
Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

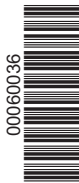
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

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, contatos 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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 000009494-8

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, retorne 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

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

045.620.744-93

Nome completo da vítima:

Maria Emanuella da Silva Torgino

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

Nome completo:

Maria Emanuella da Silva Torgino

CPF: 045.620.744-93

Profissão:

tecnica de enfermagem

Endereço:

R. Antônio Augusto Meindos

Número: 419

Complemento:

Bairro:

Antônio

Cidade:

Opce

Estado:

PB

CEP:

58340-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104) Op-013

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922

CONTA:

9494

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ 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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data:

João Pessoa - PB 03/07/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Emanuella da Silva Torgino

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

25 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Ocorrência nº 736/2019

Aos VINTE E SEIS (26) dias do mês de ABRIL (04) do ano de Dois Mil e DEZENOVE (2019), nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** comigo Escrivão, do seu cargo às 10h12min, compareceu, **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**, RG: 2.840.321-SSP/PB, brasileira, solteira, nascida aos 11/08/1982, natural de João Pessoa/PB, Técnica de Enfermagem, filha de José Sebastião Targino e de Maria Gilzemar da Silva, residente na Rua Antonio Augusto Meireles, nº 418, Bairro Centro - Sapé/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE no dia 21/01/19 por volta das 17h00min, na cidade de Sapé, no loteamento Jardim das Águas, a declarante vinha em UM VEÍCULO DE TIPO CAMINHÃO ABERTO de PLACAS MNN0047/PB, ANO 1987 DE COR CINZA, CHASSÍ 9BFKXXL52HDB53187 EM NOME DE PRISCILA PRAZERES DE LIMA, quando o mesmo faltou freio e capotou no local; QUE, a declarante foi socorrida para o Hospital de Trauma e lá foi submetida à uma cirurgia na perna direita, ficando internada durante 10 (DEZ) dias naquela unidade hospitalar; Que o referido veículo havia sido comprado recentemente pelo cônjuge da declarante, porém não havia passado pelo seu nome. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme.

Sapé, 26 de Abril de 2019.

NOTICIANTE: Maria Emanuella da Silva Targino





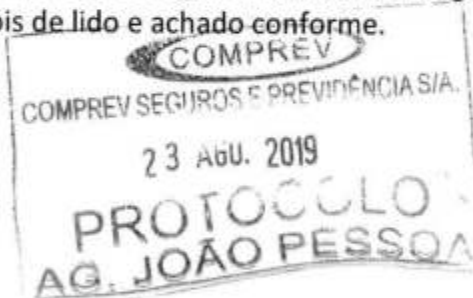
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Ocorrência nº 736/2019

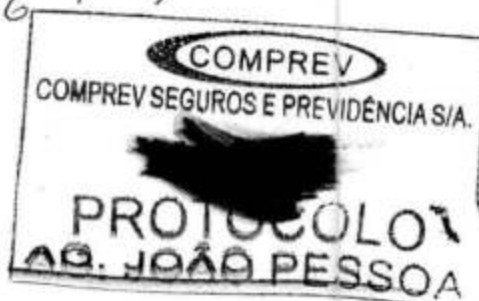
Aos VINTE E SEIS (26) dias do mês de ABRIL (04) do ano de Dois Mil e DEZENOVE (2019), nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** comigo Escrivão, do seu cargo às 10h12min, compareceu, **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**, RG: 2.840.321-SSP/PB, brasileira, solteira, nascida aos 11/08/1982, natural de João Pessoa/PB, Técnica de Enfermagem, filha de José Sebastião Targino e de Maria Gilzemar da Silva, residente na Rua Antonio Augusto Meireles, nº 418, Bairro Centro - Sapé/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE no dia 21/01/19 por volta das 17h00min, na cidade de Sapé, no loteamento Jardim das Águas, a declarante vinha em UM VEÍCULO DE TIPO CAMINHÃO ABERTO de PLACAS MNN0047/PB, ANO 1987 DE COR CINZA, CHASSÍ 9BFKXXL52HDB53187 EM NOME DE PRISCILA PRAZERES DE LIMA, quando o mesmo faltou freio e capotou no local; QUE, a declarante foi socorrida para o Hospital de Trauma e lá foi submetida à uma cirurgia na perna direita, ficando internada durante 10 (DEZ) dias naquela unidade hospitalar; Que o referido veículo havia sido comprado recentemente pelo cônjuge da declarante, porém não havia passado pelo seu nome. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme.



