAS 9930-4						0,34
MULTA 05/2014						1,20
RENTAL Base de Locação R\$ 411 (A 4,20% 27,00%)						22,25

Jul/14	189
Mar/14	169
Abr/14	151
Mai/14	176
Jun/14	172
Jul/14	171
Out/13	88
Nov/13	66
Dez/13	64
Set/13	44
Ago/13	47
Jul/13	67

MEDIDA DE CONSUMO EM kWh
 111 kWh

22/07/2014

R\$ 74,79

1-2014 Faturado

EXERCÍCIO	0-13
12-13	12-13
11-12	25-08
10-11	2-53
09-10	6-47
08-09	1-65
07-08	9-17
06-07	12-22

1-13	1-13	1-13	1-13
1-13	1-13	1-13	1-13
1-13	1-13	1-13	1-13
1-13	1-13	1-13	1-13

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia	18,75	25,05
Consumo de Energia	17,00	22,73
Consumo de Transmissão	2,21	2,94
Energia Gerada	2,21	2,94
Imposto de Transmissão	31,33	41,89
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	74,79	100,00

Valor Total do Faturado em Faturado de Distribuição
 (R\$ 74,79) R\$ 74,79

Assinatura do Responsável pelo Faturado e o Valor do Faturado
 (R\$ 74,79)

PARANÁ

Assinatura do Responsável pelo Faturado e o Valor do Faturado
 (R\$ 74,79)

22/07/2014

R\$ 74,79



SEMPRE EM LÍNEA PARA SEU PROTECTOR 25-000-2014 00108 736405 1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Claudie Santoma de Souza, portador da carteira de identidade nº 3205367 e inscrito no CPF/MF sob o nº 810.573.264-53, residente e domiciliado na rua Profeta Elias, s/nº, Conjunto CEHAP, Cidade Piedade de Santo Antônio, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

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

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

Maria Claudie Santoma de Souza.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Piedade de Santo Antônio / PB, 11/08/14

Local e data



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RIACHO DE STº ANTONI
Rua Cel. Demostenes Barbosa S/N - Centro - Riacho de Santo Antônio PB - 58460000 - 83-36411085



OCORRÊNCIA Nº 000022/14

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000022/14 registrada em 10/07/2014, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de julho do ano de 2014, nesta cidade de Riacho de Santo Antônio PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RIACHO DE STº ANTONI, quando encontrava-se presente a Bela. IVANIZE BEZERRA FONSECA PONTES, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:28 horas, compareceu a Sra. MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA, com 38 anos de idade, filha de JOSÉ CLEMENTINO DE SOUZA e MARTA SUELY SANTANA DE SOUZA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CATENDE - PE, União Estável, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade Nº 3205367, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 81057326453, residindo à rua PROJETADA S/N, bairro CONJUNTO DA CEHAP, na cidade de Riacho de Santo Antônio PB - PB, celular (83)8762-9035.

Declarou que:

Que no dia 24 de Abril do corrente ano, por volta das 15:30hs, estava se deslocando da Cidade de Barra de São Miguel/PB para a Cidade de Riacho de Santo Antônio/PB, em uma MOTOCICLETA MARCA HONDA 125, PLACA KKD 5509 CHASSI 9C2JC30705R085840, DE COR AZUL, ANO 2005/2005, quando perdeu o controle da referida MOTO em uma curva e caiu. Que foi socorrida pelo SAMU da Cidade de Riacho de Santo Antônio/PB, para o Hospital do TRAUMA da Cidade de Campina grande/PB, onde foi cirurgiada na TÍBIA e a reconstituição do JOELHO DIREITO, ficando internada no referido Hospital por 15 dias. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ. (PE)

Riacho de Santo Antônio PB, Quinta-feira, 10 de Julho de 2014

Maria Claudia Santana de Souza
MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA

Declarante

Luciano Pinto Pedrosa
LUCIANO PINTO PEDROSA
Escrivão

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RIACHO DE SANTO ANTÔNIO
25-07-2014 09:06 736576 1/1



