
Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364331

Vítima: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364331

Vítima: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 09/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **DANIELA DA SILVA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000138680-1**

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: 107.974.544-03 Nome completo da vítima: Daniela da Silva dos Santos

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

Nome completo: Daniela da Silva dos Santos CPF: 107.974.544-03

Profissão: Recusado Endereço: Sit Dona Helena Número: 50 Complemento: Casa

Bairro: Área Rural Cidade: Cruz do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83)

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 138680

(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniela da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04190.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04190.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:37 horas do dia 17 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Daniela da Silva dos Santos**, CPF nº 107.974.544-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Do Lar, filho(a) de Angela Maria da Silva e Marcos Antonio Viegas, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/01/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Dona Helena, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Sítio de Galo, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98166-4372.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Fazenda São Gonçalo- Município de Santa Rita, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 09/01/19 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

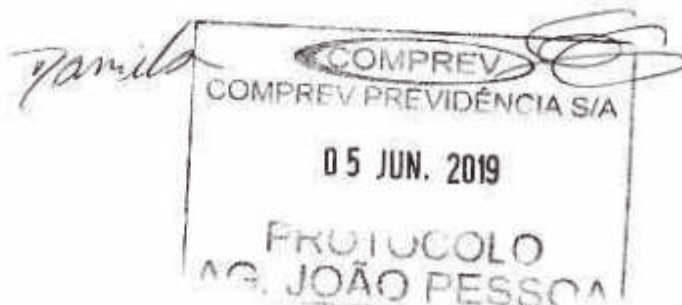
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 09/01/2019, POR VOLTA DAS 10:00 HORAS, ESTAVA TRAFEGANDO PRÓXIMO A FAZENDA SÃO GONÇALO, NO MUNICÍPIO DE SANTA RITA, NA GARUPA DE UMA MOTO DE MARCA-HONDA/NXR160 BROS ESDD, DE COR-VERMELHA, ANO-2015/2015, PLACA-QFL3035/PB, DE PROPRIEDADE DO SRº JOSÉ ROBERTO DA SILVA SANTOS, QUANDO CAIU DA MOTO, SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU, ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI FEITO RX DO QUADRIL, COXA DIREITA, RESULTADO DO RX, EVIDENCIOU FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIREITO, REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGIÃO NO DIA 14/01/2019, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 16/01/2019.

ADENDO(S):

Que na data 17/04/2019, à(s) 09:03 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O CHASSI DA REFERIDA MOTO É: 9C2KD0810FR445088.. Adendo registrado por: Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula: 1273396.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



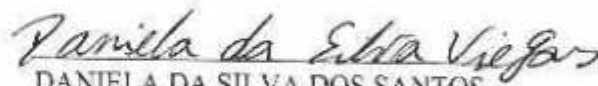
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


DANIELA DA SILVA DOS SANTOS
Noticiante

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: 107.974.544-03 Nome completo da vítima: Daniela da Silva dos Santos

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

Nome completo: Daniela da Silva dos Santos CPF: 107.974.544-03

Profissão: Recusado Endereço: Sit Dona Helena Número: 50 Complemento: Casa

Bairro: Área Rural Cidade: Cruz do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83)

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

REDA 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 138680

(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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Daniela da Silva dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 901/077, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2315723, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DANIELA DA SILVA VIEGAS** idade 26 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 09/01/2019, prox. a Fazenda São Gonçalo – Santa Rita - aproximadamente às 10:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 23 de Janeiro de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 1011

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



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: 17/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000138680-1

Nr. da Autenticação 21B5FFB14E6C1166



Ligação: MONOFÁSICO
 Classe: RES MICH/RESIDENCIAL - BARRANDA
 Horário: 6:55-9:11-4006 Referência: Abr/2013
 Modelo: 30005736331 Emissão: 08/04/2013

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-770, Km 26 - Distrito Federal - João Pessoa/PB - CEP 53071-690
CNPJ 09.036.170/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

Unidade Fiscal e Conta de Energia Elétrica: 15002080796
Cód. para Data Automática: 9001743824

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	107.874.544-03

UC (Unidade Consumidora): 5/1743526-4

Canal de confato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.077 de 26 de junho de 2009,
informamos a quitação das dívidas referentes aos tota-
mentes regulares de energia elétrica de acordo
com a menor vencida no ano de 2010 e nos anos ante-
riores. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as qui-
tações das faturas nos meses dos débitos do ano
a que se refere, e é válida a partir de:

• Terça-feira de Energia Elétrica - 13/05/2010 criada pela Lei
nº 11.438, de 28 de abril de 2012.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/21/19	5730	12/04/19	5957	1	187	20

Demonstrative

Demanda										
COD	Descrição	Quantidade	Valor	Baseado em	Alq	Item	Baseado em	Por	Item	Cálculo
1301	Consumo até 300W/h-BR	38.000	0,287880	3,30	8,63	27	3,33	8,63	0,33	1,43
1301	Consumo - 21 a 100W/h-BR	70.000	0,493640	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,57	1,28
0301	Consumo - 101 a 220W/h-BR	67.000	0,740300	49,09	49,09	27	13,39	49,09	0,54	2,49
0312	Subsídio			44,66	44,60	27	12,34	44,30	0,48	2,23
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
1307	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			15,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
1308	JUROS DE MORA 02/2018			1,53	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
1309	MULTA 02/2018			1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0305	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2018			1,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0305	Devolução Subsídio			-79,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	129,81	137,37	27,08	137,37	1,40	R\$
Unidade/Trabalho: At 200Wh	7,12000	At 200Wh	7,33000	At 200Wh	7,69520		