Sapé, 26 de Abril de 2019.

NOTICIANTE: Maria Emanuella da Silva Targino

Escrivão de Polícia Civil *Dr. Frederico Claudio de Melo Magalhães* *635-6*



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

045.620.744-93

Nome completo da vítima:

Maria Emanuella da Silva Torgino

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

Nome completo:

Maria Emanuella da Silva Torgino

CPF: 045.620.744-93

Profissão:

tecnica de enfermagem

Endereço:

R. Antônio Augusto Meireles

Número: 419

Complemento:

Bairro:

Antônio

Cidade:

Opce

Estado:

PB

CEP:

58340-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104) Op-013

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922

CONTA:

9494

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de 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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ 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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data:

João Pessoa - PB 03/07/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Emanuella da Silva Torgino

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

25 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 21/01/19 ID da Ocorrência: 23245299 ☐ USB ☒ USA Nº / Equipe: 47 Plantão: ☒ Dia ☐ Noite Hora de Saída da Base: 17:15 Hs Hora de Chegada no Local: 17:25 Hs

Paciente / Usuário: Maria Emanuela da S. Fergino Idade: 35 Anos Sexo: ☒ Masc ☐ Fem Telefone: 993994802

Local da Ocorrência: ☒ Sapé ☐ Mari ☐ Sobrado ☐ Riachão ☐ Outros Logradouro: Jardim das Águas Bairro: _____ Médico Regulador: Dr. João

Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três Apoio Local: ☒ USB ☒ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outros QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outros

Documento de identificação do paciente:

RG: _____; CPF: _____; CNS: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☒ TRAUMA Motivo: acoplamento camunhão

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura dos olhos	Resposta verbal	Resposta motora	Nota
<input type="checkbox"/> Não abre	<input type="checkbox"/> Não responde	<input type="checkbox"/> Não responde	3
<input type="checkbox"/> Abre parcialmente	<input type="checkbox"/> Responde com palavras incoerentes	<input type="checkbox"/> Responde com movimentos anormais	4
<input type="checkbox"/> Abre totalmente	<input type="checkbox"/> Responde com frases simples	<input type="checkbox"/> Responde com movimentos ordenados	5
<input type="checkbox"/> Abre totalmente	<input type="checkbox"/> Responde com frases simples	<input type="checkbox"/> Responde com movimentos ordenados	6

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Gineco - obstétrico	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença renal
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença infecciosa - contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: H. Trauma Responsável: Lenista Bragança da Araújo FORM 3181

MOTIVO DO TRANSPORTE

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

Exame clínico (principais sintomas/ sinais)

pac. apresentando provável fratura de fêmur + frax. escoriações

☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☒ dor local ☐ febre ☐ Inconsciente/ desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros: perna D

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica: 120 PA diastólica: 80 Pulso: 100 FC: 100 FR: 18 TEMP: _____ °C Glicemia: 167 SPO: 99 Glasgow: 15

2. VIA AÉREA

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs _____

VENTILAÇÃO

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

ACHADOS

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectorção ☐ Hemoptise ☐ Hemi-tórax

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Queimadura

EDEMA



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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000009494-8

Nr. da Autenticação F7CC3A3E72C0175C

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Rúbrica para sempre pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica: Nº 027.345.418



100% INOVAÇÃO, REALIZAÇÃO

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.819.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO
RUA ANTONIO AUGUSTO MEIRELES 418
SAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/64464-1