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Maria Claudia Santanna de Souza
 PORTADOR(A) DO RG Nº 320 5367 EXPEDIDO POR SSP PR EM 16/03/09
 CPF 810573269-53 /CNPI 000000000-0000-00, PROFISSÃO seguradora
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria Claudia S. de Souza. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

! Para evitar a reprogramação

1) Os seguintes documentos **não**

- Conta salário e/ou beneficiário
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o b
- Conta tipo FÁCIL: atenção
- Conta tipo FÁCIL operação
- Conta-POUPANÇA operação R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa o bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima
 RECEITA FEDERAL - www.ref.gov.br

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no banco.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
 CAIXA AQUI
 COMPROVANTE DE DEPOSITO
 11/08/2014 HORA: 10:08:39
 DATA EFETIVAÇÃO: 11/08
 CONVENIO: 000590290
 OPERADOR: rebecca
 AGÊNCIA: 2221
 CONTA: 013.00025228-9
 NOME: MARIA CLAUDIA SANTANA DE SOUZA
 VALOR: 5,00
 COD. OPERAÇÃO: 112177609
 DISQUE CAIXA - 0800 726 726
 0101 OUVIDO
 RIA - 0800 725 7474
 DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
 OUVIDORIA - 0800 725 7474

até
 dos dados
 ao site

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 2221 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 025228-9

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

LOCAL Paraisópolis de Santo Antônio DATA 11/08/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Maria Claudia Santanna de Souza

! ATENÇÃO

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



PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Invalidität PERMANENTE

CONTACTO: (83) 5842-3309

(83) 9996-1545

DESTINATÁRIO

FONE

SEGURODORA LIDER

ENDEREÇO

RUA SENADOR DANTAS, 76, 3º ANDAR, CENTRO

CIDADE

RIO DE JANEIRO

UF

RJ

CEP

20031-205

REMETENTE

MARCIA PLANSIA SANTANA

FONE

(83) 8842-5309

ENDEREÇO

RUA FRONTAL, S/Nº, JARDIM CEHAP

CEP

58465-000

CIDADE

Rio de
Santo Antônio

UF

PB

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

- ☐ Mudou-se
☐ Recusado
☐ Desconhecido
☐ Não procurado
☐ Endereço insuficiente
☐ Não existe o número indicado
☐ Outros (especificar)

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª. _/_/_ às _ h.

2ª. _/_/_ às _ h.

3ª. _/_/_ às _ h.

CARIMBO

UNIDADE ENTREGA

Rubrica do responsável

Visto



Material reciclável *RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE*



AUTORIZA AO PARA TRAN ENGIAD E VEICULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SITIO DE TRAN
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEICULO

VALOR-R\$

NOME DO COMPRADOR

Rg 37-386-132-1-5900 CPF/CGC

ENDEREÇO

LOCAL E DATA

ATENÇÃO

- 1) O VENDEDOR SE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA CIVIL E CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO COMPRADOR A IMEDIATA REGISTRO DO VEICULO PARA O SEU NOME.
- 2) A TRANSFERENCIA DE REGISTRO PODERA SER COMUNICADA PELO COPIA DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APOS DEVIDAMENTE PREEN

DE ACORDO

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETARIO/VENT
CONFORME ART. 389 C.P.C.

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFICIO DO REG. DE IMOVEIS TIT. E DOC. E
Aurora de Moura Jesus TITULAR - Maria do Rosario da Silva Araújo SUBSTITUTA
RUA DO COMERCIO, 343 - CENTRO - CEP: 55.125-000 - TORITAMA/PE - FONE: (81) 3741-2108 - FAX: (81) 3741-2311

Reconheço por autenticidade a firma de: JOSE CICERO RODRIGUES

ALENCAR; dou fé.

TORITAMA/PE, 05 DE OUTUBRO DE 2006. Em testemunho da verdade.

Op.: *Maria do Rosario da Silva Araújo*
MARIA DO ROSARIO DA SILVA ARAUJO

Emol. R\$ 2,21 - TSE R\$ 0,44 - Total R\$ 2,65 - EMENDAS OU SUBSTITUTA