



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
34800 826	28/09/2020 09:53	<u>2753598_CONTESTACAO_Anexo_02</u>
		Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14416193



Pág. 00351/00352 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009280953357360000033267981>
Número do documento: 2009280953357360000033267981

Núm. 34800826 - Pág. 1



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	107.974.544-03	Daniela Ida 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 Ida Silva dos Santos		
Profissão:	Engenheiro	CPF:	107.974.544-03
RECUSO	Sit Dom Helena	Número:	501 Casa
Bairro:	Centro Rural	Cidade:	Brumado Espírito Santo PA
E-mail:	CEP: 58337-000 Tf.(DDD): (83)		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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 de 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. 39, §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.

MORTE

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/avôs 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: Fortaleza - PB 05/06/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2^a | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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.

V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
 Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
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

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, SOCORRIDO 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 FÉMUR DIREITO, REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 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, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Janila
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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



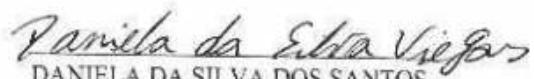
**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A I B A



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


DANIELA DA SILVA DOS SANTOS
Noticiante

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2019.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 5



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:	Nome completo da vítima:	
	107.974.544-03	Daniela Ida 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 Ida Silva dos Santos		CPF: 107.974.544-03	
Profissão: RECUSO	Endereço: Sit Dom Helena	Número: 50	Complemento: Casa
Bairro: Area Rural	Cidade: Criz do Espírito Santo	Estado: PA	CEP: 58337-000
E-mail:		TÉL.(DDD): (83)	

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 atende 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 de 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. 39, §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/avôs 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: <i>França Torres - PA 05/06/2019</i>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1 ^a Nome: _____
	CPF: _____	CPF: <i>05 JUN. 2019</i>
(*) Assinatura de quem assina A ROGO <i>Daniela da Silva Vaz</i>		Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2 ^a 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 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
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
Estagiário
CRE/5^a Região: 1011

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

COMPREV PREVIDÊNCIAS /
05 JUN. 2019
PROJUCOLIO
AG. 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 8

DANIELA DA SILVA DOS SANTOS
SIT DONA HELENA, S/N CASA - ÁREA RURAL
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 58937000 (AD: 51)



Licenciado MONOFÁSICO
Casa/Sítio: RES MTC BH / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Referência: 487/2019
Número: 00008734371 | Endereço: 000042313

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9-728-Rm25-Cristo Rei-Feira-Jataí-Pernambuco-PE-CEP:501911490
CNPJ:05.096.110/0001-49 | Insc. Est: 16.015.823-0
Site: www.energisa.com.br
E-mail: Energia@energisa.com.br | Fone: (83) 3891-7996
Cód. para Dívida Automática: 00011428864

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	107.974.544-03 Insc. Est: 16.015.823-0

UC (Unidade Consumidora): 5/1743626-4

Canal de contato

Declaração de Cultura do Aquele de Débitos:
Confirme a provisão na Lei 12.007 de 26 de junho de 2009.
Informamos a quitação das dívidas referentes aos fornecimentos regulares de energia elétrica destinados ao consumidor verificado no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração é voluntária, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quais são feitas anualmente nos meses das leituras de energia que se referem, e não, anos anteriores.

- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi calculada pelo mês de 10.438, de 28 de abril de 2019.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 11/04/19	Lectura 5730	Data 09/04/19	Lectura 5957	
Demonstrativo				
CCL	Descrição	Quantidade	Tarifa	Variação Baseada na Anterior
		Total	R\$/kWh	R\$/kWh
1801	Consumo até 300KWh-BR	38.800	0,387888	0,38
1801	Consumo - 31 a 100KWh-BR	70.600	0,493640	0,54
0001	Consumo - 101 a 220KWh-BR	67.600	0,340300	0,34
0812	Bubstic	44.88	44,88	0,48
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
1807	CONTRIBUIÇÃO LUMINÁRIA	15,72	R\$0	0,00
1804	JUROS DE MORA 02/2019	1,59	0,00	0,00
1805	MULTA DE 2019	1,84	0,00	0,00
0003	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2018	1,66	0,00	0,00
0305	Devolução Subsídio	-29,85	0,00	0,00
CCL: Código de Classificação do Item TOTAL: 128,61 137,37 37,88 137,37 1,40 R\$00				

Tarifa de Trabalho: Até 30kWh: R\$ 0,38000; Até 90kWh: R\$ 0,33000; Acima: R\$ 0,49540

DATA DE VENCIMENTO: 16/04/2019 | **TOTAL A PAGAR:** R\$ 128,61

Histórico de Consumo (kWh)

172 | 173 | 185 | 151 | 182 | 152 | 159 | 167 | 166 | 176 | 160 | 188
Abr/19 Maio/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19

RESERVAÇÃO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão [V]	
DISENLAL	11,34	0,00	DISMOL
DIS TRIMESTRAL	23,99	0,00	220
DIS ANUAL	47,70	0,00	
REISENLAL	11,49	0,00	CENTRA TARI
REI TRIMESTRAL	23,96	0,00	LIMITE SUPERIOR
REI ANUAL	47,59	0,00	LIMITE INFERIOR
DNC	13,59	0,00	220
D70	15,53	0,00	
Total:		128,61	100,00
Valor da E-REG (Ref. 21/2019) R\$ 71,98			

ATENÇÃO

Sua unidade foi furtada no dia 08/04/2019, tendo um desconto de R\$23,00.
Abra o link: [#ChegaSeAcidenteDeTrabalho](#)

Faturas em atraso

COMPREV
05 JUN. 2019
COMPRA FÁCIL S/A

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/N CASA - ÁREA RURAL - CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 58937000

Nº rec N°: 26349120000244238 | Nr. Documento: 051743526201306 | Data de Vencimento: 10/04/2019 | Valor do Documento: R\$ 128,61 | Valor Fazenda:

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.295.192/0001-49

BR-331, KM26 - Cristo Rei - Jataí - PR - CEP: 55011-000

Agencia / Código do beneficiário: 3564.3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 9

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 FÉMUR 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)

Capital 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 Quívidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSÉ 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
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROJETA DA, nº 312,
complemento CAJA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Daniela da Silva dos Santos, cujo o condutor era
José Roberto da Silva dos Santos.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 160 Ano: 2015
Placa: QF2 3035-PB Chassi: 9C1KNO810FR445088
Data: 19/06/19

Local & Data: Santa Rita - 43 30/04/2019

DOURADO
DE AZEVÉDO

Technique de Recouvrement

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUN. 2019

A circular postmark from DOURADO DE AZEVEDO, Santa Rita, Pernambuco, Brazil. The text "DOURADO DE AZEVEDO" is at the top, followed by "Santa Rita" in the center, and "Pernambuco" at the bottom. The date "20-5-1981" is stamped in the middle. A small illustration of a bird is visible on the right side.

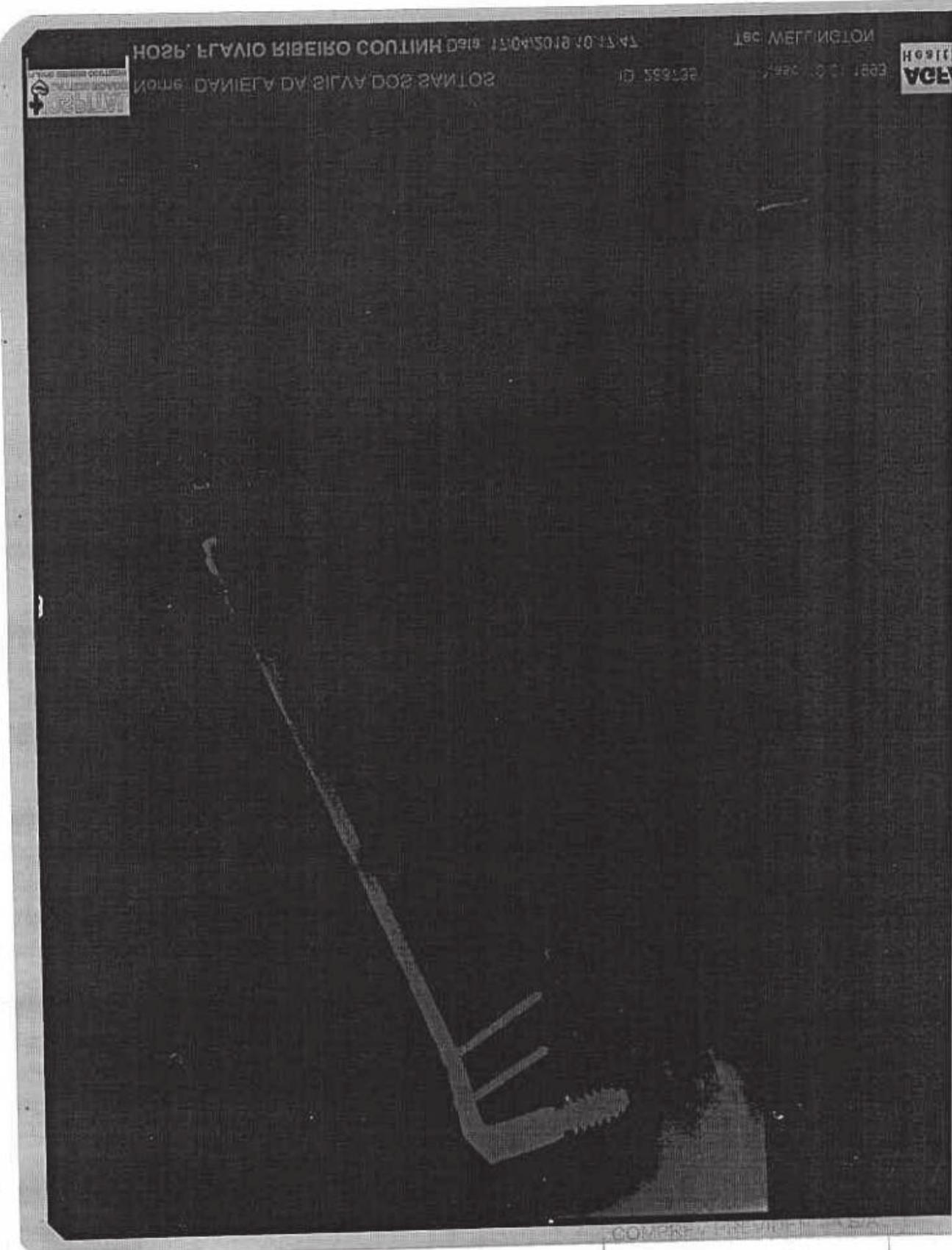
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Rua 550 3850, nº 27 - Centro
Cep: 58300-150
Fone/Fax: (63) 3229-2752
Site: www.psicofilia.com.br

ED 0574 36 VERSO. SAN FRANCISCO 2004/2011 971247
CARTA SIMILAR CUBANA 1911-1912
1912-1913 1913-1914 1914-1915 1915-1916 1916-1917
SELLO DIFITAL ALMENDRALES


Ana Santos Coutinho
Substituto





05 JUN. 2019

PROTÓCOLO
DE RESSARCIMENTO

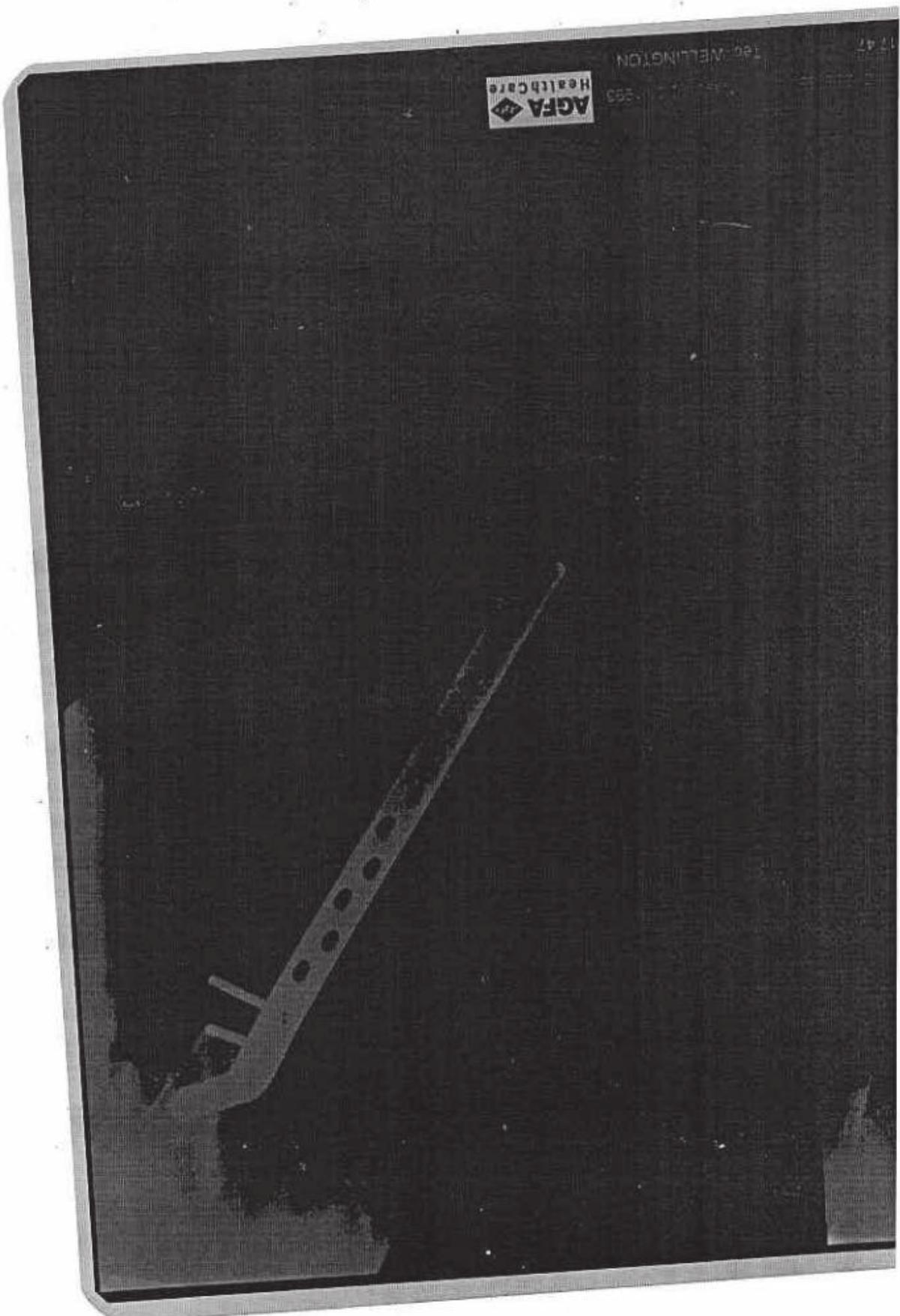


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>

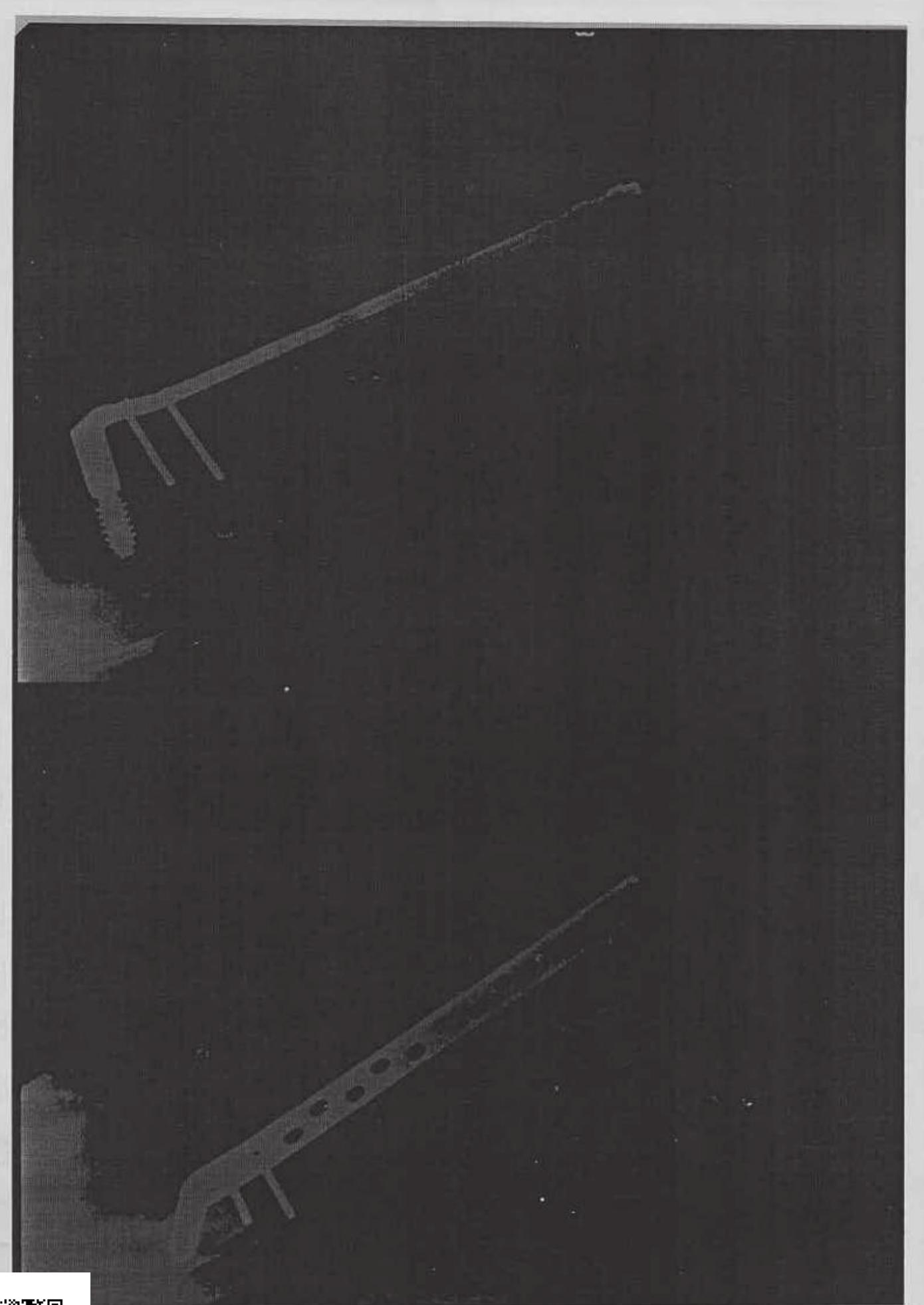
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 14



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 FÉMUR 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 FÉMUR DIREITO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÉMUR 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 TOLÉDO
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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 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 Médica (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 14/01/2019 15:28:07)

Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:

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

CD: VPM + RAIO-X DE CONTROLE + HEMOGRAMA

STAFF: DR LUIZ JUVÉNCIO

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: 0001
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

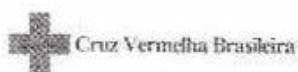
Número Conselho: 8491

Laiana Karen Dantas Barreto
EVOLUÇÃO
CRM: 8491

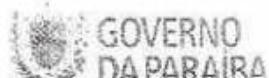


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
 Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 16



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Impresso 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		Permanência na Unidade: 23h 26min	Permanência no Leito: 22h 14min	

Evolução Médica (EDSON DELGADO TINOCO - 10/01/2019 10:43:05)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

ORTOPEDIA

#FRATURA SUBTROCANTÉRICA DIREITA

EXAMES OK (LEUCOCITOSE 16000)

CD: INICIO CEFTRIAZONE + AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

OPM: DCS LONGO

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

G. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
C.R.O.T. - F-2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>

Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 17



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, 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

FISIOTERAPÉUTICA (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

CONDICÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AVALIAÇÃO MOTORA

DIMINUIDA: MID

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO:

SEGMENTOS: MID

CONDUTA

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

OUTROS: Reducção diafragmática

OSSERVAÇÕES:

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
 Fisioterapesta
 CRM/FITO 87570 - F



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, 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		
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

FISIOTERAPÉUTICA (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:

CONDICÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM AR AMBIENTE

AVALIAÇÃO MOTORA

DIMINUIDA: MID

INSPEÇÃO: EDEMA

EVOLUÇÃO:

SEGMENTOS: MID

CONDUTA

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

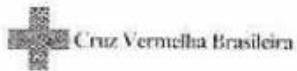
OUTROS: Exercício respiratório associado aos MMSS

Seção: HTOP - ENF 10 - Leito: 0001
Profissional responsável pela informação: WANDRA SANDRINE SILVA DE BRITO

Número Conselho: 210123

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 19



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Hélio Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

FISIOTERAPÉUTICA (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:

CONDICÃO RESPIRATÓRIA: EUPNÉIA

SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AR AMBIENTE

AVALIAÇÃO MOTORA

DIMINUIDA: 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
(REFITO 118.94)



ANEXO II

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 <i>HEECTSHd</i>				4 - CNPJ				
Identificação do Paciente								
5 - NOME DO PACIENTE <i>Daniela da Silva Viegas</i>				6 - NF DO PRONTUÁRIO <i>1134685</i>				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RACOR / 10.1 - ETNIA		
				Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	3			
11 - NOME DA MÃE				12 - FONE DE CONTATO - N° DO FONE				
				DDD				
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - FONE DE CONTATO - N° DO FONE				
				DDD				
15 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)				16 - CÓD. ISE/ 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		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - OTIE		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - OTIE		
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		40 - OTIE		
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO								
<i>CX DHS - DCS TMC 01 flaca DCS 14 furos 01 fimo desligante 50 05 faraf. cont. (3, 34) (1-40) e (1-46) 02 fios de Kirschner (2,0) usados como guia.</i>								
PROFISSIONAL SOLICITANTE								
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				43 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>14/01/19</i>				
44 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> CPF		45 - N° DOCUMENTO (CNE/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Janaína Dantas MEDICA 8491</i>				
AUTORIZAÇÃO								
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
50 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> CPF		51 - N° DOCUMENTO (CNE/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				




HECOSIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Daniela de Silva Vieira BE/Prontuário: 1134689

Idade: 26 a Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 14/01/19

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Treatamento cirúrgico de fratura subtrocleariana à direita

Cirurgião: Dr. Luiz Juvêncio 1º Assistente: MRI Leizara

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Reqüíntesis Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura subtrocleariana de fêmur</u>	
<u>direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Treatmento cirúrgico de fratura</u>	
<u>subtrocleariana de fêmur direito</u>	

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

Biopsia de Congelação: (Sim) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____




Dr. Luis Juvêncio
Ortopedia
Cirurgia

João Pessoa, 14/01/19





-02-104

Daniela da Silva Viegas

DATA: 25/11/13 Hora: 13:46:85 FEMININA LETRA
 TRAT. cir. de fract. subtrocanteriana de fêmur (D)
 Dr. Gutiérrez + Dr. Leônidas Sáre
 ANESTÉSICO: Dr. Fábia Vieira
 ANESTESEPTICA:

INTEGRAÇÃO: DATA: 14/01/14 PERTO: ANESTÉSICO INICIO: FIM: CIRURGIA INICIO: 12:00 Fim + 13:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA: AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS		ASA I: ASA I (ASAS) ASA II: ASA II	
ÍNDICE DE CONTAMINAÇÃO (ELIMINAÇÃO CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA)		MATERIAIS CONT.	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS (OTR.)		QTD.	FIOS
ALFENTANILA		JELCO Nº18	FIO CAT GUT CRONADO Nº
ELPIVACANA ISOBÁRICA		JELCO Nº20	FIO CAT GUT CRONADO Nº
ELPIVACANA PRESA		JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CETANIBA		JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DROPERIOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº1	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍlico 70%	OK LÂMINA BISTURI Nº15	20 11
FENTANILA	ESPI DEGERANTE	OK LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL	PAPI TENTURA	OK LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
LÍBANO	PVP TOPOCO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIPROPILENO Nº
+ OLEOVACANA/C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOSULFIVACANA/C VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 15X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº12	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAINA S VASO	AGULHA 25X8	LUVA ESTÉRIL Nº13	FIO POLIGLICAPRONE Nº
MUDAZOLAN	AGULHA 25X8	LUVA ESTÉRIL Nº13	FIO SEDA Nº
NEOFINA	AGULHA 42X12	LUVA ESTÉRIL Nº15	FITA CARDIACA
NUBIDIM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCORÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	CATETER DE PVC
PEPTIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	EMENTO CIRÚRGICO
PROTÓPOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP. Nº19	CLIP TITÂNIO LIXA DURA
RAMADENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP. Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCUROMID	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	FIO STEINMANN Nº
SEVOTURANO	ALGODÃO ORTOFÉDICO	SERINGA 3ML	FIO STEINMANN Nº
SUXAMETÔXICO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 1ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
TIOMENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	HEMOST. ABSORVÍVEL
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	KIT DERIVA VENTRICULAR
ADRENALINA		CÂMULA P. TRAQUEOBESTOMIA	PRÓTESE VASCULAR
AQUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO	KIT FAN
ATROFENA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL N	FIXADOR EXTERNO
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	EMPRESA
FAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	
XANETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	
DIFTRIONA SODICA		CERA PARA OSSO	PARAFUSOS CORTICais
EFDORINA		COLLET. URINA FECHADO	PARAFUSOS CORTICais
FIBROFEMIDA		COMPRESSES CORTICais	PARAFUSOS ESPINHOs
GLUCOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS ESPINHOs
GLUCOSATO DE CÁLCIO		DREN. DE FENITOÍNE	PARAFUSOS MALPOLAR
HICROCORTISONA		DREN. DE SUÇÃO	PARAFUSOS MALPOLAR
LIDOCAINA S/GELIA		ELETRODOS	PLACA
ONDABENTÔXICO		EQUIPO MACROGOTAS	PLACA
PLAST.		EQUIPO TRANSF. SANGUE	EQUIPAMENTOS
PROSTOMIDE		EQUIPO MICROGOTAS	() ASPIRADOR
PROTAMINA		ESPONJA PVH	() BISTURI ELÉTRICO
TENOGONIAN		ESPARADERO	() CAFNDRAFO
retrofaringe 1		GAZES (pacot) 1212	() CARDIOMONTOR
		BAZES ALGODoadAS	() DESFIBRILADOR
		GEL-ELETROLÍTICO	() FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº14	() FOCO CENTRAL
		JELCO Nº18	() MICROSCOPIO
			() TÔNOMETRO DE PULSO
01 pacote DC 5 14 JUN 2014			() TPA. INTAGRAMANÔ DIVASIVA
01 pano desinfetante 50			() PERFORADOR ELÉTRICO
05 pacote COT. 3-34 (1-40) e (01-46)			() SERRA
			CIRCULANTES
			Quaige Pereira
			452-324

modos como saida
bom.



NOME DO PACIENTE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 14/01/19

PRONTUÁRIO: 1134685



PACIENTE: Daniela da Silva Viegas

SEXO: F COR: IDADE: 26

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 80 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA/ PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL BOM / IRREGULAR / MAU / PESSIMO RISCO CIRÚRGICO (BOM / REGULAR / MAU / PESSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO MV em AHT, sIRA AP. CIRCULATÓRIO arterial hemodinamicamente

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

FREQUÊNCIA CARDÍACA 110 BPM I ESTADO FÍSICO ASA II

FASE HORA MP 2mg

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura subtroclearna de fêmur D.

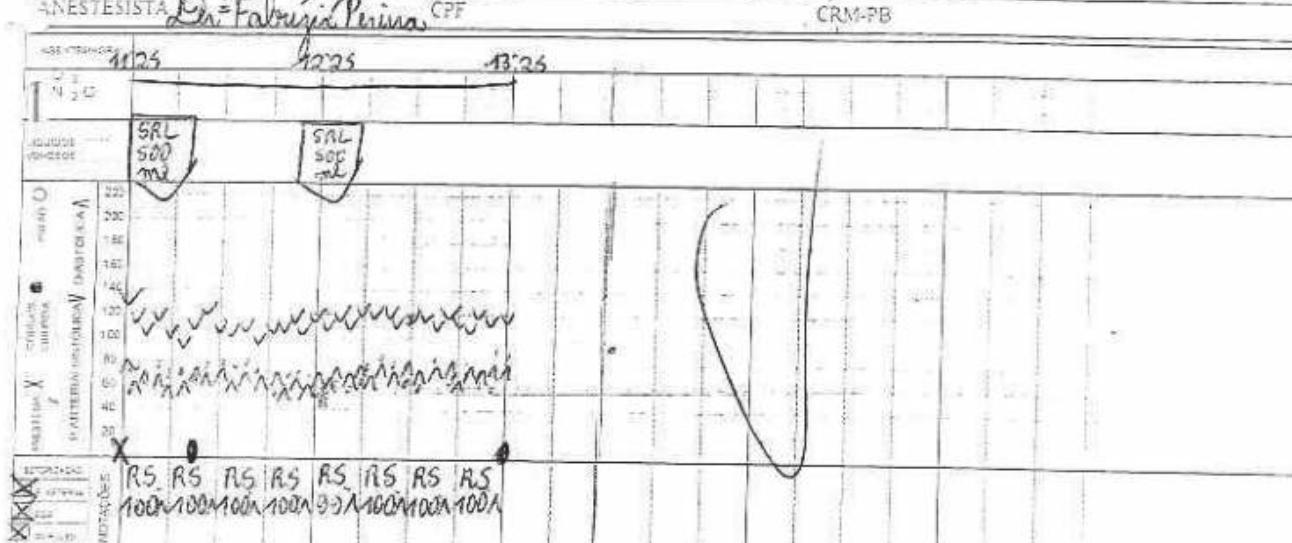
CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de Fratura subtroclearna de fêmur D

CIRURGÃO Dr. Turinow AUXILIARES Dr. Lima (R1)

INÍCIO DA ANESTESIA 11:25 TERMINO DA ANESTESIA 13:25 DURAÇÃO DA ANESTESIA 02h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Fabrício Perina CRM-PB



ANESTESIA: em IDH, monitorizada Venosila prima em MS. Sedação com ①. Puncão nortada. Realizada 1000 ml. MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

	ANESTÉSICA/SEGURO	BAUDIÁNA	EPIDURAL	BLOCO PLEXO	BLOCO NÉRVO	OUTROS
1. Anestesia: R5, RS, RS, RS, RS, RS, RS, RS						
2. Infusão: 100ml/100ml/100ml/100ml/100ml/100ml/100ml/100ml						
3. Analgésicos: Fentanyl 100mcg, Dipirona 2g, Cetorolac 2g, Bupivacaína 15mg, Metformina 80mcg, Clometidina 100mcg, Glucametina 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						
4. Sedativos: Midazolam 0.1mg/kg, Propofol 100mg, Ketamina 100mg, Diazepam 10mg, Lorazepam 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						
5. Analgésicos: Fentanyl 100mcg, Dipirona 2g, Cetorolac 2g, Bupivacaína 15mg, Metformina 80mcg, Clometidina 100mcg, Glucametina 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						
6. Sedativos: Midazolam 0.1mg/kg, Propofol 100mg, Ketamina 100mg, Diazepam 10mg, Lorazepam 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						
7. Analgésicos: Fentanyl 100mcg, Dipirona 2g, Cetorolac 2g, Bupivacaína 15mg, Metformina 80mcg, Clometidina 100mcg, Glucametina 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						
8. Sedativos: Midazolam 0.1mg/kg, Propofol 100mg, Ketamina 100mg, Diazepam 10mg, Lorazepam 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						
9. Analgésicos: Fentanyl 100mcg, Dipirona 2g, Cetorolac 2g, Bupivacaína 15mg, Metformina 80mcg, Clometidina 100mcg, Glucametina 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						
10. Sedativos: Midazolam 0.1mg/kg, Propofol 100mg, Ketamina 100mg, Diazepam 10mg, Lorazepam 10mg, Cloridrato 10mg, Efedrina 10mg						

anestesia e anticoagulação com ácido à 0.1%. Puncão mediana à nível de L3-L4, com agulha Quincke 26G. Infundido (BHQ). Bloqueio espinal sem intervenção (ICPA).

Fabricio P. Perina
Med. Anest. 2019
CRM-PB 550




KOTTER

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH sob anestesia
- Assepsia e antisepsia
- Apoios de campo cirúrgicos

Incisão:

- Via de curto lateral da coxa direita em região proximal e distal
- Divulsão e dissecação por planos
- Límites com hemostasia

Achados:

- Fratura subtrocanteriana de fêmur direito

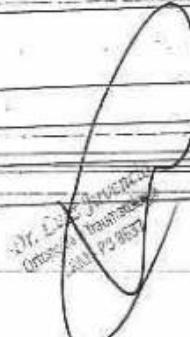
Conduta:

- Redução da fratura sob auxílio de escopio
- Fixação com placa DCS de 14 furos, em ponte, um percutâneo distalmente nº 50, dois preatilhos corticais proximais e três percutâneos corticais distais
- Auxílio de escopio
- Revisão de hemostasia
- LMC com SFO 9%.
- Sutura por planos.

Fechamento:

- Curativos estériles
- Rio-x de controle
- Hemostase.

Observação:



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 FÉMUR 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 FÉMUR DIREITO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERICA DO FÉMUR 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

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





 Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - 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 10/01/1983	Idade 25 anos 11 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Promissário
Mãe ANGELA MARIA DA SILVA	Pai MARcos ANTONIO VIEGAS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANGELA MARIA DA SILVA - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981249066	DDD Fijo	Fone Fijo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3905111	Nº Crs	704308531832893	
Local de procedência SANTA RITA		Tipo	MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBOR		
Endereço				
CEP 58303435	Município da residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro DAVID NASSER	
Número: SN	Complemento FAZENDA SAO GONCALO		Bairro	MUNICÍPIOS
Admissão				
Data e hora 09/01/2019 11:17:43	Número da pulseira 1100000715895		Convenção 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	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos 09/01/2019 Paciente deu entrada neste setor trazida pelo Socorrista vítima de acidente de moto, no momento con- ciente e orientado. Encontra-se com os CDT				
Diagnóstico				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				

Dados clínicos
09/01/19 Paciente deve entrar de norte sator traseira da pele
Soma vítima de acidente de moto, no momento cons-
ciente e orientado. Encontrado na cama do CDU

Digitized by srujanika@gmail.com

Atendido por
MARNIELE JAN

Impression

CID
Erica D'Amico
Bianco
tempo
estremo
corea, pr. 1961

09/01/2019 11:15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35

Assinado eletronicamente por SUELIC MOREIRA TURRES - 26/09/2020 09:33:33
http://pie.tinb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_sear2x-20092809533573600000033267981

Número do documento: 20092809533573600000033367981

Núm. 34800826 - Pág. 27



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: 2015763	<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: 10:28 Hs	Hora de Chegada no Local: 10:28 Hs
Paciente / Usuário: Dona de casa Sônia da Silva Santos				Idade: 26	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	Telefone: 031 9910-1010
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input checked="" type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: Rua das Flores			Bairro: Jardim		Médico Regulador: Dr. Jair	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apóio 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)				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
10:	Hospital de Origem: _____
CAUSAS EXTERNAS	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <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"/> 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"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Alogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Quais? _____

1. DADOS VITAIS	FC: 78	FR: 20	HGT: 155	SpO2 - S/O2: 98	SpO2 - C/O2: 100
-----------------	--------	--------	----------	-----------------	------------------

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Dor lombar intensa e persistente

Intervenções: Sossego com analgésicos

Evolução do Enfermeiro:

O paciente é uma senhora de 26 anos, nega febre, dor de cabeça, náuseas e vômitos. A dor lombar é intensa e persistente, sem牵涉痛. Faz uso de analgésicos para aliviar a dor.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

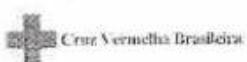
ABN encaminhar ao CRM e drama para férias





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 09:53:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092809533573600000033267981>
Número do documento: 20092809533573600000033267981

Num. 34800826 - Pág. 29



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
DANIELA DA SILVA VIEGAS	1134685	09/01/2019 11:17:43	
Data de nascimento:	Idade	Sexo	Telefone de Contato
10/01/1993	25a 11m 30d	Feminino	(83) 981249066
Mae			Prontuário
ANGELA MARIA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
DAVID NASSER, SN - FAZENDA SAO GONCALO	MUNICÍPIOS	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL CONSERVA ARRUDA	11134/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/01/2019 11:17:43		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

OMEPEZAZOL 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 (MGTS)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATORIO E MOTORA

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

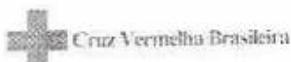
SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

Boletim de Internação - Senador Humberto Lucena - Data: 09/01/2019 11:18:10

CREATININA



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	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 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
UEIXAS.

CONDUTA: RX DE COXA D PA P + PAREcer DA ORTOPEDA + ALTA DA CIRURGIA GERAL

AMÉ 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

DANIELA DA SILVA VIEGAS

DANIEL COELHO ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

*Daniel Coelho Arruda
Médico
CRM 11134*





VALIDA 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
DOC DRGEM	DATA DE NASCIMENTO 10/01/1993
CASAM N.1855 FLS.37 LIV.08	
CARTÓRIO CRUZ ESP. SANTO-PB	
CPF 107.974.544-03	
LEIA PARA DE 00683	

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
MUNICÍPIO / UF CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PB	003 0024 DATA DE EMISSÃO 22/05/2017
JUIZ ELECTORAL	
9 - - - - 9 - - - -	
Lula, Maria da Cruz de Oliveira Quaresma	





Cartório Registro Civil
Maria Edmée Melo Gomes de Melo
Titular
Racheli Gomes de Melo
Escrivão 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

MATRÍCULA:

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 Cláudio 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 Antônio Viegas e Angela Maria da Silva.

DATA DO REGISTRO DE CASAMENTO (POR EXTENO)

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 CONJUGUES 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, Nº 1855, folha 37.

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil de Pessoas Naturais

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

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

OFICIAL REGISTRADOR

Maria Edmée Melo Gomes

Maria Edmée Melo Gomes

Oficiala do Registro Civil

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: cartorio.cruzdoespiritosanto@gmail.com

Selo Digital: AAO22203-ZBLW

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

Cartório Registro Civil
Maria Edmée Melo Gomes

TITULAR

Racheli Gomes de Melo

Escrivão Autorizado

Cruz do Espírito Santo - PB

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

IN 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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DANIELA DA SILVA DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