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

04/07/2019

CONSUMO

143

VENCIMENTO

11/07/2019

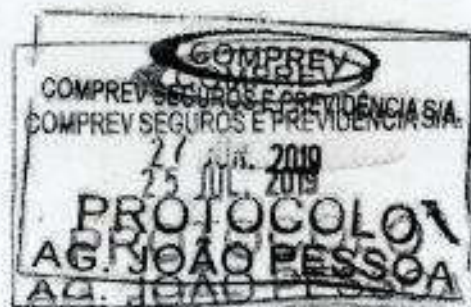
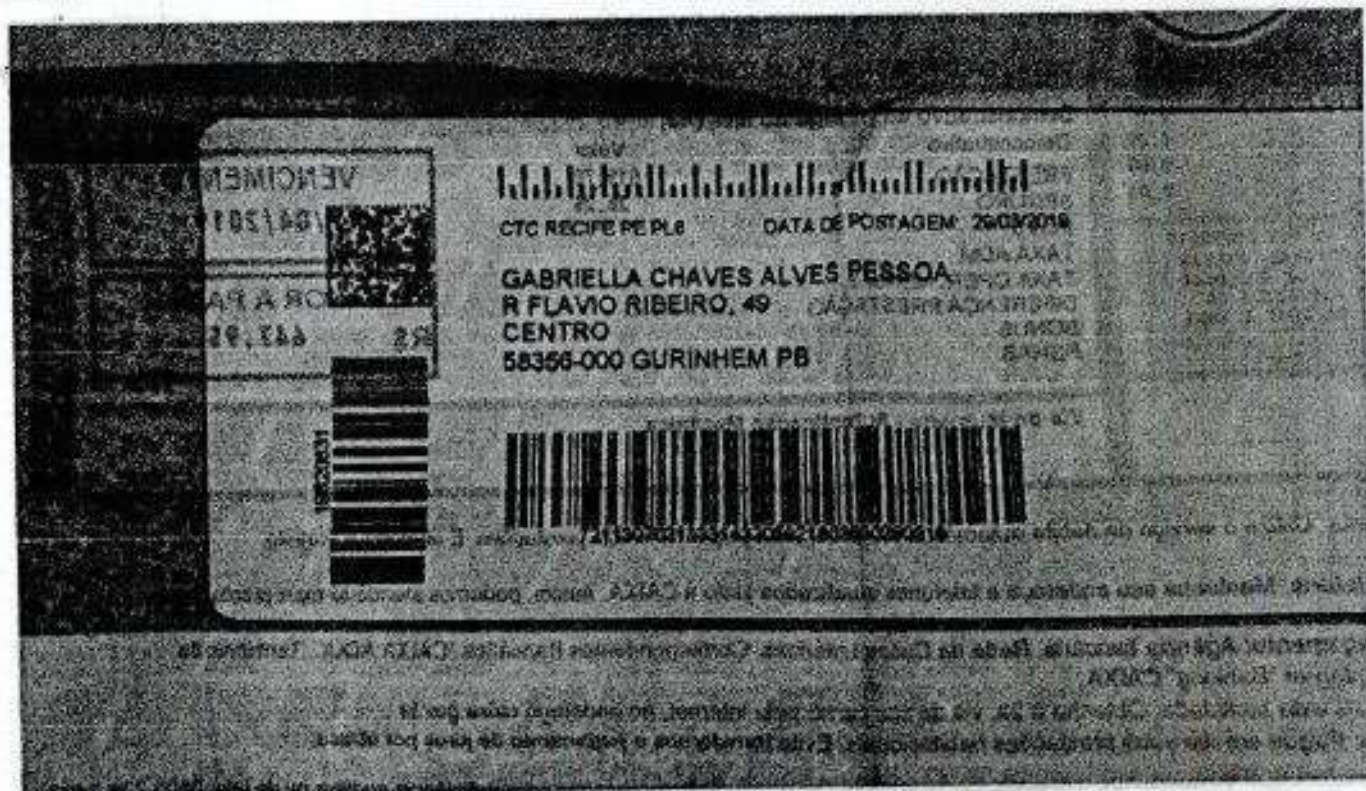
TOTAL A PAGAR

R\$ 136,92

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 03359.958174 2 79470000013692				
Pagador: MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO CNPJ/CPF: 840.999.334-15				
RUA ANTONIO AUGUSTO MEIRELES 418 - CENTRO - SAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003359958	000064464201907	11/07/2019	R\$ 136,92	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/99.

Pelo exposto, eu Epibullia Chaves Alus Pessoa Novarro
inscrito (a) no CPF/CNPJ 090456694, 39 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria Emanuelle da Silva Torgre inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.620.744, 93
do sinistro de DPVAT cobertura Invólidez da Vítima Maria Emanuelle da Silva Torgre
inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.620.744, 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

Endereço: <u>R. Florio Ribiero</u>	Número: <u>49</u>	Complemento: <u>— 1 —</u>
Bairro: <u>Centru</u>	Cidade: <u>Guimhem</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58356-000</u>	Tel (DDD): <u>— 4 —</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

Epibullia Chaves Alus Pessoa Novarro
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO
DATA DE NASCIMENTO 11/08/82
NOME DA MÃE MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113579
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1137496
DATA DO ATENDIMENTO 21/01/19
HORA DO ATENDIMENTO 18:35
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE OUTOMOVEL
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DIÁFISARIA DE FÊMUR DIREITO
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM COXA DIREITA, DEVIDO A
CAPOTAMENTO DE CARRO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, INTERNADO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA DIREITA, PERNA DIR.
EXAMES HE MATOLOGICOS
ECG com risco cirúrgico.
USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA DIR. - FRATURA DE DIÁFISE DO FEMUR DIR.

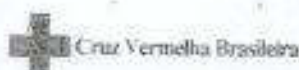
TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 30/01/19
DATA DA EMISSÃO: 09/04/19



Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM: 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1137496



Identificação do paciente			
ID 1358432	Nome MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO		Sexo Feminino
Data de nascimento 11/08/1982	Idade 36 anos 5 meses 10 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO	Pai JOSE SEBASTIAO TARGINO		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DA CONCEICAO TARGINO DE FREITAS - IRMAO(A)		
DDD Móvel 53	Fone Móvel 993994802	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	NF Cns	
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	
Endereço			
CEP 50340900	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro ANTONIO AUGUSTO MEIRELES
Número 418	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 21/01/2019 18:35:28	Número da pulseira 100007123756	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEIL	Detalhe do acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dado clínico: Pete forma H.D. acidente de automovel segue em exames segue em unidade			
Diagnóstico			CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			

Imprimir



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Maria Emanuella da Silva Torgino
BE: 1137496

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

COMPREV
25 JUL 2019
AG. PROTOCOLOS
COMPREV
COMPREV SECURE E PREVIDENCIA SIA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** e os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 22.01.2019

RG: 2260335

Paciente - RG

Marina da Conceição Fagundes de Freitas

Representante Legal - RG





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO	BAE 1137496	Data/Hora Entrada 21/01/2019 18:35:28	Data Baixa
Data de nascimento 11/08/1982	Idade 36a 5m 11d	Sexo Feminino	CNS 898004086517258
Mãe MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO			Telefone de Contato (83) 993994802
Endereço ANTONIO AUGUSTO MEIRELES, 418	Bairro CENTRO	Município SAPE	Prontuário
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEI	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	UF PB
Data/Hora Classificação 21/01/2019 18:35:28		Data/Hora Prescrição 22/01/2019 00:46:40	Nº Cons. Regional 9603/

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM QUEIXA DE DOR INTENSA NA COXA ESQUERDA.

RX MOSTRA FRATURA TRANSVERSA NA DIAFISE DO FEMUR DIREITO.

CD.: AO CC PARA TRAÇÃO E INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA;

STAFF.: DR ANDRIER.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

Bolém registrado por: JORDAN APOLINÁRIO FIGUEIREDO em 21/01/2019 18:38:29



AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, DURANTE 5 MIN(S)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TRAÇÃO COM 8KG)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

REIA

GLICOSE

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

Conduta

Internar Paciente

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9803/)

Dr Francinelio Freitas
Medico
CRM: 9803/9003
333404579057800





SUS

Sistema Ministério
Único de da
Saúde SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.T.O.P

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE ÚTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE ÚTI TIPO I☐ DIÁRIA DE ÚTI TIPO II☐ DIÁRIA DE ÚTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EX. 4,5
 PLACA LARGA 10F DCP
 Parafuso No 32 — 05
 Cortical No 36 — 01
 No 38 — 02

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 25 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

B. BRAUN - Agulha B. P. 50 mm

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA

Dr. Edilson B. B. B.

44 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/05/19

45 - ASSINATURA

Dr. Edilson B. B. B.

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28/05/19

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Maria Emmanuela do S. Targem BE/Prontuário: _____
 Idade: 36 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 29/01/19
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura Diáfisea do fêmur Direito
 Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Stefano
 2º Assistente: Dr. Felipe R. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fr. Diáfisea de fêmur Direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>T.O. Cirúrgico</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (x) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(x) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

[illegible]



FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Maria Emomella da S. Targino DATA: 28/01/19 PRONTUÁRIO: 1137496
 SEXO: F COR: P IDADE: 78
 PRESSÃO ARTERIAL: 110/70 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: 12 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 60 GRUPO SANGÜÍNEO: B
 ESTADO GERAL: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES: Exames
 AP. RESPIRATORIO: Estável AP. CIRCULATÓRIO: Estável
 AP. DIGESTIVO: Boa ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO: Não
 PRE-ANESTÉSICO: Não ANESTESISTA: Dr. Lami CPF: 000.000.000-00 CRM-PB: 11374
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Diáfise de Fêmur Direita ESTADO FÍSICO GERAL: B
 CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirúrgico de fratura de Fêmur Direita
 CIRURGIÃO: Dr. Lami ALIADOS: Dr. Nathan (MEI)
 INÍCIO DA ANESTESIA: 10:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 86.22 QUANT. DE CH.: 100 VALORES RS: 100
 ANESTESISTA: Dr. Lami CPF: 000.000.000-00 CRM-PB: 11374

Assinatura do Anestesiologista
 CRM-PB 11374
 Assinatura do Cirurgião
 CRM-PB 11374



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS: Sedação
 1. ASA + mantenha-se
 MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
 1. Propofol 100 mg 11. Adrenalina 10mg
 2. Midazolam 10mg 12. Diprivan 10mg
 3. Propofol 100 mg 13. Neostigmina 1mg
 4. Midazolam 10mg 14. Neostigmina 1mg
 5. Propofol 100 mg 15. Neostigmina 1mg
 6. Midazolam 10mg 16. Neostigmina 1mg
 7. Propofol 100 mg 17. Neostigmina 1mg
 8. Midazolam 10mg 18. Neostigmina 1mg
 9. Propofol 100 mg 19. Neostigmina 1mg
 10. Midazolam 10mg 20. Neostigmina 1mg

2. B. de 2. Espinal na antebra, com ESP+ agulha ASD.
 3. Paciente premedicado, arreflexia e antitussiva com dose de 20mg, pressão arterial, média, 13-14, LPR+, infusão de 7ml.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 25 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AB. JOÃO P.

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decubito em D. O. M. sob anestesia
 Propofol + Anti náusea
 Separação de campos estéril

Incisão:

Longitudinal antero medial da coxa direita

Achados:

Fx de fratura do fêmur Direito

Conduta:

- o Redução anatómica aberta
- o Fixação com placa DCP largo de 10 foles
 com parafuso 08 imed. parafusos
- o Drenagem realizada com SFO.97
- o Fechamento do plano e parte mda e pele
- o Teste de Scapula
- o Gesso estéril
- o Rx de controle
- o Imobilização

Fechamento:



Observação:

Ab. cirúrgico sem intercorrência



Médico/CRM:



28.01.2019

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEET SHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

M^{te} Emannelle da Silva Torgins

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO☐ DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO II

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Anterior: fno de Francisco N: 410(1)

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

COMPREV PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 - DOCUMENTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

1 - CNES / 2 - CPF

25 JUL 2010

38 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

41 - DOCUMENTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

1 - CNES / 2 - CPF

42 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOACOMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO
25 JUL 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Dr. Francisco Freitas
Médico
CRM PB 9603
ONS 703404579057800

NOME: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO BE/PRONTUÁRIO: 1137496
 IDADE: 36 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 22/1/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
 CIRURGIA: TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA
 CIRURGIÃO: DR ANDRIER 1º ASS: MR1 FRANCINELIO
 2º ASS: 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

 RESIDÊNCIA

 TERAPIA INTENSIVA

 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 22/1/2019



Dr. Francisco Fróis
CRM 1137496
22/01/2019



NOME DO PACIENTE: **Marina Emanuelle da Silva Torquino**
 IDADE: **36** ANOS
 SEXO: **F**
 CIDADE: **Três Pontas - Paraná**
 CIDADAÇÃO: **Três Pontas - Paraná**
 ANESTESIA: **Sedação**
 ANESTESISTA: **Dr. Marcos Vinícius**
 INSTRUMENTADOR: **Dr. Marcos Vinícius**
 DATA: **21/01/19** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIU: **230** FIM: **22:58** CIRURGIA INICIU: **22:58**
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): **ASA II (ASA 2) (ASA 2) (ASA 2)**
 GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: **1) LIMPA 2) CONTAMINADA 3) INFECTADA 4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA**
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS:

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLURANO	PVP TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
ROBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ROBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
RODACAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIGLACTAPRONE Nº	
RODACAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X27	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X28	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FITA CARDIACA	
MORFINA	AGULHA 40X17	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
ROBIDUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA		CATETER DE PIC	
PASCLORONO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CRIMENTO CIRÚRGICO	
ROBIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFORADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIQUADURA	
ROBIDOL	AGULHA RAQUÍ Nº25G	SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍ Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROBIDONO	AGULHA RAQUÍ Nº27G	SERINGA 3ML		FIO STEDMAN Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEDMAN Nº	
ROBAMETONO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ROBENTOL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA	CÂSULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		PROTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT PAM	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		EMPRESA	
ROBACOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		COMPREV	
ROBETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		COMPREV	
ROBICINA SÓDICA	CERA PARA GESSO	SONDA FOLEY 3VIAS Nº14		COMPREV	
ROBIDINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. CURTA		COMPREV	
ROBIDEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA NASOG. LONGA		COMPREV	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		COMPREV	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TORNEIRINHA		COMPREV	
ROBIDOCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		COMPREV	
ROBIDACINA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		COMPREV	
ROBIDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		COMPREV	
ROBIDASIL	EQUIPO TRANSP. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)		COMPREV	
ROBIDISTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			COMPREV	
ROBIDAMINA	ESPONJA DE PVP			COMPREV	
ROBIDOXICAN	ESPALADRAPO			COMPREV	
	GAZES			COMPREV	
	GAZES ALGODOADAS			COMPREV	
	GEL ELETROLÍTICO			COMPREV	
	JELCO Nº14			COMPREV	
	JELCO Nº16			COMPREV	

EQUIPAMENTOS
 () ASPIRADOR
 () BISTURI ELÉTRICO
 () CAPNÓGRAFO
 () CARDIOMONITOR
 () DESFIBRILADOR
 () FOCO AUXILIAR
 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCOPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
 () PERFORADOR ELÉTRICO
 () SERRA
 CIRCULANTE

Unidade de Anestesia
 Dr. Marcos Vinícius
 C.R. Nº 257.237

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

11/08/1982

ID: 000000086368

Sex: Female

36 years

Ac. Nb: 300002056498

Acq: 22/01/2019

Acq: 06:28:46.000337

20 cm

D

Frame: [1002] 2 / 2

Zoom: 25.64%

Window/Level: 1.023/511

CR (1760x2140)

Series Nb: 1001

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

25 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931853269

Data Nas: 11/08/1982 - 36 anos

Paciente: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data Exame: 22/01/2019

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA AP

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares tibiotalar e tibiofibular sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Cópia desta foi liberada em 20/02/2019 11:02

R.L.A.
Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB

COMPRESSÃO E IMPRESSÃO
COMPRESSÃO E IMPRESSÃO

25 JUL. 2019

PROTOCOL
Scanned with CamScanner
AG: JOAO PESSOA

MARIA EMANUELLA DA SILVA, TARGINO

11/08/1982

ID: 000000086368

Sex: Female

36 years

HTOP

RX COXA BILATER

Ac. Nb: 300002073136

Acq.: 28/01/2019

Acq.: 13:52:28.000296

10 cm

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 10.54%

Window/Level: 1.024/512

CR (4280x3520)

Series Nb: 1



Scanned with CamScanner



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931868188

Data Naso: 11/08/1982 - 36 anos

Paciente: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data Exame: 28/01/2019

RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA

Osteossíntese femoral diafisária mediodistal com haste e parafusos metálicos para fixação de fratura sem desvios do terço médio do fêmur, associada a aumento das partes moles locais.

* O Rolo-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionado com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi liberado em 28/02/2019 11:00

Dr. Catarina A.R. do Nascimento
CRM 8278 - RB

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner

Laudo Médico/Resumo de Alta

8
FISTULA

Nome: <u>Wesley Gurgueira de Almeida</u>		N.º de RR: <u>10000</u>	
Idade: <u>34</u>	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>30/01/19</u>	Enf. <u>1</u> / Faltas: <u>1</u>
Data de admissão: <u>21/01/19</u>		Tempo de Permanência: <u>30/01/19</u>	
Diagnóstico de Internação: <u>Fístula de ânus</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário: <u>sem</u>			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>14/01/19</u> <u>Dr. Aurélio da Hipocrene</u>			
Biópsia:			
Anatomia Patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condição de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>alt. em bom estado. Chamar atenção no retorno</u>			
Orientações Pós Alta			
Dica:			
Repouso:			
Retorno às atividades com esforço físico em: <u>15</u> dias			
Retorno às atividades com esforço físico leve: <u>15</u> dias e com maior em: <u>30</u> dias			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicação para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em: <u>15 dias</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>Dr. Aurélio</u> em <u>15 dias</u> para revisão. <u>1º e 2º dias</u>			
Ass. Médica: <u>Dr. Aurélio</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

25 JUL 2019

PROTOCOLADO
JÃO PESSOA

Scanned with CamScanner

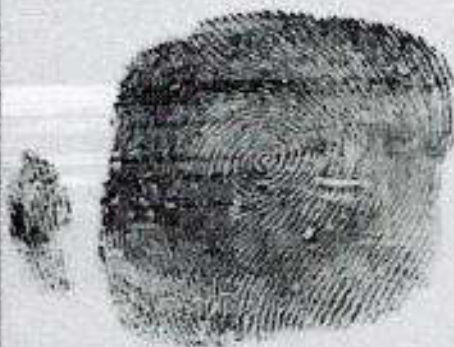
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-123



Apria Emanuella da Silva Targino

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ISSUE DA SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



Scanned with CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.840.321

-2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

10/03/2015

NOME

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

FILIAÇÃO

JOSÉ SEBASTIÃO TARGINO
MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

11/08/1982

DOC ORIGEM

NASC.N.14375 FLS.73 LIV.15A
CARTORIO SAPÉ PB

CPF

045.620.744-93

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 JUL. 2019

PROTOCOLO

AA. JOÃO PESSOA

10803120

USO OBRIGATORIO
IDENTIFICAR EM TODAS AS SITUAÇÕES
DE USO DE FORÇA DE POLÍCIA

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA

18/04/1990

000.456.094-30

01/08/2015

1004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA DELEGADA
IDENTIFICADOR DE IDENTIFICAÇÃO

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA

18/04/1990

000.456.094-30

01/08/2015

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DO ADVOGADO

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA

18/04/1990

000.456.094-30

01/08/2015

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.363.751 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 04/11/2015

NOME **GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO**

FILIAÇÃO **HELANO ALVES PESSOA FILHO
ESTELITA NEGROMONTE CHAVES ALVES PESSOA**

NATURALIDADE **SAPÉ-PB** DATA DE NASCIMENTO 27/04/1990

DOC ORGEM **CERT. CAS. Nº 9109 - LIV. B. AUX. 43 - FL. 5.09 - CARTÓRIO 13º JOÃO
PESSOA-PB**

000.456.094-30

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Número do Sinistro: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA
SILVA TARGINO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

CPF: 090.456.694-39

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03



NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190446867 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
TARGINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1(RELATÓRIO) P.5(BAM) P.11(CIRURGIA) P.16,18(IMAGEM) P.17,19(EXAME) P.20(ALTA)

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190446867 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
TARGINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1(RELATÓRIO) P.5(BAM) P.11(CIRURGIA) P.16,18(IMAGEM) P.17,19(EXAME) P.20(ALTA)

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Emanuella da Silva Torgino
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** solteira
PROFISSÃO: técnica de enfermagem **Nº DO RG:** 2840321
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 10/03/2015
Nº CPF: 045.620.744-93 **ENDEREÇO:** R. Antônio Augusto
Meireles, nº 419, Centro, São-PB, cep nº 58340-000.

OUTORGADO: Iphigênia Chaves Alves Pereira Navarro
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** casada
PROFISSÃO: advogada **Nº DO RG:** 3363751
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 04/11/2015
Nº CPF: 090.456.694-39 **ENDEREÇO:** R. Florio Ribeiro
nº 49, Centro, Quinhém - PB, cep nº 58356-000.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Maria Emanuella da Silva Torgino, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

São-PB 01 de julho de 20 19

Maria Emanuella da Silva Torgino
Assinatura



OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



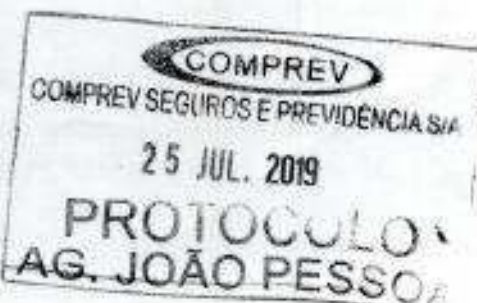
Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Rua Com. Brasil, 100 - Centro - São-PB
Fone: (35) 3203-2200 / (35) 3203-2201
E-mail: feliciano@feliciano.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(es) si der.....
MARTA EMANUELLA DA SILVA TORGINO
Em test. da verdade. São-PB 01/07/2019 16:02:43
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
(2019-004886) JCM/PA nº 91 FAPEN/PA 0.29 FEPJUR nº 1.98
SELO DIGITAL: A2169364-B330
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tinh.ims.br>

CARTÓRIO ÚNICO
Serenina Lúcia M. Feliciano Sc
Tateli S. S. S. S.
de Lourenço José Gusmão
Escrevente

Av. Gen. Ruy de Albuquerque, 1740
Fone: (35) 3203-2200 / (35) 3203-2201
CEP 58340-000 São-PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO : 090.456.694-39

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO : 045.620.744-93

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/07/2019
Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO
CPF: 090.456.694-39

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Número do Sinistro: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

CPF: 090.456.694-39

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA