



Número: **0838371-56.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIELA DA SILVA VIEGAS (AUTOR)		LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE (ADVOGADO) José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34800 826	28/09/2020 09:53	2753598_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 06 de 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

Carta nº 14416193

Pag. 00351/00352 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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

Pag. 00251/00252 - carta_30 - INVALIDEZ



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: Recuso Endereço: Sítio Dona Helena Número: 50 Complemento: Casa
 Bairro: Área Rural Cidade: Ouriz do Espírito Santo Estado: PA 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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1914 CONTA: 138680 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 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: Ouriz - PA 05/06/2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
Daniela da Silva dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

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 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
Delegacia 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) Sitio Dona Helena, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Sitio 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 fê.



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



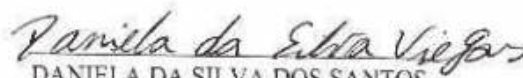
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**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: Recuso Endereço: Sit Dona Helena Número: 50 Complemento: Casa
 Bairro: Área Rural Cidade: Cruz do Espírito Santo Estado: PA 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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1914 CONTA: 138680 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

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 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.**

V001/2018





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



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
 Est. Médico
 CRE15ª REG. 301.1011

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



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
 Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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

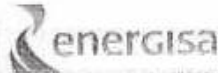
AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000138680-1

Nr. da Autenticação 21B5FFB14E6C1166



DANIELA DA SILVA DOS SANTOS
SIT DONA HELENA, 5/Nº CASA - AREA RURAL
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59227000 (AO 81)



Unidade MONDÁRCIO
Cidade: RES MTE BII / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Referenc: 5 - 55 - 571 - 4006 Referência: Abril 2019
Medidor: 30003794371 Emissão: 09/04/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-238 Km 25 - Cristó Fedorento - João Pessoa / PB - CEP 53071-800
CPF: 06.908.102/0001-40 - Ins. Est. 16.019.823-0

MeFiscal / Conta de Energia Eletrônica nº 002780196
Cód. para DDA Automática: 90017436264

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	107.974.544-03 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1743626-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 26 de junho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos lançamentos regulares de energia elétrica da unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações das faturas em todos os meses do decorrer do ano a que se refere e das áreas afetadas.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 11/04/19 Leitura: 5730	Data: 09/04/19 Leitura: 5957		187	28

CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa	Base de Cálculo	Alíq. (R\$/kWh)	Base de Cálculo	Valor (R\$)	Porcentagem (%)	Valor (R\$)
Tributos Totais (R\$) ICMS IPI IOM5 Período (R\$) (1250%) (1885%)									
1301	Consumo até 30kWh-BR	38.000	0,387880	3,30	8,63	27	2,25	8,63	0,39
1301	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,493640	34,54	34,54	27	0,22	34,54	0,57
1301	Consumo - 101 a 220kWh-BR	67.000	0,340500	49,88	49,88	27	13,39	49,88	0,54
1312	Subsídio	44,68	44,68	27	12,34	44,30	0,48	2,22	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
1307	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	15,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1304	JUROS DE MORA 02/2019	1,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1303	MULTA 02/2019	1,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1305	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2019	1,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1305	Revalorização Subsídio	-28,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC1: Código de Classificação do Item TOTAL: 128,61 137,37 27,08 137,37 1,40 8,88
Tarifa de Tributos: Até 30kWh: 0,387880 Até 100kWh: 0,493640 Até 220kWh: 0,340500

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

Histórico de Consumo (kWh)

172	173	185	151	183	152	159	167	165	176	180	188
Abr/19	Mar/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%		
DOMÉSTICA P. TRIMESTRAL D. S. ANUAL P. SEMESTRAL D. S. ANUAL D. S. TRIMESTRAL D. S. ANUAL	0,00	N. M. M. O. L.	11,34 23,09 47,19 7,74 11,49 23,09 3,59 15,50	CONTRATAÇÃO LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR	220 202 221	72,13 31,43 3,42 2,31 66,51 0,00	17,15 24,44 2,67 0,05 81,21 0,00
Total				128,61	100,00		

Valor do ESD (Rel. 2/2019) R\$ 1,34

ATENÇÃO
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 22,35.
Ação Verde: #ChequeAcidanteNoTrabalho

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009.02624.912008.00244.238176.5.78610000012861

PAGADOR: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 107.974.544-03
SIT DONA HELENA, S/Nº CASA - AREA RURAL - CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59227000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
06249123000244238	001743526201904	16/04/2019	R\$ 128,61	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 06.908.102/0001-40
B-238 Km 25 - Cristó Fedorento - João Pessoa / PB - CEP 53071-800

Agência / Código do beneficiário: 3064.3/2487-3



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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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 ESPIRITO 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: MOTOCICLATA Modelo: HONDA MXR 160 Ano: 2015
Placa: RF2 3035-PB Chassi: 9C2XN0810FR445088
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: (81) 3279-2792
Santa Rita - Paraíba
C.N.P.J.: 06.368.623/0001-23



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 ESPIRITO 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: MOTOCICLATA Modelo: HONDA MXR 160 Ano: 2015
Placa: RF2 3035-PB Chassi: 9C2XN0810FR445088
Data do Acidente: 09/04/19

Suelio Moreira Torres
Substituto



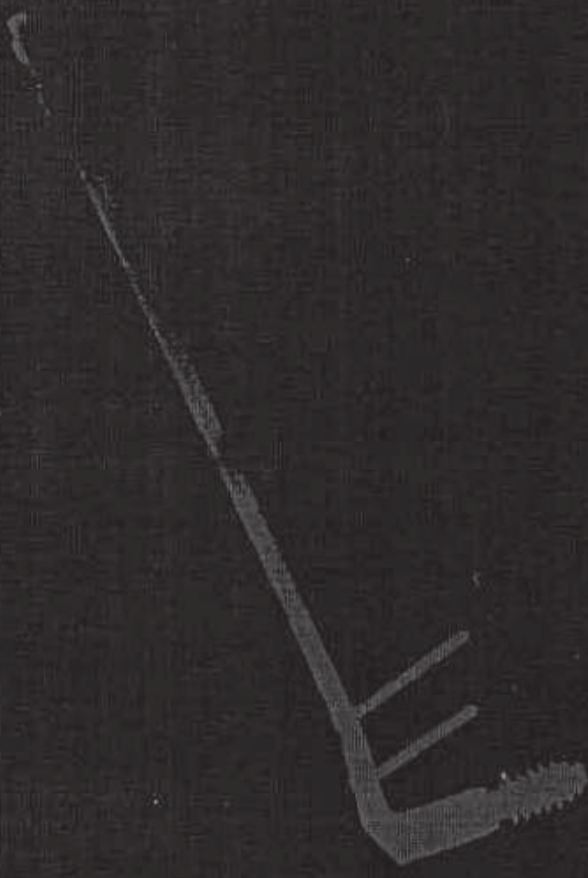
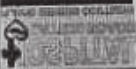
HOSE, ELVALIO RIBEIRO SOU LINDA 13:04:40 10-11-19

160 MELLINGTON

Nome DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

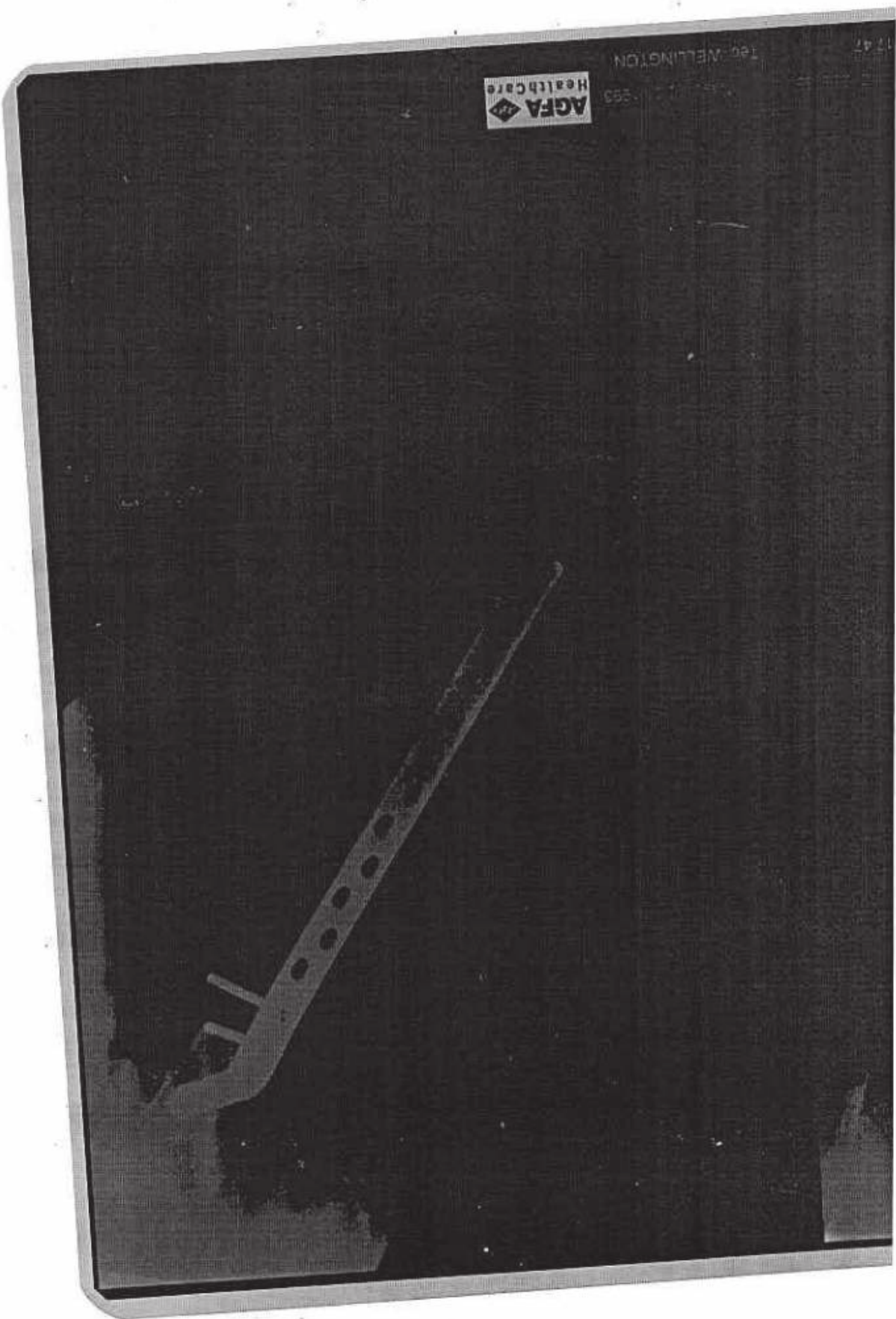
ID 589132

1990-01-18



05 JUN. 2019
PROTUCOLO
JOÃO PESSOA

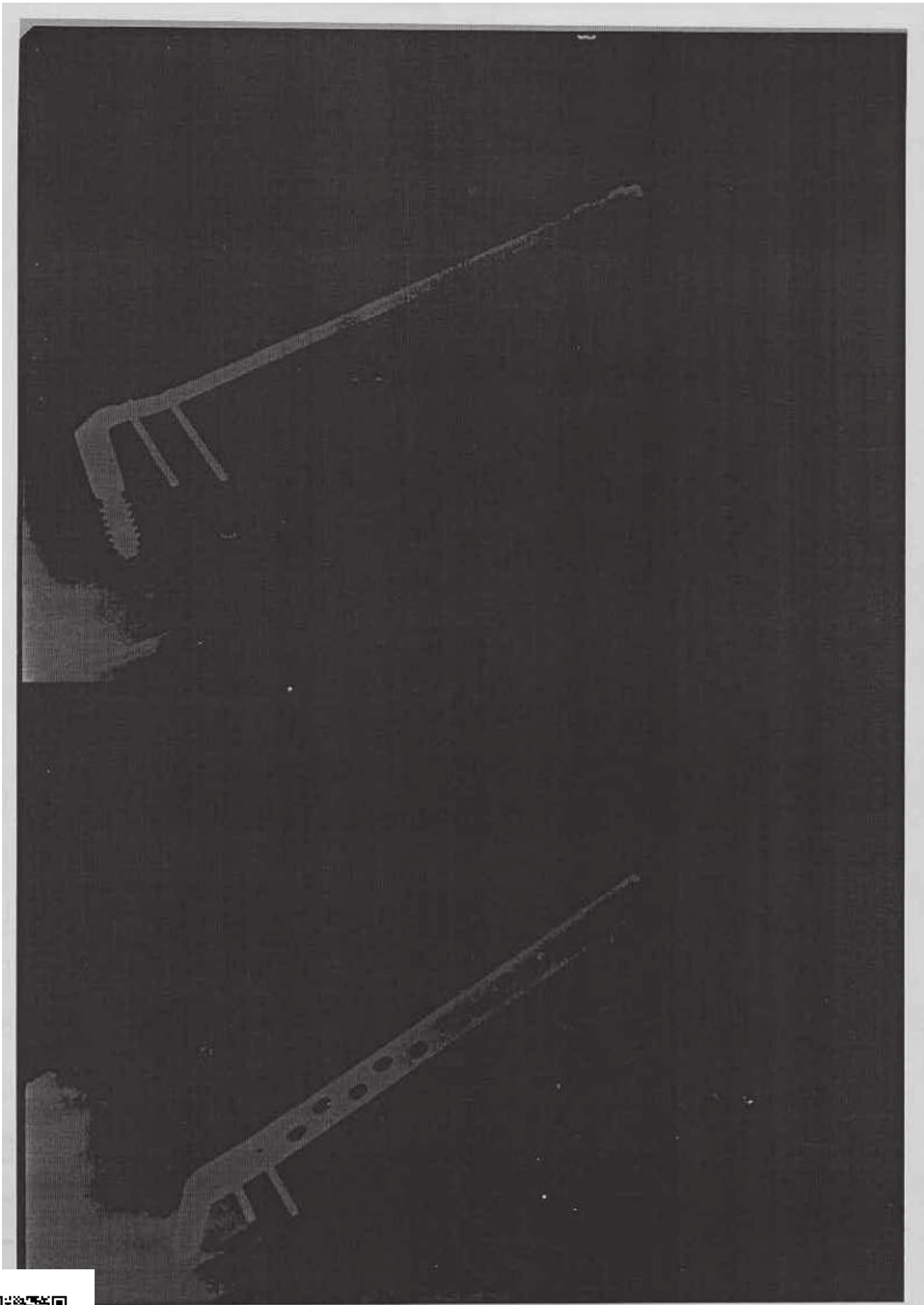




AGFA
HealthCare

160 WELLINGTON







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

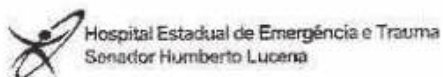
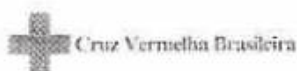
Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSHL
CRM 1873/PB

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

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO
CRM: 1873/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso 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 19/01/1993	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 + RAIIO-X DE CONTROLE + HEMOGRAMA

STAFF: DR LUIZ JUVÊNCIO

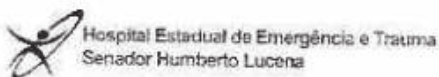
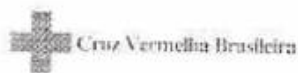
Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM- 8491





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

SUORTE 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.

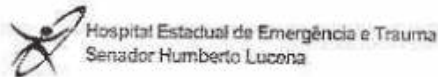
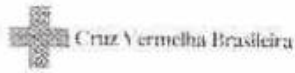
Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: VICTOR SA DE SOUZA

Número Conselho: 87570

Victor Sa de Souza
Victor Sa de Souza
Fisioterapeuta
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 RESPIRATORIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

SUPOORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AVALIAÇÃO MOTORA

DIMINUIDA: 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

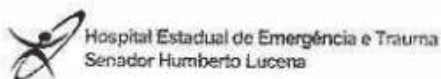
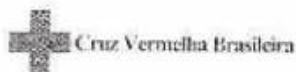
Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: WANDRA SANDRINE SILVA DE BRITO

Número Conselho: 210123

Wandra Sandrine Silva de Brito
[Assinatura]





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

DIMINUÍDA: MID

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO:

SEGM(S): MID

CONDUTA

EVOLUÇÃO: 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
CREFITO 118.94



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 Viegas			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1134685	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
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 - QTD.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - QTD.
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	38 - QTD.
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
ex DHS - DCS TMC 01 placa DCS 14 furas 01 fimo deslizante 50 05 paraf. cont. (3, 34) (1-40) e (1-46) 02 fios de Kirschmmer (2.0) usados como guia				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 14/01/19				44 - DOCUMENTO 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
46 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO 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	



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Daniela de Silva Vieira BE/Prontuário: 1134685
 Idade: 25 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 14/01/19
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura subtrocantariana do fêmur direito
 Cirurgião: Dr. Luiz Juvêncio 1º Assistente: MR1 Laiana
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Raquianestesia Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura subtrocantariana de fêmur direito	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento cirúrgico de fratura subtrocantariana 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: _____

Dr. Luiz Juvêncio
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - PE 9637

João Pessoa, 14/01/19



Nota de Sala Cirúrgica



Nome do Paciente: Daniela da Silva Viagas
 Data: 25 de 11/2019 (1134685)
 Cirurgia: trat. cir. de fratura subtrocanteriana de fêmur
 Cirurgião: Dr. Jurencio + Dr. Luciano Lima
 Anestesia: Dr. Valéria Raquel
 Data: 14/01/19 Hora: 12:00 Fim: 13:30

MEDICAMENTOS		MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18			FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
ELIPVACINA ISOBARICA		JELCO Nº20			FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
ELIPVACINA PESADA		JELCO Nº22			FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24			FIO DE AÇO Nº	
DIOPROPIOL		KIT SIST. DREN. TORÁNICA Nº			FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	20 M
FENTANILA	PVPi DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO POLILACTINA Nº	
ETEMAZENIL	PVPi TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº14		FIO POLILACTINA Nº	
ULTRAXO	PVPi TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLILACTINA Nº	1 M
ELIPVACINA CIVASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACINA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA CIVASO	AGULHA 13X4,5		LUVAS ESTERIL Nº2		FIO POLILACTAPRONE Nº	
LIDOCAINA S/VASO	AGULHA 28X07		LUVAS ESTERIL Nº3		FIO SEDA Nº	
MIODOLAN	AGULHA 28X08		LUVAS ESTERIL Nº3		FITA CARDÍACA	
MOXETINA	AGULHA 42X12		LUVAS ESTERIL Nº3		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PUMBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA		CATER DE PIC	
PANDURONIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PERIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERIFURADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPFOLOL	AGULHA RAQUÍ Nº25G		SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RANIBENTANIL	AGULHA RAQUÍ Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER	2,002
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
ROVOTILURANO	ALGODÃO ORTÓFÉDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		GRANDEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVÍVEL	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA			KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA	CÂMULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		PROTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT PAN	
ATROPINA	CATER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		FIXADOR EXTERNO	
BEYTRA	CATER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		EMPRESA	
ETAZOLINA	CATER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 3VIAS Nº12			
FLAMETASONA	CATER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 3VIAS Nº14			
DIFENIDRAMINA SÓDICA	CERA PARA OSSE		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIS	
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIS	
FLOROFENIDA	COMPRESSAS Oculares		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 30%	COMPRESSAS GÉRGICAS		ORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE FENIOSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELIDA	ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASIBENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATER)		PLACA	
PLAST	EQUIPO TRANSF. SANGUE					
PROSTOMIE	EQUIPO MICROGOTAS					
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPi					
TENOLOGIA	ESPAKADILAPO	OK	FIO ALGODÃO SIA Nº			
	GAZE (pacote) 14x14	OK	FIO ALGODÃO SIA Nº			
	GAZE ALGODADAS	OK	FIO ALGODÃO CIA Nº			
	GEL ELETROLÍTICO	OK	FIO ALGODÃO CIA Nº			
	JELCO Nº18					
	JELCO Nº18					

CA DHS - DCS TMC
 01 placa DCS 14 JUNPOS
 01 fimo utilizado 50
 05 paraf. cortis (3-34) (1-40) e
 (01-46)
 Anaíze Filipe
 452-324

bom antes copiar



RESERVA

FICHA DE ANESTESIA



Nome completo: *Neon Oliveira*

DATA: *14/01/19*

PRONTUÁRIO: *1134685*

PACIENTE: *Denilda da Silva Vargas* SEXO: *F* COR: IDADE: *26*

PRESSÃO: *120x60* 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: *MVC em AHT, SIRA* AP. CIRCULATÓRIO: *estável hemodinamicamente*

AP. DIGESTIVO: *em jejum* ESTADO MENTAL: *LOTE* DROGAS EM USO: *VPM*

PRÉ-ANESTÉSICO: *MDT 2mg* ESTADO FÍSICO (ASA): *I*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fratura subtrocanteriana de fêmur D.*

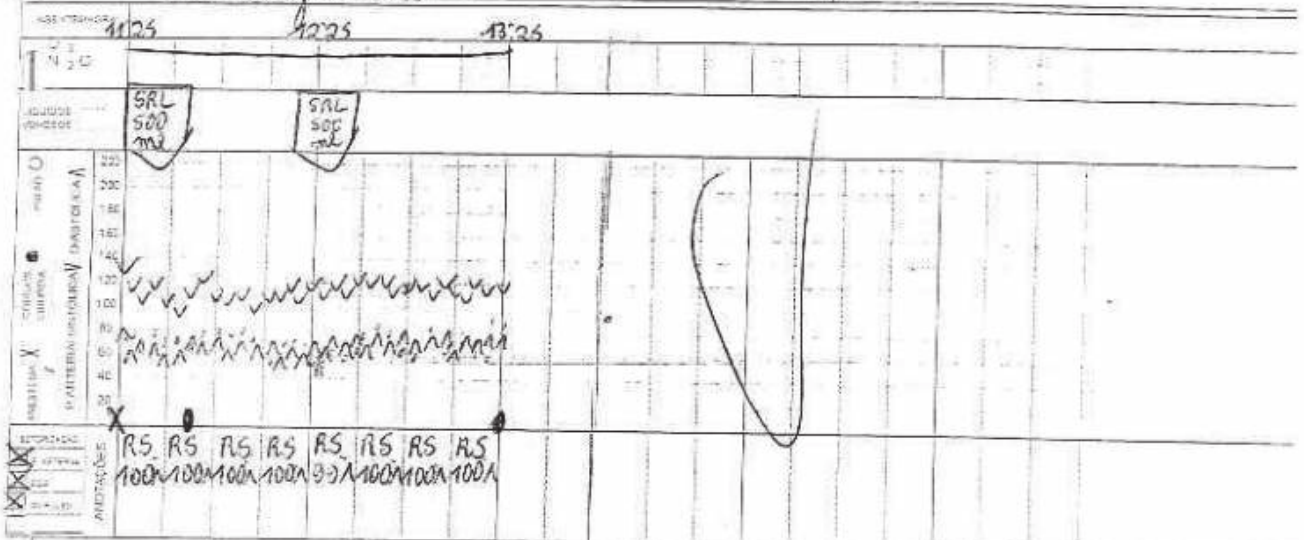
CIRURGIA REALIZADA: *Tratamento cirúrgico de fratura subtrocanteriana de fêmur D.*

CIRURGIÃO: *Dr. Jussara* 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. Fabrícia Pereira* CPF CRM-PB



ANESTESIA GERAL FACILITADA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOSO OUTROS

Realizada em DDH, mantida com *Clonitazepam* em MS. Sedação com *D.* Posicionada sentada Realizada

QUANTIDADE	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	VALOR
1	MDT 2mg + 3mg	11
2	Fentanyl 100mcg	12
3	Diprimum 2g	13
4	Citrasolona 2g	14
5	Bupivacaína bupivacaína 15mg	15
6	Morfina 80mg	16
7	Clonitazepam 100mg	17
8	Dexametasona 10mg	18
9	Cetamina 10mg	19
10	Efedrina 10mg	20

Observações importantes: *ressaca e antiagregação com ácido aprotinase. Puncção mediana à nível de L3-L4, com agulha Quincke 26 G. Injetador (BME) e Bloqueio efetivo, sem intercorrências (LPR+).*

Assinatura do Anestesiologista: *Fabrícia P. Pereira*
CRM-PB: *580.283.404-97*



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

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

Incisão:

- Via de acesso lateral de coxa direita 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 nº 50, dois parafusos corticais proximais e três parafusos corticais distais
- Auxílio de escopio
- Revisão de hemostasia
- LMC com SFO, 9%.
- Sutura por planos.

Fechamento:

- Curativos estéreis
- Raio-x de controle
- Hemograma.

Observação:

Dr. Suelio Moreira Torres
Cirurgião Geral
Rég. nº 93.8837

João Pessoa, 14/01/19

*Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





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

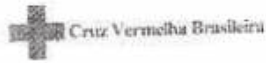
ALTA HOSPITALAR: 16/01/19
DATA DA EMISSÃO: 03/04/19

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

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

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1134685



Identificação do paciente			
ID 1364435	Nome DANIELA DA SILVA VIEGAS	Sexo Feminino	
Data do nascimento 10/01/1993	Idade 25 anos 11 meses 30 dias	Estado civil	Religião
Mãe ANGELA MARIA DA SILVA	Pa MARCOS ANTONIO VIEGAS		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANGELA MARIA DA SILVA - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981249066	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	CBC/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	Clinica		
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	Pulso	Temperatura
mmHg			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos 09/01/19 Paciente deu entrada neste setor trazendo pela somente vítima de acidente de moto, no momento com consciência e orientado. Encaminhado ao CDU			
Diagnóstico			
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			

Imprimir

CID
Enfermeira
CAREN PR 14615

09/01/2019 11:15





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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 09/10/19	ID da Ocorrência: 231572	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 10	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 10:38 Hs	Hora de Chegada no Local: 10:38 Hs
Paciente / Usuário: Danilo da Silva da Santos		Idade: 26	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:		
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Quilômetro 1 - B. S. S.</u>		Logradouro: <u>Quilômetro 1 - B. S. S.</u>		Bairro:	Médico Regulador: <u>Luciano A.</u>	
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 no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
OTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): <u>TRADU</u>				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

MATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

1. DADOS VITAIS
 FC: 50 FR: 12 HGT: 1,78 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: Ansiedade relacionada à doença

Intervenções: Shout out + 194

Evolução da Enfermagem: paciente em boas condições de saúde, resposta de TCC adequada

ORIENTAÇÃO DA REGULAGEM MÉDICA: APM encaminhado ao UH e transa para UH

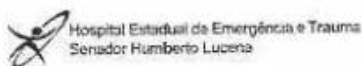


DANIELA DA SILVA VIEGAS
Data Nasc.: 10/01/1993 Sexo: F
704 3065 3193 2893

DISQUE SAÚDE 136
Placard para uso pessoal e informal.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Distrito Federal.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. SUS 

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 3.905.111 DATA DE EMISSÃO 22/09/2010
NOME DANIELA DA SILVA VIEGAS
FILIAÇÃO MARCOS ANTONIO VIEGAS
ANGELA MARIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 10/01/1993
NATURALIDADE SANTA RITA-PB
DOC ORIGEMASC.N.13699 FLS.258 LIV.A 14
CARTORIO C.ESPIRITO SANTO PB
CPF 07.974.544-03
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.518 DE 2011





AREA VERMELHA

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

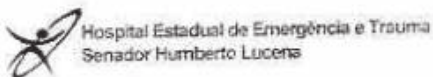
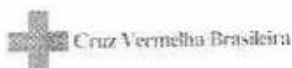
Tel:

CNES: 6121221

Paciente DANIELA DA SILVA VIEGAS		BAE 1134685	Data/Hora Entrada 09/01/2019 11:17:43	Data 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 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				
ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H				
Diluir				
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML				
ÁGUA 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 (MG/TSM)				
CUIDADOS				
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)				
HGT 6/6HS				
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA				
INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)				
SSV + CCGG				
EXAME LABORATORIAL				
COAGULOGRAMA COMPLETO				
CREATININA				

Bolton 2019/01/09 11:17:43





SALA DE OBSERVAÇÃO AREA 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) 961249066
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 ORTOPEDA + 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)

Sistema registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 09/01/2019 11:18:16



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

Daniel Correia Arruda
 MEDICO
 CRM 11134/PB

 DANIELA DA SILVA VIEGAS

 DANIEL CORREIA ARRUDA
 (CRM: 11134/PB)

(Handwritten mark)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-156

REGISTRO DE IDENTIDADE

Daniela da Silva dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE




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

CPF 107.974.544-03

Daniela da Silva dos Santos

LETA Nº 1018 P/B 018/83

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 ZONA URBANA 0024

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

JUIZ ELEITORAL

[Signature]

UEN. Maria dos Graças Moreira Gomes

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

05 JUN. 2019

[Handwritten text]





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: cartoriocruzdoespíritossanto@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
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: **AAO22203-ZBLW**

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

Cartório Registrador Civil
Maria Edmée Melo Gomes
Rachei Gomes de Melo
Escrição Autorizada
Cruz do Espírito Santo - PB

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

INº 855517 A

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

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