174	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	16/04/2019	R\$ 128,61

Histórico de Consumo (kWh)

172	173	185	151	182	152	169	167	166	176	160	188
Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19

RESERVA DO FISCO

bd12 96ae.d95d.3eae.d680.c604.8851.88ed

Indicadores de Qualidade 22209-6394

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DO VENCER	11,34	0,00	
DO 1º TRIMESTRAL	23,92		CONTRATADA
DO 2º TRIMESTRAL	47,79		220
DO 3º TRIMESTRAL	71,74	0,00	
DO 4º TRIMESTRAL	11,49		CONTRATADA
DO ANUAL	33,92		220
DO 1º TRIMESTRAL	55,39		220
DO 2º TRIMESTRAL	13,93		220
DO 3º TRIMESTRAL			220
DO 4º TRIMESTRAL			220
DO ANUAL			220

Composição do Conselho

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Salvador do Dal salteira	22,93	17,12
Compartilhamento	31,43	24,44
Serviço de Transporte	4,42	2,55
Receita de Detach	2,31	0,05
Imposto de Renda e Outros	66,51	61,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	128,61	100,00

Wahrheitstheorien 2019, 1(1):34-38

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada com o Bônus Revêla, tendo um desconto de R\$22,75
Abel Verde #ChegouAcid@podaTrabalhe

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00006 02624 912008 00244 238176 5 78610000012861

PAGADOR: DANIELA CA SILVA DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 107.974.544-03

Nº do Doc.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
------------	--------------	--------------------	--------------------	------------

2624912000244238	001743526201906	10/04/2019	R\$ 120,00
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.295.183/0001-40			

Agência / Código do beneficiário: 3264-3/2447-3

05 JUN. 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364331 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.14
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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: 0800-1596 / 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

Eu, JOSE ROBERTO DA SILVA DOS SANTOS,
RG nº 4026095, data de expedição 27/05/2014
Órgão SSDS - PB, portador do CPF nº 115.395.194-06,
com domicílio na cidade de CRUZ DO ESPÍRITO SANTO, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROJETADA, nº 312,
complemento CAJA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Daniela da Silva dos Santos, cujo o condutor era
Jose Roberto da Silva dos Santos.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 160 Ano: 2015
Placa: RF2 3035-PB Chassi: 9C2KD0810FB445088
Data do Acidente: 09/04/19

Local e Data: Santa Rita - PB 30/04/2019

DOURADO
DE AZEVEDO

Jose Roberto da Silva dos Santos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DOURADO DE AZEVEDO
Tabelionato de Protesto de Letras
Ofício de Notas

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (83) 3229-2252
Santa Rita - Paraíba
C.N.P.J.: 09.308.673/0001-23

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO
Eu, JOSE ROBERTO DA SILVA DOS SANTOS, RG nº 4026095, data de expedição 27/05/2014, Órgão SSDS - PB, portador do CPF nº 115.395.194-06, com domicílio na cidade de CRUZ DO ESPÍRITO SANTO, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PROJETADA, nº 312, complemento CAJA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Daniela da Silva dos Santos, cujo o condutor era Jose Roberto da Silva dos Santos. Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 160 Ano: 2015 Placa: RF2 3035-PB Chassi: 9C2KD0810FB445088 Data do Acidente: 09/04/19

