



Número: **0802793-35.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/10/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO (AUTOR)	ALANA MARTINS MARQUES NAVARRO (ADVOGADO) GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO) CAIO CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46278 269	27/07/2021 10:49	<u>Petição</u>	Petição
46278 270	27/07/2021 10:49	<u>2721772_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
46278 272	27/07/2021 10:49	<u>2721772_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495186300000043967392>
Número do documento: 21072710495186300000043967392

Num. 46278269 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00071/00072 - carta_03 - INVALIDEZ



00060036

Carta nº 14622506



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14622507

Pag. 01511/01512 - carta_01 - INVALIDEZ



00020756



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	045.620.744-93	Maria Emanuella da Silva Targino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Profissão: Bairro: E-mail:		CPF: 045.620.744-93 Número: 419 Complemento: Endereço: R. Antônio Augusto Meirelles Cidade: Sapé Estado: PB CEP: 58340-000 Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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

AGÊNCIA: 0422

CONTA: 9444 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.
25 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, 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.

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10º DELECAIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPE
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, CHASSI 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 Emmanuela da Silva Targino*





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10ª DELECA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA 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 Antônio 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.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

23 AGU. 2019

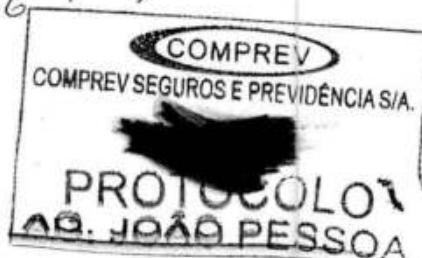
Sapé, 26 de Abril de 2019.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOTICIANTE: Maria Emmanulla da Silva Targino

Escrivão de Relação: José Luiz de Oliveira

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10ª DELECA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ - PARAÍBA





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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	045.620.744-93	Maria Emanuella da Silva Targino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Profissão: Bairro: E-mail:		CPF: 045.620.744-93 Número: 419 Complemento: Endereço: R. Antônio Augusto Meirelles Cidade: Sapé Estado: PB CEP: 58340-000 Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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

AGÊNCIA: 0422

CONTA: 9444 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.

25 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RÔGO, 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.

FPS.001 V001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPE



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPE
SAPÉ - PB

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 21/01/19	ID da Ocorrência: 2324529X	<input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA	Nº Batalha: 47	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 17:15 Hs	Hora de Chegada no Local: 17:25 Hs
Paciente / Visitante: Maria Emanuela da S. Fagano	Local de Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Sapé <input type="checkbox"/> Mari <input type="checkbox"/> Sobrado <input type="checkbox"/> Riachão <input type="checkbox"/> Outro	Idade: 35A	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem	Tel/fone: 993994802		
Endereço: Centro das Aguas	Bairro:	Médico Regulador: Dr. Marcus				
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três	Apoio Local: <input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> SMTRANS <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> Outro					
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadido do Local	Trote: <input type="checkbox"/> Outro					

Documento de identificação do paciente:

RG: _____; CPF: _____; CNS: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO
 TRAUMA
MOTIVO: **Esfolamento caminhão**

TIPO DE AGRADO

<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	

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: **H. Trauma**

MOTIVO DO TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico Serviço de maior complexidade transferência simples Outro

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

Exame clínico (principais sintomas/queixas):

Febre aparentando movimento fraco de fêmur + dor escorregões

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

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica: **120** PA diastólica: **80** Pulso: **100** FC: **100** FR: **18** TEMP: **36.7** °C Glicemir: **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 Rítmo irregular

EXPANSIBILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

ACHADOS

Crepitação Enfisema subcutâneo Expectorado Hemoptise Hirsutismo

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Umida Normal Palidez Quente

EDEMA

COMPREV
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JUL. 2019

PROTÓCOLO
00400 PESSOA

() Ausente () Paipebral () Membros Superiores (X) Membros Inferiores () Analítico
PERFUSÃO

(X) Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino (X) Cheio () Ausente

ECG

() Normal () Alterado () Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

(X) Agitação () Sonoletos () Coma () Convulsão () Otorragia () Rigidez () Midriase

5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

() Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () Outros:

6 - DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA:

7 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

(X) Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Desambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonómica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à atividade () Mucosas orais prejudicadas () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz () Risco de perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interferência social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

medidor AVP checar 55VV, aplicar protetor de trauma ópticoR,
INTERVENÇÕES: checado 55VV, Protetor de trauma ópticoR,
AVP medição

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS:

Vítima não possui história de antecedentes relevantes. A ausência de história de trauma sugere possibilidade de trauma, que pode ser de origem violenta ou não violenta.

8 - EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS:

A vítima apresenta c/ trauma ópticoR e ferimento facial.

9 - PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/oro traqueal () Câmla Orofaríngea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação cardioversão () Controle de hemorragias () Curativo (X) Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação () Almobilização de membros () Colar cervical () Tala / tração () Outros:

10 - MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM): 5 horas de fluxo 3 molas 1 equipo 1 bolo R
1) Gelo N° 18, 6 geladuras expandidas, 1 longo, 1 longo 3cm

ENCAMINHAMENTO 1 amp. tintónil (3ml + AD) 1 coca dist.

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o encaminhamento () Óbito durante o transporte

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

(X) Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação da cabeceira (cabeça):

RECUSO

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Medida devidamente
Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: _____

Enfermeiro (a): _____

Téc. de Enfermagem: _____

Condutor: _____

CRM: _____ MAT: _____
COREN: 533300 MAT: _____
NAT: _____ MAT: _____

Kend Isabela A. Soares
Enfermeira
COREN- 533300

PERCEPÇÕES DA VÍTIMA

NÃO

SIM

Objeto: _____

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: 00000009494-8

Nr. da Autenticação F7CC3A3E72C0175C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 10

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Ruim para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 027.345.418



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - www.energisa.com.br

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: 640.999.334-15

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 PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

09.095.183/0001-40

Agência / Código de Beneficiário: 3064-3/2447-3

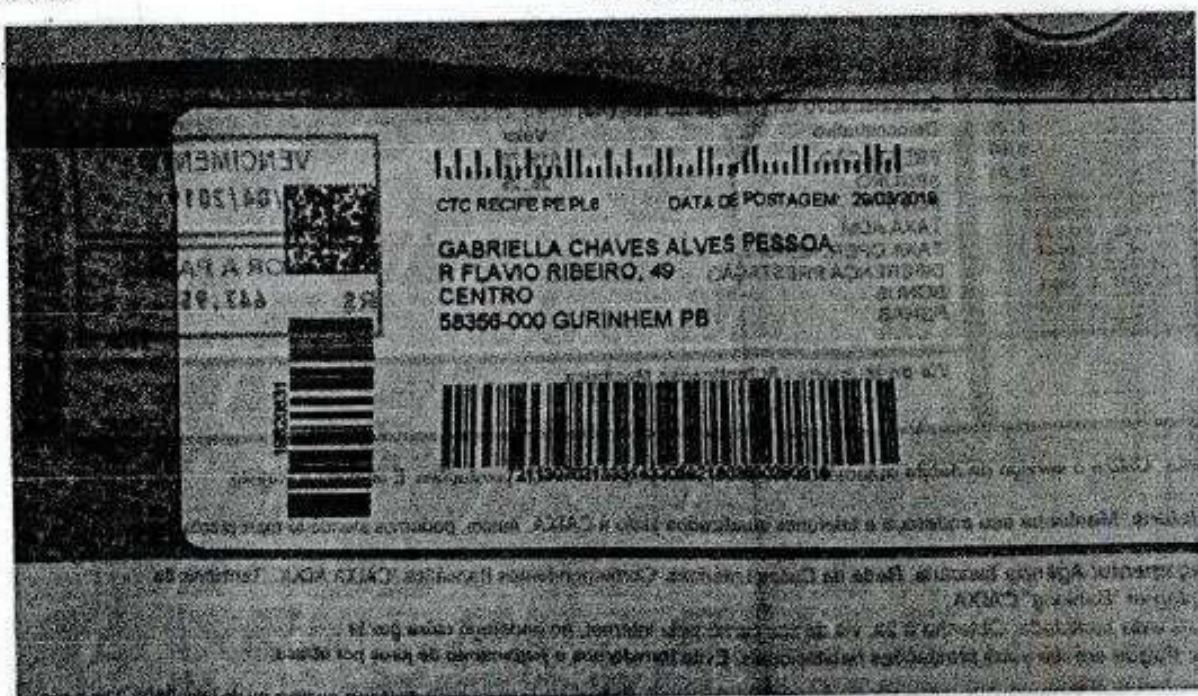


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107271049526520000043967393>
Número do documento: 2107271049526520000043967393

Num. 46278270 - Pág. 11

19/06/2019

Email - Caio - Outlook



outlook.live.com/mail/inbox/fd/AQMkADAwATY3ZmYAZS05N2I4LTrjZgIMDACLTawCgBGAAAdnVTReyt2BUmOqKgAjypztYHAMhByp%... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 12



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 de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.637/98

Pelo exposto, eu Iphubella Chaves Alves Pessoa Novarro

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 090456694, 39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Emanuelle da Silva Torgine Inscrito (a) no CPF sob o nº 045.620.744.93

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Maria Emanuelle da Silva Torgine

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 Lider-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. Pedro Ribino</u>	Número: <u>49</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Curimataí</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>—</u>		CEP: <u>58356-000</u>

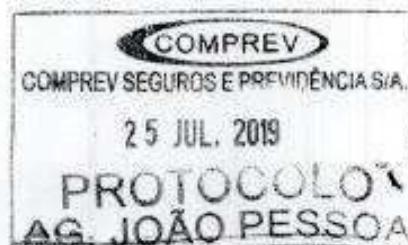
Local e Data:

João Pessoa - PB 03/07/19

Iphubella Chaves Alves Pessoa Novarro

Assinatura do Declarante

DIDRL.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

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 FÉMUR 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 CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 30/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/04/19



ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

On/Off 18/10
HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Maria Emanuella da Silva Targino
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 Aprimorados, 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 mutua 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.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 16



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

Flavia da Conceição Sozinho de Freitas

Representante Legal - RG



Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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	Telefone de Contato (83) 993994802
Mãe MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO			Prontuário
Endereço ANTONIO AUGUSTO MEIRELES, 418	Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9803/
Data/Hora Classificação 21/01/2019 18:35:28		Data/Hora Prescrição 22/01/2019 00:46:40	

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 NECESSARIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MAXIMA 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 NECESSARIO SE HGT<60 (DOSE MAXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)



Bolão registrado por: JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 21/01/2019 18:38:29

0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&d=498252&pesquisa=S&pc...

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 Francinélio Freitas
CRM-PB 9803
04579057800



0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&d=498252&pesquisa=S&pc...

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	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		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H.T.O.P		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE MARIA EMANUELLA DA SILVA TANZINO		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE	12 - FEM. / 3
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO / 15 - UF / 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI/EDU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL / 30 - QTDE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I / <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II / <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL / 37 - QTDE	
CX. 4,5 Praca Larga 10F DCP Parque São conticar No 32 — 05 No 36 — 01 No 38 — 02		38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 25 JUL. 2019 PROTÓCOLO: AG. JOÃO PESSOA 28/01/19	
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - PROFISSIONAL SOLICITANTE	
41 - DOCUMENTO CNS / JOPF		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/JOPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/19	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO CNS / JOPF		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/JOPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
AUTORIZAÇÃO			



RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC/STIC

Nome: Maria Graciela do S. Torquato BE/Prontuário: _____
 Idade: 36 Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 27/01/19
 Clínica/Sector: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura Diáfisea do fêmur Direito
 Cirurgião: U. Gustavo 1º Assistente: U. Steffens
 2º Assistente: U. Felipe R. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TTO. Cirúrgico.</u>	

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

Biópsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico



João Pessoa, _____ / _____ / _____

Médico/CRM: _____



Nota de Sala Cjrgica

卷之三

6 Brown - Agua fría plexo 50 mm - 01

~~João Luiz Oliveira~~
Técnico em Enfermagem
COREN-PR 311.375

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/01/19

PRONTUÁRIO: 1137496

PACIENTE: Maria Brunella da S. Targino SEXO: F COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 111/80 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: PESO: 60 GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM / REGULAR / MAU / PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM / REGULAR / MAU / PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: *lhesados*AP. RESPIRATÓRIO: *ausculta* AP. CIRCULATÓRIO: *extremidades*AP. DIGESTIVO: *regular* ESTADO MENTAL: *normal* DROGAS EM USO:PRE-ANESTÉSICO: *gym* COLESTE: *100%* ESTADO FÍSICO CASA:HISTÓRICO: *Fratura de Displasia de Femur Direito*CIRURGIA REALIZADA: *Intervenção de fixação de Fratura de Femur Direito*

CIRURGÃO: ALVILHARES

INÍCIO DA ANESTESIA: TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA:

TÓCICO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:

ANESTÉSICO: Dr. Lammel CPF: CRM-PB:

10:30 11:30 12:30

AVD: 100% 100% 100% CRM-PB: 100%
MSE: 100% 100% 100%

Pulseira: 100%

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

paciente em D. O N. sob anestesia.
faringe + anti-refluxo.
Suturação do campo estéril

Incisão:

longitudinal antero medial do coxa direita.

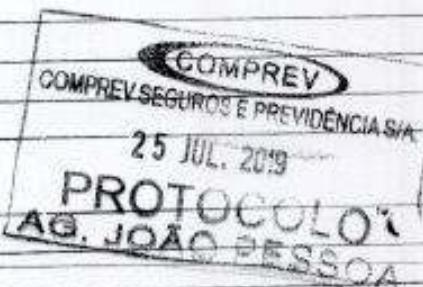
Achados:

fx desfavorável do fêmur distal

Conduta:

- Redução anatômica aberta
- Fixação com placa DCP largo de 10 furos com parafuso 03 imid. part. cruz.
- Limpeza ósteocondral com SFC.97
- Reabilitação de planos e partes moles - pele
- Fissura por Scapula
- Suturação estéril
- PT de extensão
- Fixação

Fechamento:



Observação:

AB cirúrgico sem intercorrências



Médico/CRM:



27/01/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393

Número do documento: 21072710495265200000043967393

FONIASCIR.009-I

Num. 46278270 - Pág. 24

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	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 Ms Emanuelle da Silva Torges		6 - DATA DO PREDATORIUM 1137496		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / / /		9 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		11 - TELFONE DE CONTATO 000		12 - NÚMERO DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA/Nº, BAIRRO)		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF - 16 - CEP		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. 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 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESECIAL		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESECIAL		
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
Justificativa da Solicitação Artimetr: gno e Fm 15 de Junho N.º 10 (1)				
COMPREV PROFISSIONAL SOLICITANTE				
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO / / /		
41 - DOCUMENTO CNPJ/CPF		42 - DOCUMENTO (CNS/CIPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 JUL 2013		
43 - CNS / CIPF		44 - ASSINATURA E CARIMBO (INÍCIO DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Francisco de Souza Moreira CRM PB 8603 Nº 7040479057800		
PROTÓCOLO AUTORIZAÇÃO				
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR AG. JOÃO PESSOA		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / /		
47 - DOCUMENTO CNS / CIPF		48 - DOCUMENTO (CNS/CIPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (INÍCIO DO REGISTRO DO CONSELHO)		





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HOSPITAL
DE SANTOS

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
 CIRURGÃO: DR ANDRIER 1º ASS: MR1 FRANCINELIO
 2º ASS:
 INSTRUMENTADOR:
 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



Nota de Sala Cirúrgica



NOVÉDO DO PACIENTE	<i>Maria Enaullah do Nascimento Terezinha</i>				
IDADE	36	SEXO	F	ENTERRARIA	
PRÉSIA	<i>frigida / Parauapebas + Neto (F)</i>				
CHURGADA	<i>de fúria</i>				
ANESTESIA	<i>general</i>				
ANESTESISTA	<i>Suelio Moreira Torres</i>				
INSTRUMENTADOR	<i>Samuel</i>				
DIA	21/07/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	FIN:	CIRURGIA INICIO	230 22'58"
SOURCE DE RISCO DE CIRURGIA - BRAZILIAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS					
ASA I (ASA 2-ASA 3) ASA II (ASA 4-ASA 5)					
OURO RECONTAMINACAO (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.	MATERIAIS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FROS
ALFENTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº
RUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº
RUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº
HIMOBARTITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº
MENTANILA	PVPI DESINFETANTE		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº
FLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIKLACTINA Nº
RUBRIPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPRÓPILENO Nº
RUBRIPIVACAÍNA C/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	<i>1A</i>	FIO POLIPRÓPILENO Nº
LIDOCAYNA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPRÓPILENO Nº
LIDOCAYNA C/VASO	AGULHA 22X30		LUVA ESTÉRIL Nº7,4		FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAM	AGULHA 25X30		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	<i>1</i>	FIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDEADA
MÍNDIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA	<i>1</i>	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PAXILTRONICO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PIPERILADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIQUIDAURA
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº
SEOFURONO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº
SEOFELERANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº
SUVAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	<i>1</i>	SERINGA 10ML	<i>1</i>	FIO STEINMAN Nº
TOPENTAL	ATADURA CRIMPADA		SERINGA 20ML	<i>1</i>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº5		HEMOST ABSURVIL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR
AQUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR
ATROMINA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM
EXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO
FLACOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA
IMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		COMPROV SECURIS PREVIDENCIA SIA
EPICRINA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		25 JUN 2019
EDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PROTÓCOLO
HIBOREMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		46.9040 PESSOA
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
HIDROCORRISTONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
EDOFANINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		
ONDASENTRONA		ESQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		
PLASIL		ESQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTROMINE		ESQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVET	FROS	QTD.	ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		1 BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		1 CARNOT GRAP
		GAZES ALGODoadAS	FIO ALGODÃO C/A Nº		1 CARDIOMONTOR
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		1 DESFIBRILADOR
		JELCO Nº14			1 FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº16			1 FOCO CENTRAL
					1 MICROSCOPIO
					1 OXÍMETRO DE PULSO
					1 P.A. INVASIVANA INVASIVA
					1 PULPFRATOR ELÉTRICO
					1 SERRA
					CIRCULANTE

*Assinado por: Suelio Moreira Torres
Data: 27/07/2021 10:49:53
CJ: N° 21072710495265200000043967393*

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
Achados:	
FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO	
Conduta:	
PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA COM FIO KC DE 4 MM;	
	0
Fechamento:	
CURATIVOS ESTEREIS	
RX DE CONTROLE	
Observação:	
TRAÇÃO COM 8KG	

Médico/CRM:

Dr. Francisco Freitas
n° 12345678903
403578057800

João Pessoa,

22/1/2019



MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO
11/08/1982
ID: 000000086368
Sex: Female
36 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
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



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 29



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931853269

Data Nasc: 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 correlacionado com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi liberado em 20/02/2019 11:02

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

COMPREENSÃO DE PÁGINA

20 JUN. 2019

PROTÓCOLO
Scanned with CamScanner
AG. JOÃO PESSOA



MARIA EMANUELLA DA SILVA, TARGINO
11/08/1982
ID: 00000086368
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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 31



Atendimento: 201931868188

Data Nasc: 11/08/1982 - 36 anos

Paciente: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data Exame: 28/01/2019

RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA

Osteossíntese femural 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 Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionado com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi gerado no dia 27/07/2021 às 10:49:53

DR. VANDRILAY ALVES DE SOUZA
CRM-PB 28893

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 32

Lauda Médico/Resumo de Alta			
Nome:	Henrique Guanabara de Souza	Nº de BE:	88
Idade:	29	Clinica:	Torres
Data de Admissão:	31/01/19	Sal.: I	Lelis
		Tempo de Permanecida:	
Diagnóstico de Internação:			
Febre alta de origem			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Clínica realizada - doce e equilibrada - Rx:			
Exames:			
Antecedentes familiares:			
Infecções sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia:			
Condicões de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curedos () Óbito () À Revolta ()			
Resumo Clínico: História evolução, terapêutica, complicações:			
Socorro: 119 - 112 - 192 - 193 - 194 - 195 - 196 - 197 - 198 - 199 - 200 - 201 - 202 - 203 - 204 - 205 - 206 - 207 - 208 - 209 - 210 - 211 - 212 - 213 - 214 - 215 - 216 - 217 - 218 - 219 - 220 - 221 - 222 - 223 - 224 - 225 - 226 - 227 - 228 - 229 - 230 - 231 - 232 - 233 - 234 - 235 - 236 - 237 - 238 - 239 - 240 - 241 - 242 - 243 - 244 - 245 - 246 - 247 - 248 - 249 - 250 - 251 - 252 - 253 - 254 - 255 - 256 - 257 - 258 - 259 - 260 - 261 - 262 - 263 - 264 - 265 - 266 - 267 - 268 - 269 - 270 - 271 - 272 - 273 - 274 - 275 - 276 - 277 - 278 - 279 - 280 - 281 - 282 - 283 - 284 - 285 - 286 - 287 - 288 - 289 - 290 - 291 - 292 - 293 - 294 - 295 - 296 - 297 - 298 - 299 - 299 - 300 - 301 - 302 - 303 - 304 - 305 - 306 - 307 - 308 - 309 - 310 - 311 - 312 - 313 - 314 - 315 - 316 - 317 - 318 - 319 - 320 - 321 - 322 - 323 - 324 - 325 - 326 - 327 - 328 - 329 - 330 - 331 - 332 - 333 - 334 - 335 - 336 - 337 - 338 - 339 - 339 - 340 - 341 - 342 - 343 - 344 - 345 - 346 - 347 - 348 - 349 - 349 - 350 - 351 - 352 - 353 - 354 - 355 - 356 - 357 - 358 - 359 - 359 - 360 - 361 - 362 - 363 - 364 - 365 - 366 - 367 - 368 - 369 - 369 - 370 - 371 - 372 - 373 - 374 - 375 - 376 - 377 - 378 - 379 - 379 - 380 - 381 - 382 - 383 - 384 - 385 - 386 - 387 - 388 - 389 - 389 - 390 - 391 - 392 - 393 - 394 - 395 - 396 - 397 - 398 - 399 - 399 - 400 - 401 - 402 - 403 - 404 - 405 - 406 - 407 - 408 - 409 - 409 - 410 - 411 - 412 - 413 - 414 - 415 - 416 - 417 - 418 - 419 - 419 - 420 - 421 - 422 - 423 - 424 - 425 - 426 - 427 - 428 - 429 - 429 - 430 - 431 - 432 - 433 - 434 - 435 - 436 - 437 - 438 - 439 - 439 - 440 - 441 - 442 - 443 - 444 - 445 - 446 - 447 - 448 - 449 - 449 - 450 - 451 - 452 - 453 - 454 - 455 - 456 - 457 - 458 - 459 - 459 - 460 - 461 - 462 - 463 - 464 - 465 - 466 - 467 - 468 - 469 - 469 - 470 - 471 - 472 - 473 - 474 - 475 - 476 - 477 - 478 - 479 - 479 - 480 - 481 - 482 - 483 - 484 - 485 - 486 - 487 - 488 - 489 - 489 - 490 - 491 - 492 - 493 - 494 - 495 - 496 - 497 - 498 - 498 - 499 - 499 - 500 - 501 - 502 - 503 - 504 - 505 - 506 - 507 - 508 - 509 - 509 - 510 - 511 - 512 - 513 - 514 - 515 - 516 - 517 - 518 - 519 - 519 - 520 - 521 - 522 - 523 - 524 - 525 - 526 - 527 - 528 - 529 - 529 - 530 - 531 - 532 - 533 - 534 - 535 - 536 - 537 - 538 - 539 - 539 - 540 - 541 - 542 - 543 - 544 - 545 - 546 - 547 - 548 - 549 - 549 - 550 - 551 - 552 - 553 - 554 - 555 - 556 - 557 - 558 - 559 - 559 - 560 - 561 - 562 - 563 - 564 - 565 - 566 - 567 - 568 - 569 - 569 - 570 - 571 - 572 - 573 - 574 - 575 - 576 - 577 - 578 - 579 - 579 - 580 - 581 - 582 - 583 - 584 - 585 - 586 - 587 - 588 - 589 - 589 - 590 - 591 - 592 - 593 - 594 - 595 - 596 - 597 - 597 - 598 - 599 - 599 - 600 - 601 - 602 - 603 - 604 - 605 - 606 - 607 - 608 - 609 - 609 - 610 - 611 - 612 - 613 - 614 - 615 - 616 - 617 - 618 - 619 - 619 - 620 - 621 - 622 - 623 - 624 - 625 - 626 - 627 - 628 - 629 - 629 - 630 - 631 - 632 - 633 - 634 - 635 - 636 - 637 - 638 - 639 - 639 - 640 - 641 - 642 - 643 - 644 - 645 - 646 - 647 - 648 - 649 - 649 - 650 - 651 - 652 - 653 - 654 - 655 - 656 - 657 - 658 - 659 - 659 - 660 - 661 - 662 - 663 - 664 - 665 - 666 - 667 - 668 - 669 - 669 - 670 - 671 - 672 - 673 - 674 - 675 - 676 - 677 - 678 - 678 - 679 - 680 - 681 - 682 - 683 - 684 - 685 - 686 - 687 - 688 - 688 - 689 - 690 - 691 - 692 - 693 - 694 - 695 - 695 - 696 - 697 - 698 - 699 - 699 - 700 - 701 - 702 - 703 - 704 - 705 - 706 - 707 - 708 - 709 - 709 - 710 - 711 - 712 - 713 - 714 - 715 - 716 - 717 - 718 - 719 - 719 - 720 - 721 - 722 - 723 - 724 - 725 - 726 - 727 - 728 - 729 - 729 - 730 - 731 - 732 - 733 - 734 - 735 - 736 - 737 - 738 - 739 - 739 - 740 - 741 - 742 - 743 - 744 - 745 - 746 - 747 - 748 - 749 - 749 - 750 - 751 - 752 - 753 - 754 - 755 - 756 - 757 - 758 - 759 - 759 - 760 - 761 - 762 - 763 - 764 - 765 - 766 - 767 - 768 - 769 - 769 - 770 - 771 - 772 - 773 - 774 - 775 - 776 - 777 - 778 - 778 - 779 - 779 - 780 - 781 - 782 - 783 - 784 - 785 - 786 - 787 - 788 - 788 - 789 - 789 - 790 - 791 - 792 - 793 - 794 - 795 - 795 - 796 - 797 - 798 - 799 - 799 - 800 - 801 - 802 - 803 - 804 - 805 - 806 - 807 - 808 - 809 - 809 - 810 - 811 - 812 - 813 - 814 - 815 - 816 - 817 - 818 - 819 - 819 - 820 - 821 - 822 - 823 - 824 - 825 - 826 - 827 - 828 - 829 - 829 - 830 - 831 - 832 - 833 - 834 - 835 - 836 - 837 - 838 - 839 - 839 - 840 - 841 - 842 - 843 - 844 - 845 - 846 - 847 - 848 - 849 - 849 - 850 - 851 - 852 - 853 - 854 - 855 - 856 - 857 - 858 - 859 - 859 - 860 - 861 - 862 - 863 - 864 - 865 - 866 - 867 - 868 - 869 - 869 - 870 - 871 - 872 - 873 - 874 - 875 - 876 - 877 - 878 - 878 - 879 - 879 - 880 - 881 - 882 - 883 - 884 - 885 - 886 - 887 - 888 - 888 - 889 - 889 - 890 - 891 - 892 - 893 - 894 - 895 - 895 - 896 - 897 - 898 - 899 - 899 - 900 - 901 - 902 - 903 - 904 - 905 - 906 - 907 - 908 - 909 - 909 - 910 - 911 - 912 - 913 - 914 - 915 - 916 - 917 - 918 - 919 - 919 - 920 - 921 - 922 - 923 - 924 - 925 - 926 - 927 - 928 - 929 - 929 - 930 - 931 - 932 - 933 - 934 - 935 - 936 - 937 - 938 - 939 - 939 - 940 - 941 - 942 - 943 - 944 - 945 - 946 - 947 - 948 - 949 - 949 - 950 - 951 - 952 - 953 - 954 - 955 - 956 - 957 - 958 - 959 - 959 - 960 - 961 - 962 - 963 - 964 - 965 - 966 - 967 - 968 - 969 - 969 - 970 - 971 - 972 - 973 - 974 - 975 - 976 - 977 - 978 - 978 - 979 - 979 - 980 - 981 - 982 - 983 - 984 - 985 - 986 - 987 - 988 - 988 - 989 - 989 - 990 - 991 - 992 - 993 - 994 - 995 - 995 - 996 - 997 - 997 - 998 - 998 - 999 - 999 - 1000 - 1000 - 1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 1009 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1018 - 1019 - 1019 - 1020 - 1021 - 1022 - 1023 - 1024 - 1025 - 1026 - 1027 - 1028 - 1029 - 1029 - 1030 - 1031 - 1032 - 1033 - 1034 - 1035 - 1036 - 1037 - 1038 - 1039 - 1039 - 1040 - 1041 - 1042 - 1043 - 1044 - 1045 - 1046 - 1047 - 1048 - 1049 - 1049 - 1050 - 1051 - 1052 - 1053 - 1054 - 1055 - 1056 - 1057 - 1058 - 1059 - 1059 - 1060 - 1061 - 1062 - 1063 - 1064 - 1065 - 1066 - 1067 - 1068 - 1069 - 1069 - 1070 - 1071 - 1072 - 1073 - 1074 - 1075 - 1076 - 1077 - 1078 - 1078 - 1079 - 1079 - 1080 - 1081 - 1082 - 1083 - 1084 - 1085 - 1086 - 1087 - 1088 - 1088 - 1089 - 1089 - 1090 - 1091 - 1092 - 1093 - 1094 - 1095 - 1095 - 1096 - 1097 - 1098 - 1099 - 1099 - 1100 - 1101 - 1102 - 1103 - 1104 - 1105 - 1106 - 1107 - 1108 - 1109 - 1109 - 1110 - 1111 - 1112 - 1113 - 1114 - 1115 - 1116 - 1117 - 1118 - 1119 - 1119 - 1120 - 1121 - 1122 - 1123 - 1124 - 1125 - 1126 - 1127 - 1128 - 1129 - 1129 - 1130 - 1131 - 1132 - 1133 - 1134 - 1135 - 1136 - 1137 - 1138 - 1139 - 1139 - 1140 - 1141 - 1142 - 1143 - 1144 - 1145 - 1146 - 1147 - 1148 - 1149 - 1149 - 1150 - 1151 - 1152 - 1153 - 1154 - 1155 - 1156 - 1157 - 1158 - 1159 - 1159 - 1160 - 1161 - 1162 - 1163 - 1164 - 1165 - 1166 - 1167 - 1168 - 1169 - 1169 - 1170 - 1171 - 1172 - 1173 - 1174 - 1175 - 1176 - 1177 - 1178 - 1178 - 1179 - 1179 - 1180 - 1181 - 1182 - 1183 - 1184 - 1185 - 1186 - 1187 - 1188 - 1188 - 1189 - 1189 - 1190 - 1191 - 1192 - 1193 - 1194 - 1195 - 1195 - 1196 - 1197 - 1198 - 1199 - 1199 - 1200 - 1201 - 1202 - 1203 - 1204 - 1205 - 1206 - 1207 - 1208 - 1209 - 1209 - 1210 - 1211 - 1212 - 1213 - 1214 - 1215 - 1216 - 1217 - 1218 - 1219 - 1219 - 1220 - 1221 - 1222 - 1223 - 1224 - 1225 - 1226 - 1227 - 1228 - 1229 - 1229 - 1230 - 1231 - 1232 - 1233 - 1234 - 1235 - 1236 - 1237 - 1238 - 1239 - 1239 - 1240 - 1241 - 1242 - 1243 - 1244 - 1245 - 1246 - 1247 - 1248 - 1249 - 1249 - 1250 - 1251 - 1252 - 1253 - 1254 - 1255 - 1256 - 1257 - 1258 - 1259 - 1259 - 1260 - 1261 - 1262 - 1263 - 1264 - 1265 - 1266 - 1267 - 1268 - 1269 - 1269 - 1270 - 1271 - 1272 - 1273 - 1274 - 1275 - 1276 - 1277 - 1278 - 1278 - 1279 - 1279 - 1280 - 1281 - 1282 - 1283 - 1284 - 1285 - 1286 - 1287 - 1288 - 1288 - 1289 - 1289 - 1290 - 1291 - 1292 - 1293 - 1294 - 1295 - 1295 - 1296 - 1297 - 1298 - 1299 - 1299 - 1300 - 1301 - 1302 - 1303 - 1304 - 1305 - 1306 - 1307 - 1308 - 1309 - 1309 - 1310 - 1311 - 1312 - 1313 - 1314 - 1315 - 1316 - 1317 - 1318 - 1319 - 1319 - 1320 - 1321 - 1322 - 1323 - 1324 - 1325 - 1326 - 1327 - 1328 - 1329 - 1329 - 1330 - 1331 - 1332 - 1333 - 1334 - 1335 - 1336 - 1337 - 1338 - 1339 - 1339 - 1340 - 1341 - 1342 - 1343 - 1344 - 1345 - 1346 - 1347 - 1348 - 1349 - 1349 - 1350 - 1351 - 1352 - 1353 - 1354 - 1355 - 1356 - 1357 - 1358 - 1359 - 1359 - 1360 - 1361 - 1362 - 1363 - 1364 - 1365 - 1366 - 1367 - 1368 - 1369 - 1369 - 1370 - 1371 - 1372 - 1373 - 1374 - 1375 - 1376 - 1377 - 1378 - 1378 - 1379 - 1379 - 1380 - 1381 - 1382 - 1383 - 1384 - 1385 - 1386 - 1387 - 1388 - 1388 - 1389 - 1389 - 1390 - 1391 - 1392 - 1393 - 1394 - 1395 - 1395 - 1396 - 1397 - 1398 - 1399 - 1399 - 1400 - 1401 - 1402 - 1403 - 1404 - 1405 - 1406 - 1407 - 1408 - 1409 - 1409 - 1410 - 1411 - 1412 - 1413 - 1414 - 1415 - 1416 - 1417 - 1418 - 1419 - 1419 - 1420 - 1421 - 1422 - 1423 - 1424 - 1425 - 1426 - 1427 - 1428 - 1429 - 1429 - 1430 - 1431 - 1432 - 1433 - 1434 - 1435 - 1436 - 1437 - 1438 - 1439 - 1439 - 1440 - 1441 - 1442 - 1443 - 1444 - 1445 - 1446 - 1447 - 1448 - 1449 - 1449 - 1450 - 1451 - 1452 - 1453 - 1454 - 1455 - 1456 - 1457 - 1458 - 1459 - 1459 - 1460 - 1461 - 1462 - 1463 - 1464 - 1465 - 1466 - 1467 - 1468 - 1469 - 1469 - 1470 - 1471 - 1472 - 1473 - 1474 - 1475 - 1476 - 1477 - 1478 - 1478 - 1479 - 1479 - 1480 - 1481 - 1482 - 1483 - 1484 - 1485 - 1486 - 1487 - 1488 - 1488 - 1489 - 1489 - 1490 - 1491 - 1492 - 1493 - 1494 - 1495 - 1495 - 1496 - 1497 - 1498 - 1499 - 1499 - 1500 - 1501 - 1502 - 1503 - 1504 - 1505 - 1506 - 1507 - 1508 - 1509 - 1509 - 1510 - 1511 - 1512 - 1513 - 1514 - 1515 - 1516 - 1517 - 1518 - 1519 - 1519 - 1520 - 1521 - 1522 - 1523 - 1524 - 1525 - 1526 - 1527 - 1528 - 1529 - 1529 - 1530 - 1531 - 1532 - 1533 - 1534 - 1535 - 1536 - 1537 - 1538 - 1539 - 1539 - 1540 - 1541 - 1542 - 1543 - 1544 - 1545 - 1546 - 1547 - 1548 - 1549 - 1549 - 1550 - 1551 - 1552 - 1553 - 1554 - 1555 - 1556 - 1557 - 1558 - 1559 - 1559 - 1560 - 1561 - 1562 - 1563 - 1564 - 1565 - 1566 - 1567 - 1568 - 1569 - 1569 - 1570 - 1571 - 1572 - 1573 - 1574 - 1575 - 1576 - 1577 - 1578 - 1578 - 1579 - 1579 - 1580 - 1581 - 1582 - 1583 - 1584 - 1585 - 1586 - 1587 - 1588 - 1588 - 1589 - 1589 - 1590 - 1591 - 1592 - 1593 - 1594 - 1595 - 1595 - 1596 - 1597 - 1598 - 1599 - 1599 - 1600 - 1601 - 1602 - 1603 - 1604 - 1605 - 1606 - 1607 - 1608 - 1609 - 1609 - 1610 - 1611 - 1612 - 1613 - 1614 - 1615 - 1616 - 1617 - 1618 - 1619 - 1619 - 1620 - 1621 - 1622 - 1623 - 1624 - 1625 - 1626 - 1627 - 1628 - 1629 - 1629 - 1630 - 1631 - 1632 - 1633 - 1634 - 1635 - 1636 - 1637 - 1638 - 1639 - 1639 - 1640 - 1641 - 1642 - 1643 - 1644 - 1645 - 1646 - 1647 - 1648 - 1649 - 1649 - 1650 - 1651 - 1652 - 1653 - 1654 - 1655 - 1656 - 1657 - 1658 - 1659 - 1659 - 1660 - 1661 - 1662 - 1663 - 1664 - 1665 - 1666 - 1667 - 1668 - 1669 - 1669 - 1670 - 1671 - 1672 - 1673 - 1674 - 1675 - 1676 - 1677 - 1678 - 1678 - 1679 - 1679 - 1680 - 1681 - 1682 - 1683 - 1684 - 1685 - 1686 - 1687 - 1688 - 1688 - 1689 - 1689 - 1690 - 1691 - 1692 - 1693 - 1694 - 1695 - 1695 - 1696 - 1697 - 1698 - 1699 - 1699 - 1700 - 1701 - 1702 - 1703 - 1704 - 1705 - 1706 - 1707 - 1708 - 1709 - 1709 - 1710 - 1711 - 1712 - 1713 - 1714 - 1715 - 1716 - 1717 - 1718 - 1719 - 1719 - 1720 - 1721 - 1722 - 1723 - 1724 - 1725 - 1726 - 1727 - 1728 - 1729 - 1729 - 1730 - 1731 - 1732 - 1733 - 1734 - 1735 - 1736 - 1737 - 1738 - 1739 - 1739 - 1740 - 1741 - 1742 - 1743 - 1744 - 1745 - 1746 - 1747 - 1748 - 1749 - 1749 - 1750 - 1751 - 1752 - 1753 - 1754 - 1755 - 1756 - 1757 - 1758 - 1759 - 1759 - 1760 - 1761 - 1762 - 1763 - 1764 - 1765 - 1766 - 1767 - 1768 - 1769 - 1769 - 1770 - 1771 - 1772 - 1773 - 1774 - 1775 - 1776 - 1777 - 1778 - 1778 - 1779 - 1779 - 1780 - 1781 - 1782 - 1783 - 1784 - 1785 - 1786 - 1787 - 1788 - 1788 - 1789 - 1789 - 1790 - 1791 - 1792 - 1793 - 1794 - 1795 - 1795 - 1796 - 1797 - 1798 - 1799 - 1799 - 1800 - 1801 - 1802 - 1803 - 1804 - 1805 - 1806 - 1807 - 1808 - 1809 - 1809 - 1810 - 1811 - 1812 - 1813 - 1814 - 1815 - 1816 - 1817 - 1818 - 1819 - 1819 - 1820 - 1821 - 1822 - 1823 - 1824 - 1825 - 1826 - 1827 - 1828 - 1829 - 1829 - 1830 - 1831 - 1832 - 1833 - 1834 - 1835 - 1836 - 1837 - 1838 - 1839 - 1839 - 1840 - 1841 - 1842 - 1843 - 1844 - 1845 - 1846 - 1847 - 1848 - 1849 - 1849 - 1850 - 1851 - 1852 - 1853 - 1854 - 1855 - 1856 - 1857 - 1858 - 1859 - 1859 - 1860 - 1861 - 1862 - 1863 - 1864 - 1865 - 1866 - 1867 - 1868 - 1869 - 1869 - 1870 - 1871 - 1872 - 1873 - 1874 - 1875 - 1876 - 1877 - 1878 - 1878 - 1879 - 1879 - 1880 - 1881 - 1882 - 1883 - 1884 - 1885 - 1886 - 1887 - 1888 - 1888 - 1889 - 1889 - 1890 - 1891 - 1892 - 1893 - 1894 - 1895 - 1895 - 1896 - 1897 - 1898 - 1899 - 1899 - 1900 - 1901 - 1902 - 1903 - 1904 - 1905 - 1906 - 1907 - 1908 - 1909 - 1909 - 1910 - 1911 - 1912 - 1913 - 1914 - 1915 - 1916 - 1			



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 34

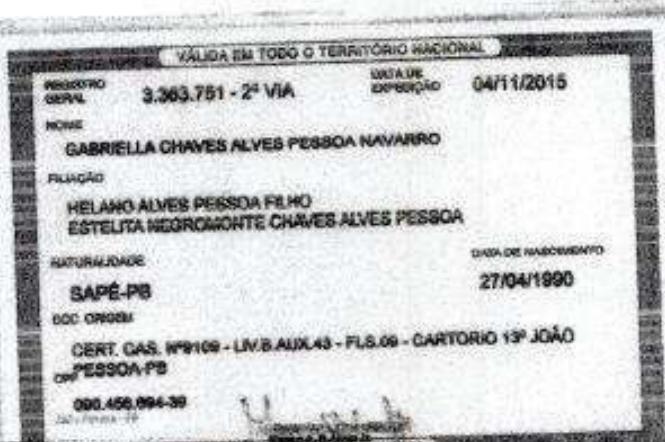


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 35



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 36

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTERO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
ANO / COD. REGISTRO / COD. ANTRAC. / Série
1 0019075307-2 00/00000000 201

PLACA	MMN0047/PB
VEHICULOS / UF	9BEKXX452HDB53187
VNF6337 PE	CONSULTA
CAR/CAMINHAO/CARR. PBER"	DIESEL
ESPECIFICO	ANO FABRICANTE
VENDA / MODELO	1987
PERÍODO DE VENDA	1987
CAP / POT / GL.	CATEGORIA
40.00T/93 /CV	COR PRIMORDIAL
PARTIC	CINZA

VALORES	VALORES	VALORES	VALORES
COTA ÚNICA	00/00/0000	VENDE COTA UNICA	1
P. FAIXA PVA.	0	PARCELAMENTO / COTAS	2
V. *	*		3
A.	*		
PREVISÃO INICIAL	10/06/2018	PRAZO TOTAL PRAV	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADORA	PAGO	PAGO	25/09/2018

PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

CODIGO: 13870-1029335-20180925

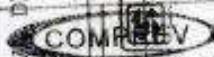
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR O USO DE AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE MUITO SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, CHAMADO: SEGURO DPVAT

PB Nº 014201244799 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRAÇÃO	25/09/2018
PLACA	MMN0047/PB
VEHICULOS / UF	9BFKXXL52HIB53187
VNF6337 PE	FORRAR/24000
CAR/CAMINHAO/CARR. PBER"	SEGURO
ESPECIFICO	DATA DE PAGAMENTO
VENDA / MODELO	1987
PERÍODO DE VENDA	1987
CAP / POT / GL.	CATEGORIA
40.00T/93 /CV	COR PRIMORDIAL
PARTIC	CINZA
COTA ÚNICA	00/00/0000
P. FAIXA PVA.	0
V. *	*
A.	*
PREVISÃO INICIAL	10/06/2018
SEGURADORA	PAGO
OBSERVAÇÕES	
RESUMO DE DOMÍNIO	
2 EIXOS	
DATA	25/09/2018
LOCAL	João Pessoa
DATA DE QUITAÇÃO	25/09/2018
PAGAMENTO	<input type="checkbox"/>
PARCELADO	<input type="checkbox"/>
DATA ÚNICA	
PRÉSTIMO	<input type="checkbox"/>
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CPF DO SEGURODPVAT	
13870-1029335-20180925	



COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

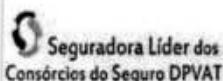
CODIGO: 13870-1029335-20180925



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 37

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO
CPF: 090.456.694-39

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 38

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 TARGINO Data do acidente: 21/01/2019 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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 Targino
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** solteira
PROFISSAO: Técnica de Enfermagem **Nº DO RG:** 2840321
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 10/03/2015
Nº CPF: 045.620.744-93 **ENDEREÇO:** R. Antônio Augusto
Meinels, nº 419, Centro, Sape - PB, cep nº 58340-000.

OUTORGADO: Ipiruella Chaves Alves Pereira Maravilha
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** casada
PROFISSAO: Advogada **Nº DO RG:** 3363151
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 04/11/2015
Nº CPF: 090.456.694-39 **ENDEREÇO:** R. Florio Ribeiro
nº 49, Centro, Quiximé - PB, cep nº 58356-000.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Maria Emanuella da Silva Targino, 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.

Sape - PB

.01 de julho de 2019

Ipiruella Emanuella da Silva Targino
Assinatura

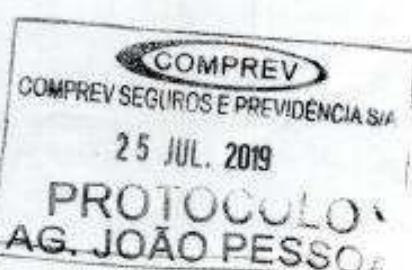


OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) elencadas:
MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO
Data: 27/07/2021
Endereço: Rua Dr. Raimundo Freitas, 1746
Bairro: Centro
Cidade: Sape - PB
CEP: 58340-000
CPF: 045.620.744-93
RG: 2840321
Carteira: 3363151
Mês de Lançamento: Julho
Ano: 2015
E-mail: ipiruella.chaves@outlook.com.br
Site: www.ipiruella.com.br
Confira a autenticidade na <https://selodigital.tjpb.mt.gov.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

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
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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 42

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO
CPF: 090.456.694-39

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>
Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 43



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

Processo n.º 08027933520198150351

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAPE, 22 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495335400000043967395>
Número do documento: 21072710495335400000043967395

Num. 46278272 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495335400000043967395>
Número do documento: 21072710495335400000043967395

Num. 46278272 - Pág. 2