inês Santos Coutinho
Substituto



HOSE, ELVALIO RIBEIRO COUTINHO Data: 13/04/2018 10:13:41

180 MELLINGTON

Nome: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

ID: 559132

7990 10 01 1803

HORTEL
VCE



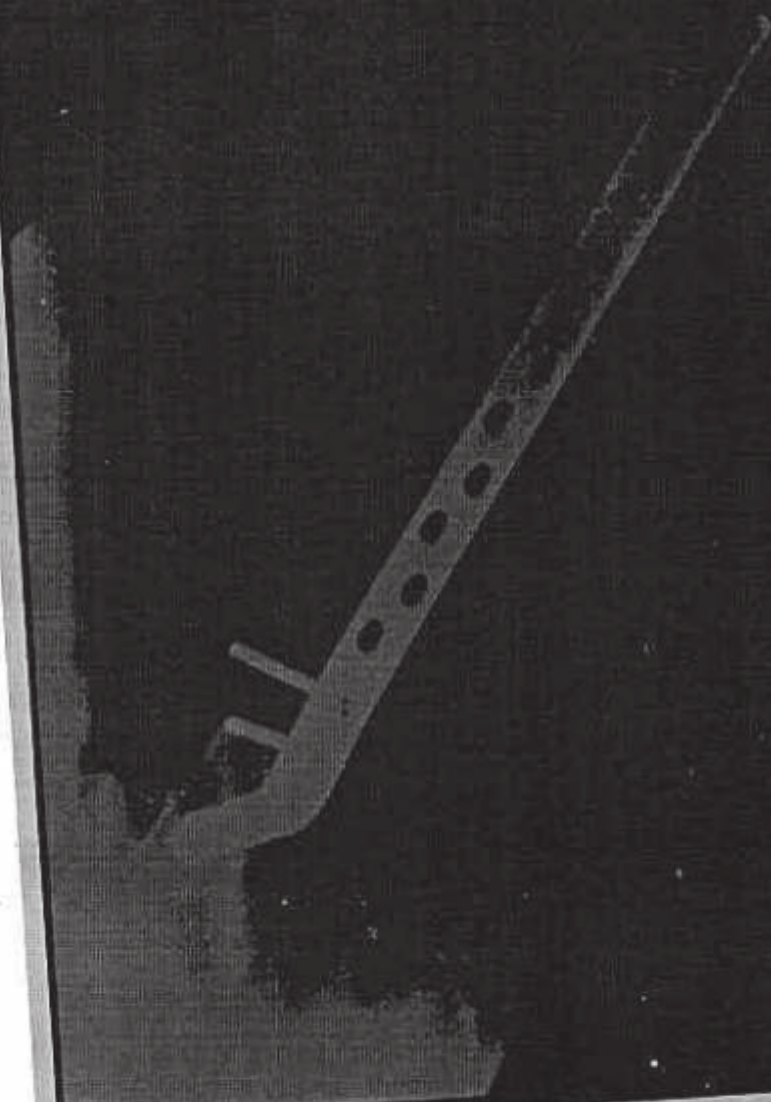
05 JUN. 2019

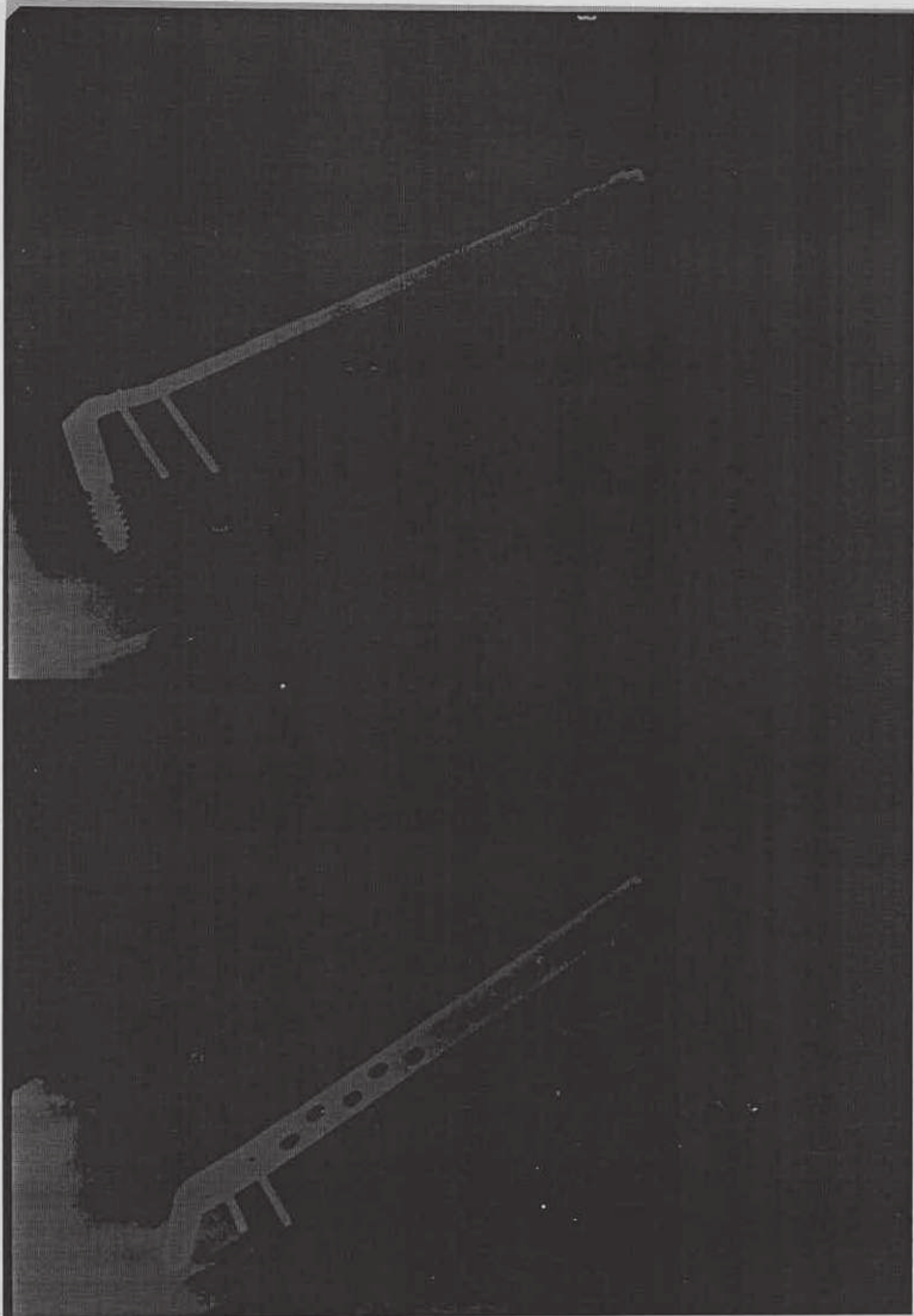
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

AGFA
Healthcare

100-MELLINGTON
-293

12.47







LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANIELA DA SILVA VIEGAS
DATA DE NASCIMENTO 10/01/93
NOME DA MÃE ANGELA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113345
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1134685
DATA DO ATENDIMENTO 09/01/19
HORA DO ATENDIMENTO 11:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIR.
CID 10 S72.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA COXA DIREITA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO QUADRIL, COXA DIREITA

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX - FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIREITO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIR

ALTA HOSPITALAR: 16/01/19
DATA DA EMISSÃO: 03/04/19

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSHL
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LAIANA
KAREN DANTAS BARRETO
Em: 14/01/2019 15:28:18

Nome DANIELA DA SILVA VIEGAS		Boletim de Atendimento 1134685	Data/Hora Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/01/1993	Idade 25	Sexo Feminino	CNS 704306531932893	Prontuário 113345
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data Internação 09/01/2019 12:29:16	Permanência na Unidade: 5d 4h 11min	Permanência no Leito: 3d 21h 22min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 14/01/2019 15:28:07)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO D FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FÊMUR DIREITO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM + RAI-O-X DE CONTROLE + HEMOGRAMA

STAFF: DR LUIZ JUVÊNCIO

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491


Laiana Karen Dantas Barreto
MEDICA
CRM. 8491

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 10/01/2019 10:43:26

Nome DANIELA DA SILVA VIEGAS		Boletim de Atendimento 1134685	Data/Hora Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/01/1993	Idade 25	Sexo Feminino	CNS 704306531932893	Prontuário 113345
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data Internação 09/01/2019 12:29:16	Permanência na Unidade: 23h 26min	Permanência no Leito: 22h 14min	

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 10/01/2019 10:43:05)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA DIREITA

EXAMES OK (LEUCOCITOSE 16000)

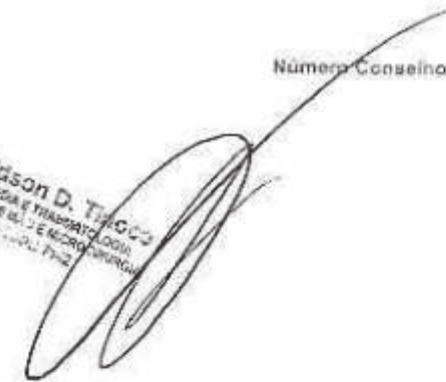
CD: INICIO CEFTRIAXONE + AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

OPM: DCS LONGO

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 01

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CENTRO DE ATENDIMENTO E REABILITACAO

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: VICTOR SA
DE SOUZA
Em: 15/01/2019 18:41:42

Nome: DANIELA DA SILVA VIEGAS		Boletim de Atendimento: 1134685	Data/Hora Entrada: 09/01/2019 11:17:43	Data/Hora Saída:
Data de nascimento: 10/01/1993	Idade: 25	Sexo: Feminino	CNS: 704306531932893	Prontuário: 113345
Tempo de Internação:		Convênio: SUS	Plantão: DIURNO	
Data de Entrada: 09/01/2019 11:17:43	Data Internação: 09/01/2019 12:29:16	Permanência na Unidade: 6d 7h 24min	Permanência no Leito: 5d 35min	

FISIOTERAPÊUTICA (VICTOR SA DE SOUZA - 15/01/2019 15:22:54)**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTUANTE

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: APICAL

EVOLUÇÃO:

EXPANSIBILIDADE: NORMAL

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AVALIAÇÃO MOTORA

DIMINUIDA: MID

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO:

SEGM(S): MID

CONDUTA

EVOLUÇÃO: POSICIONAMENTO TERAPÊUTICO, ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES, EXERCÍCIOS METABÓLICOS, ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Reeducação diafragmática

OBSERVAÇÕES:

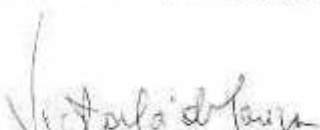
Paciente em 1º DPO.

Perfusão periférica preservada.

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: VICTOR SA DE SOUZA

Número Conselho: 87570


Victor Sá de Souza
Fisioterapeuta
CRM: 87570 - F

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: WANDRA
SANDRINE SILVA DE BRITO
Em: 13/01/2019 14:24:09

Nome DANIELA DA SILVA VIEGAS		Boletim de Atendimento 1134685	Data/Hora Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/01/1993	Idade 25	Sexo Feminino	CNS 704306531932893	Prontuário 113345
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data Internação 09/01/2019 12:29:16	Permanência na Unidade: 4d 3h 7min	Permanência no Leito: 2d 20h 18min	

FISIOTERAPÊUTICA (WANDRA SANDRINE SILVA DE BRITO - 13/01/2019 14:23:11)**ESTADO GERAL****EVOLUÇÃO**

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COLABORATIVO

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AValiação MOTORA

DIMINUÍDA: MID

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO:

SEGM.(S): MID

CONDUTA

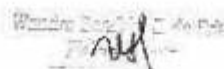
EVOLUÇÃO: TERAPIA DE EXPANSÃO PULMONAR ATIVA, ALONGAMENTO DE EXTREMIDADES, EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-ASSISTIDOS DE MEMBROS SUPERIORES E/OU MEMBROS INFERIORES, ORIENTAÇÕES GERAIS

OUTROS: Exercício respiratório associado aos MMSS

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: WANDRA SANDRINE SILVA DE BRITO

Número Conselho: 210123

Wandra Sandrine Silva de Brito


INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:Impresso por: ERIKA
CRISTINE MACIEL ANDRIOLA
Em: 12/01/2019 12:39:04

Nome DANIELA DA SILVA VIEGAS		Boletim de Atendimento 1134685	Data/Hora Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/01/1993	Idade 25	Sexo Feminino	CNS 704306531932893	Prontuário 113345
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data Internação 09/01/2019 12:29:16	Permanência na Unidade: 3d 1h 22min	Permanência no Leito: 1d 18h 33min	

FISIOTERAPÊUTICA (ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA - 12/01/2019 12:38:44)**ESTADO GERAL**

EVOLUÇÃO: REGULAR

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, COLABORATIVO

AValiação RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AValiação MOTORA

DIMINUIDA: MID

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO:

SEGM(S): MID

CONDUTAEVOLUÇÃO: EXERCÍCIOS METABÓLICOS, EXERCÍCIOS ATIVO-LIVRES DE MEMBROS SUPERIORES E/OU MEMBROS INFERIORES, ORIENTAÇÕES
GERAIS

OUTROS: Exercício respiratório associado aos MMSS

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA

Número Conselho: 108943

Erika Cristine M. Andriola
Fisioterapeuta
CREFITA 118.934

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

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

2 - CNES

2593262

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETS II do

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Daniela da Silva Viagas

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1134685

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTC

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTC

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTC

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CX DHS - DCS TMC
 01 placa DCS 14 furos
 01 fimo deslizante 50
 05 paraf. cort. (3, 34) (1-40) e (1-46)
 02 fios de Kirschner (2,0) usados como guia

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

Assinatura e Carimbo
 Mariana Dantas
 MÉDICA
 CRM 8491

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Handwritten Signature]
HCT/2018

Nome: Daniela de Silva Vieira BE/Prontuário: 1134685

Idade: 25 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 14/01/19

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura subtrocanteriana do fêmur direito

Cirurgião: Dr. Luiz Juvêncio 1º Assistente: MR1 Laiane

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Raquidiana Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura subtrocanteriana de fêmur direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento cirúrgico de fratura subtrocanteriana de fêmur direito	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 14/01/19

[Handwritten Signature]
Dr. Luiz Juvêncio
Ortopedista
CRM - RJ 9637

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Daniela da Silva Viegas

DATA: 25/01/1985 **INTERMEDIÁRIA:** LEITO

TRATAMENTO: Trat. cir. de nat. subtoconteriana de fêmur (D)

CHAMADA: Dr. Genécio + Dr. Luciano Siro

ANESTESIA: Dr. Valéria

ANESTESISTA: Dr. Valéria

DATA: 14/01/19 **ORÇAMENTO:** ANESTESIA: R\$ 0,00 **FEV:** **CIRURGIA:** R\$ 12:00 **Fim + 13:30**

INSTITUTO DE PESQUISA DE CIRURGIA - ASA - AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

USO: 1) ASA 2) FASE 3) FASE 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23) 24) 25) 26) 27) 28) 29) 30) 31) 32) 33) 34) 35) 36) 37) 38) 39) 40) 41) 42) 43) 44) 45) 46) 47) 48) 49) 50)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS		MATERIAIS CONT.		QTD.	FIO	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	JELCO Nº20			FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETANOL	1	JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
DIPOFEDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº1			FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		OK LÂMINA BISTURI Nº13			FIO DE NYLON Nº 20 M	
FENTANIL	1	OK LÂMINA BISTURI Nº3		1	FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		OK LÂMINA BISTURI Nº24			FIO POLILACTINA Nº	
ILITANO		LÂMINA DE DERMATOMO			FIO POLILACTINA Nº 1 M	
LEVORFIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO			FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORFIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCANA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		11	FIO POLIGLICAPRONE Nº	
LIDOCANA S/ VASO		AGULHA 25X07			FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08			FITA CARDIACA	
MORFINA	1	AGULHA 42X12			MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NUMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16			CATETER DE PIC	
PANDOLÓN		AGULHA PERIDURAL Nº17			CMENTO CIRÚRGICO	
PERIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18			CLIP TITÂNIO LINADURA	
PROPOFOL		AGULHA RAQUIN Nº36			FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUIN Nº36G	1		FIO DE KIRSCHNER 2,002	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUIN Nº210			FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOFEDICO		1	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATAJURA DE CREPOM			GRANDEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL		ATAJURA CESSADA		2	HEMOST. ABSORVIVEL	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA			KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº			PROTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1		KIT FAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº			FIXADOR EXTERNO	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16			EMPRESA	
FLAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17			PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18			PARAFUSOS CORTICAIS	
DIETILONA SÓDICA		CERA PARA OSSE			PARAFUSOS ESPONIOSO	
EFEPRINA		COLET. URINA FECHADO			PARAFUSOS ESPONIOSO	
FLUCORMIDA		COMPRESSAS C/ PARAFUSO			PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE FENIOSE			PARAFUSOS ESPONIOSO	
HIPOCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO			PARAFUSOS ESPONIOSO	
LIDOCANA GELÉIA		ELETRODOS			PARAFUSOS ESPONIOSO	
ONDASBENTONA		EQUIPO MACROGOTAS	1		PARAFUSOS ESPONIOSO	
PLASTI		EQUIPO TRANSF. SANGUE			PARAFUSOS ESPONIOSO	
PROSTOMIE		EQUIPO MICROGOTAS			PARAFUSOS ESPONIOSO	
PROFAMINA		ESPONIA DE PVF			PARAFUSOS ESPONIOSO	
TENOSOLAN		ESPARTELO	OK		PARAFUSOS ESPONIOSO	
relatório fêmeo 1		GAZES (parafusos) 100			PARAFUSOS ESPONIOSO	
		GAZES ALGODADAS			PARAFUSOS ESPONIOSO	
		GEL ELETROLÍTICO	OK		PARAFUSOS ESPONIOSO	
		JELCO Nº14			PARAFUSOS ESPONIOSO	
		JELCO Nº18			PARAFUSOS ESPONIOSO	

EQUIPAMENTOS

- () ASPIRADOR
- () BISTURI ELÉTRICO
- () CAPNOGRAFO
- () CARDIOMONITOR
- () DESFIBRILADOR
- () FOCO AUXILIAR
- () FOCO CENTRAL
- () MICROSCOPIO
- () MONITOR DE PULSO
- () P/ A INVASÃO INVASIVA
- () PERFURADOR MÉDICO
- () SERRA
- () CIRCULANTE

EX: DHS - DCS TMC

01 placa DC S 14 JUNTA

01 fêmeo 100

05 paraf. cort. (3-34) (1-40) 2

(01-46)

Guilherme Ferreira

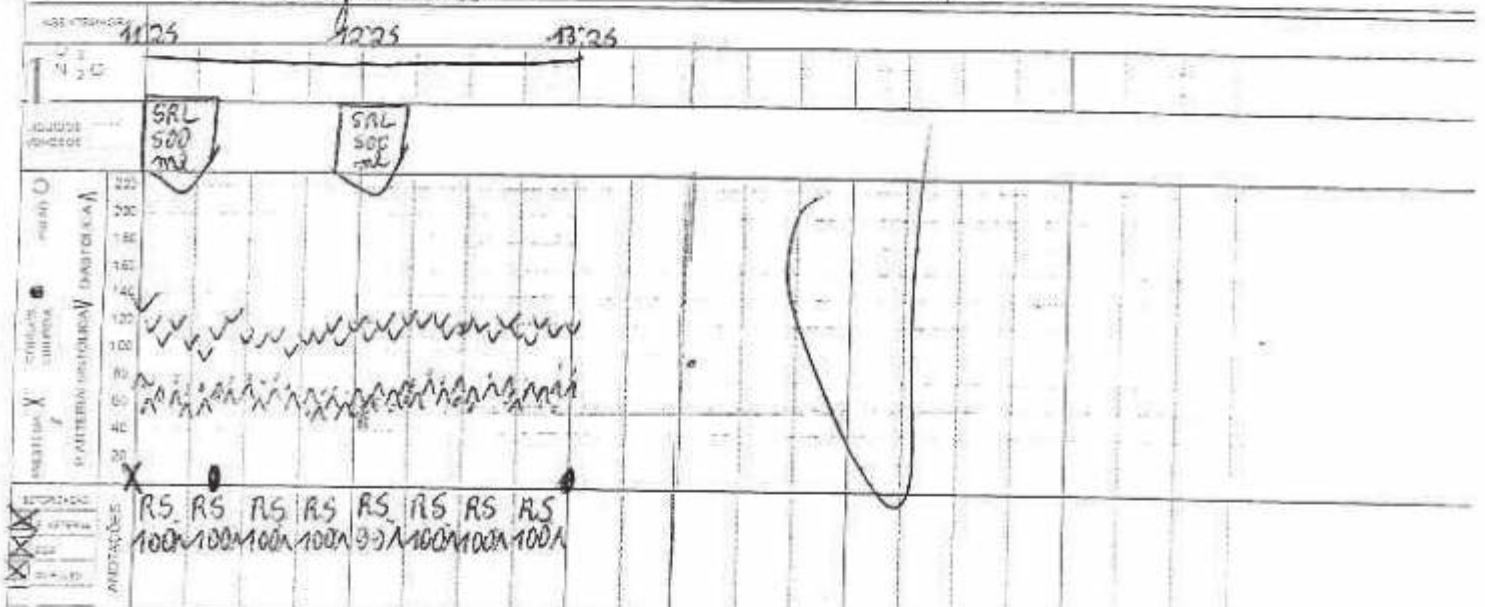
452-324

bom amor copiar



FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Marcelino DATA: 14/01/19 PRONTUÁRIO: 1134685
PACIENTE: Daniela da Silva Lopes SEXO: F COR: IDADE: 26
PRESSÃO ARTERIAL: 112x69 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL: X BOM / REGULAR / MAU / PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: X BOM / REGULAR / MAU / PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM
AP. RESPIRATÓRIO: MV em AHT, SIRA AP. CIRCULATÓRIO: estável hemodinamicamente
AP. DIGESTIVO: em jejum ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO: VPM
PRÉ-ANESTÉSICO: MDI 2mg ESTADO FÍSICO (ASA): I
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura subtrocanteriana de fêmur D.
CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico de fratura subtrocanteriana de fêmur D.
CIRURGIÃO: Dr. Juremir AUXILIARES: Dr. Lima (R1)
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:25 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:25 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 02h
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:
ANESTESISTA: Dr. Fabrizia Pereira CPF: CRM-PB:



ANESTESIA GERAL: ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☒ OUTROS

Paciente em DDH, monitorizada. Ventilação prévia em MS. Sedação com D. Porcunhada sentada. Realizada

1000

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

Quantidade	Medicamento	Quantidade
1	MDI 3mg + 3mg	11
2	Fentanyl 100mcg	12
3	Propofol 2g	13
4	Cefazolin 2g	14
5	Bupivacaína bupivacaína 15mg	15
6	Morfina 80mcg	16
7	Cetorolaco 100mg	17
8	Ureia 10mg	18
9	Cetorolaco 10mg	19
10	Efedrina 10mg	20

Observações importantes: anestesia e analgesia com alveol. a 20l. Punc. mediana, nível de L3-L4, com agulha Quincke 26 G.
Infusor (BME) B. Bloqueio eptoro, sem intercorrências (LCR).

Fabrizia P. Pereira
Médica Anestesiologista
CRM-PB 4904-97

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RECIBO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH sob anestesia
- Assepsia e antisepsia
- Aposição de campos cirúrgicos

Incisão:

- Via de acesso lateral do coxo direito em região proximal e distal
- Divulsão e dissecação por planos
- Cuidados com hemostasia

Achados:

- Fratura subtrocanteriana de fêmur direito

Conduta:

- Redução da fratura sob auxílio de escopio
- Fixação com placa DCS de 14 furos, em ponte, um parafuso deslizante n° 50, dois parafusos corticais proximais e três parafusos corticais distais
- Auxílio de escopio
- Revisão de hemostasia
- LMC com SFO 91.
- Sutura por planos.

Fechamento:

- Curativos estéreis
- Raio-x de controle
- Hemograma

Observação:

Dr. Edson J. J. J. J.
Ortopedia Traumatologia
CRM 92.8637

João Pessoa, 14/01/19

Médico/CRM:



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DANIELA DA SILVA VIEGAS

DATA DE NASCIMENTO 10/01/93

NOME DA MÃE ANGELA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113345

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1134685

DATA DO ATENDIMENTO 09/01/19

HORA DO ATENDIMENTO 11:17

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIR.

CID 10 S72.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA COXA DIREITA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO QUADRIL, COXA DIREITA

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX - FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIREITO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÊMUR DIR

ALTA HOSPITALAR: 16/01/19

DATA DA EMISSÃO: 03/04/19

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSHL
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB



Identificação do paciente

ID 1364435	Nome DANIELA DA SILVA VIEGAS	Sexo Feminino
Data de nascimento 10/01/1993	Idade 25 anos 11 meses 30 dias	Estado civil Pronúncia
Mãe ANGELA MARIA DA SILVA	Pai MARCOS ANTONIO VIEGAS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANGELA MARIA DA SILVA - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981249055	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3905111	Nº Cns 704308531932893
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58303435	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro DAVID NASSER
Número SN	Complemento FAZENDA SAO GONCALO		Bairro MUNICIPIOS

Admissão

Data e hora 09/01/2019 11:17:43	Número da pulseira 1100000715895	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

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 []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

09/01/19 Paciente deu entrada neste setor trazido pela
Soma vítima de acidente de moto, no momento con-
sciente e orientado. Encomendado ao CD 5

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir

CID
Enfermeira
COREN-PB 17615

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 09/10/19	ID da Ocorrência: 231572	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 10	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 10:28 Hs	Hora de Chegada no Local: 10:28 Hs
Paciente / Usuário: Danilo da Silva da Santos				Idade: 26	Sexo: ☐ Masc ☒ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☒ Outro: Casa do R. P. Santos				Logradouro: Rua Joaquim Vitorino		Bairro: Médicos Regulator
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
OTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar):				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☒ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
Hospital de Origem:	Responsável:
Hospital de Destino:	Responsável:
CAUSAS EXTERNAS Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☒ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:	ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais?

1. DADOS VITAIS

19/10/2019 FC: 54 FR: 12 HGT: SpO2 - S/O2: 98 SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Anomalia funcional do sistema respiratório

Intervenções: S.O.U.T. 600 + 300

Evolução da Enfermagem:

paciente em queda de altura de 10 metros, com lesão de TCC, apresentando

fratura de fêmur e tibia, com hemorragia e dificuldade de respirar.

Realizado atendimento de primeiros socorros e estabilização da vítima.

ORIENTAÇÃO DA REGULAGEM MÉDICA

APM encaminhado ao HUP e transferido para o bloco de cirurgia.

DANIELA DA SILVA VIEGAS
Data Nasc.: 10/01/1993 Sexo: F
704 3065 3193 2893

DIGITE SAÚDE 136
Carteira de Vacinação e Imunizável
Em todo território nacional, derivada da (Vigilância)
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
SUS 

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3.905.111
NOME DANIELA DA SILVA VIEGAS
FILIAÇÃO MARCOS ANTONIO VIEGAS
ANGELA MARIA DA SILVA
NATURALIDADE SANTA RITA-PB
DOC ORIGEM MASC.N.13699 FLS.258 LIV.A 14
CARTORIO C.ESPIRITO SANTO PB
CPF 07.974.544-03
DATA DE NASCIMENTO 10/01/1993
DATA DE EXPIRAÇÃO 22/09/2010
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 20.06.2006




ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIELA DA SILVA VIEGAS		BAE 1134685	Data/Hora Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data Básica
Data de nascimento 10/01/1993	Idade 25a 11m 30d	Sexo Feminino	CNS 704306531932893	Telefone de Contato (83) 981249066
Mãe ANGELA MARIA DA SILVA				Prontuário
Endereço DAVID NASSER, SN - FAZENDA SAO GONCALO		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB	
Data/Hora Classificação 09/01/2019 11:17:43		Data/Hora Prescrição 09/01/2019 12:14:14		
Anamnese #ortopedia PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM DOR EM COXA DIREITA RX COM FRATURA DE FEMUR DIREITO NEUROVASCULAR PRESERVADO CD: INTERNAMENTO				
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) HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)				
CUIDADOS CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO) HGT 6/6HS FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR) SSVV + CCGG				
EXAME LABORATORIAL COAGULOGRAMA COMPLETO CREATININA				

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente DANIELA DA SILVA VIEGAS		BAE 1134685	Data/Hora Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data Baixa
Data de nascimento 10/01/1993	Idade 25a 11m 30d	Sexo Feminino	CNS 704306531932893	Telefone de Contato (83) 981249066
Mãe ANGELA MARIA DA SILVA				Prontuário
Endereço DAVID NASSER, SN - FAZENDA SAO GONCALO		Bairro MUNICIPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 09/01/2019 11:17:43			Data/Hora Prescrição 09/01/2019 11:28:44	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTA DOR INTENSA NA COXA D, TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS.

CONDUTA: RX DE COXA D PA P + PARECER DA ORTOPEDIA + ALTA DA CIRURGIA GERAL

AME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

DANIELA DA SILVA VIEGAS

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONOGRAMA
UREIA
EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE BACIA
Conduta
Internar Paciente

Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM: 11134/PB

DANIELA DA SILVA VIEGAS

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

✓

V-02
P-156

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Daniela da Silva dos Santos




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.905.111 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 18/01/2019

NOME DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MARCOS ANTONIO VIEGAS
ANGELA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO 10/01/1993

DOC ORIGEM CASAM N.1855 FLS.37 LIV.08
CARTORIO CRUZ ESP.SANTO-PB

CNP 107.974.544-03

Assinatura: *Daniela da Silva dos Santos*

LEI Nº 7.114 DE 22/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 10/01/1993 Nº INSCRIÇÃO 0417 7977 1201 DV 003 SEÇÃO 0024

MUNICÍPIO/UF CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PB DATA DE EMISSÃO 22/05/2017

JUIZ ELEITORAL

Ass. Maria dos Graças Moreira Gomes

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

05 JUN. 2019

PROJETO DE LEI Nº 1000 DE 2019



Cartório Registrado
Maria Edmée Melo Gomes
Titular
Rachei Gomes de Melo
Escritão Autorizado
Cruz do Espírito Santo - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME:

Ricardo da Silva dos Santos

Daniela da Silva dos Santos

MATRICULA:

0698070155 2014 2 00008 037 0001855 48

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONTRAENTES

Ricardo da Silva dos Santos, nascido em trinta de maio de um mil novecentos e noventa e dois (30/05/1992), natural de Santa Rita-PB, brasileiro. Filho de Francisco de Assis Claudino dos Santos e Maria de Lourdes Firmino da Silva.

Daniela da Silva Viegas, nascida em dez de janeiro de um mil novecentos e noventa e três (10/01/1993), natural de Santa Rita-PB, brasileira. Filha de Marcos Antonio Viegas e Angela Maria da Silva.

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENSO)
vinte de novembro de dois mil e quatorze

DIA
20

MES
11

ANO
2014

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ELE: O mesmo nome de solteiro

ELA: Daniela da Silva dos Santos

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 20/11/2014, no Livro B-00008, N° 1855, folha 37.

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil de Pessoas Naturais

OFICIAL REGISTRADOR

Maria Edmée Melo Gomes

MUNICÍPIO/UF

Distrito de Cruz do Espírito Santo-PB

ENDEREÇO

Rua Epitácio Pessoa Nº 12 - Centro Distrito de Cruz do Espírito Santo, Cruz do Espírito Santo-PB - CEP 58337000 Fone: 83 3254-1161 E-mail: cartoriocruzdoespíritosanto@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Distrito de Cruz do Espírito Santo-PB, 20 de novembro de 2014.

Maria Edmée Melo Gomes
Maria Edmée Melo Gomes
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: **AAO22203-ZBLW**

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cartório Registro Civil
Maria Edmée Melo Gomes
Titular
Rachei Gomes de Melo
Escritão Autorizado
Cruz do Espírito Santo - PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190628/19

Vítima: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

CPF: 107.974.544-03

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 09/01/2019

Titular do CPF: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

DANIELA DA SILVA DOS SANTOS : 107.974.544-03

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: 05/06/2019
Nome: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS
CPF: 107.974.544-03

DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA