
Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190244521

Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190244521

Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190244521

Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190244521

Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Data do Acidente: 24/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000005892-0

Conta: 000002893-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

061345034-50

Nome completo da vítima

LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUANA CARLA RICARDO DA SILVA		CPF titular da conta 061345034-50	Profissão
Endereço R. VICENTE CORREIA		Número 399	Complemento
Bairro CENTENÁRIO	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD) 83 98334.9964

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS
☐ RECUSO INFORMAR
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☒ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRQ.

DNV

CONTA

NRQ.

DNV

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do BRASIL

NRQ

01

AGÊNCIA

NRQ.

DNV

5892

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRQ.

DNV

2893

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____ de _____ de _____
Local e Data

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190244521
Nome do(a) Examinado(a): Luana Carla Ricardo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vicente Correia, S/N 399
Centenario Campina Grande PB CEP: 58428-040
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3135585
Data local do acidente: [24/05/2017]
Data local do exame: [09/08/2019] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
Complicações: NAO HOUVERAM COMPLICACOES CIRURGICAS
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
PACIENTE COM CLAUDICACAO, DIFICULDADE DA MARCHA, APRESENTANDO DOR QUADRIL HOMOLATERAL, HIPOTROFIA MUSCULAR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PACIENTE COM CLAUDICAÇÃO E HIPOTROFIA MUSCULAR, DIFICULDADE NA MARCHA, DOR NO QUADRIL HOMOLATERAL AOS MOVIMENTOS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA NO MEMBRO FRANKEL 4, FABERE POSITIVO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Valthi Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / CRM-PB 6326
TEOT 15-090
CIRURGIA DO JOELHO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00007.01.2019.2.00.420



Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 24/03/2017

Hora: 14:17:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Getúlio Cavalcante, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Vila dos Oficiais

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Luana Carla Ricardo da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ana Araújo da Silva e Ernani Ricardo da Silva

Idade: 33

Data de Nascimento: 01/07/1985

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Operadora de Telemark

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 061.745.014-50

Endereço: Rua Vicente Correia, 399, Centenário, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Hospital Antonio Targino

Telefone: (83) 98734-9964

RECEBIDO

21 MAR 2019

Seguradora Lider DPVAT

TESTEMUNHA

Nome: Dulce de Sousa Ataíde

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria de Lourdes de Sousa Ataíde e Hesídio Galdino de Ataíde

Idade: 45

Data de Nascimento: 03/02/1973

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Doméstica

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 027.464.364-26

Endereço: Rua Vicente Correia, 389, Centenário, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo Ao Restaurante do Alexandre

Telefone: (83) 98625-8493



Procedimento Policial: 00007.01.2019.2.00.420



TESTEMUNHA

Nome: Erica Aparecida da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Marinalda Justino da Silva e Não Declarado
Idade: 32 Data de Nascimento: 23/07/1986 Identidade de Gênero: Não informado
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: São Paulo
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Cabelereira
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 421053082 SSP/SP
Endereço: Rua Januário Lacerda, 520, Ramadinha, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Igreja São Pedro
Telefone: (83) 98830-3659

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

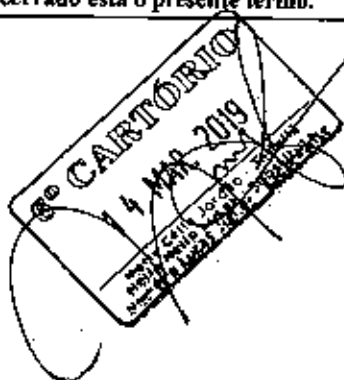
(1) Moto, marca Honda, modelo CG 125 FAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2013, placa OGE-9480, chassi 9C2JC4110DR700260, renavam 0051039919-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na como carona na garupa da motocicleta Honda/CG 125 FAN KS, Ano/Modelo 2013/2014, cor vermelha, Placas OGE-9480-PB, Chassi de Nº 9C2JC4110DR700260, licenciada em nome de Raimundo de Amorim Júnior, (Piloto da Moto no momento do acidente o próprio proprietário), e quando trafegavam na rua Getúlio Cavalcante, bairro jardim Paulistano, momento em que estavam no semáforo aguardando abrir, logo que abriu o condutor de um caminhão de sinais e condutor não identificado, adentrou no sinal fechado para ele e colidiu na lateral da moto, tendo atingido a vítima que ia na garupa da motocicleta, tendo esta caído ao solo e sofrido fratura do Fêmur na perna esquerda, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma e em seguida foi transferido para o Hospital Geral da Paraíba em João Pessoa-PB. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, tendo sido elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

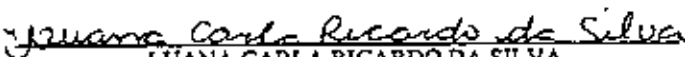


Procedimento Policial: 00007.01.2019.2.00.420



Campina Grande/PB, 07 de janeiro de 2019.


LUCIANO BEZERRA-SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil


LÚANA CARLA RICARDO DA SILVA
Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



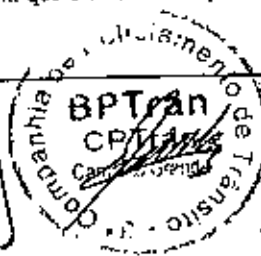


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE									
Nº BOAT 0163 - 2017	Responsável pelo Levantamento do Acidente: LYNDON JOHNSON ARAÚJO				Posto/Graduação: 3º SGT/PM		UF PB		
Run, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA GETÚLIO CAVALCANTE / RUA PEDRO OTÁVIO DE FARIAS LEITE				Hora 14:10	Bairro JARDIM PAULISTANO	Município CAMPINA GRANDE			
Data/Ocorrência 24/05/2017	Dia da Semana QUARTA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente COLISÃO LATERAL	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA/SECA	Tempo BOM			
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CAMINHÃO + 01 MOTOCICLETA				Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA					
Nome: RAYMUNDO DE AMORIM JUNIOR				Sexo MASCULINO	Nascimento 28/06/1989	RG 3218895 SSP/PB			
Endereço: RUA ANTÔNIO FRANCISCO DUBÚ, Nº 131, CATOLÊ, CAMPINA GRANDE/PB									
1ª Habilitação 30/10/2007	Categoria AB	Registro CNH 04220136285	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 18/03/2018	Usava Cinto SIM	Usava Capacete SIM		
Exame de Embriaguez Alcoólica REALIZADO				Destino do Condutor OUTROS					
VEÍCULO 01									
Marca HONDA CG 125	Espécie MOTOCICLETA	Placa OGE-9480	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	UF PB				
Nome do Proprietário: RAYMUNDO DE AMORIM JUNIOR									
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012824696704	Renavam 0051053919-0	Data da Emissão 04/11/2016						
Defeitos: GUIDÃO, TANQUE, ESTRIBO, PROTETOR DO CANO									
VERSÃO DO CONDUTOR 01									
O condutor do V1 declarou que trafegava na Rua Pedro Otávio de Farias Leite no sentido do Rosa Cruz e que parou em obediência a sinalização semafórica existente no cruzamento com a Rua Getúlio Cavalcante e que quando o sinal abriu ele esperou um pouco antes de sair com seu veículo, porém no momento em que ele deu partida na sua motocicleta o mesmo foi surpreendido pelo caminhão que trafegava na Rua Getúlio Cavalcante e avançou a sinalização atingindo a lateral de seu veículo.									
CONDUTOR 02									
Nome: JOSÉ ARAÚJO DE ANDRADE				Sexo MASCULINO	Nascimento 08/04/1939	RG 3233340 SSP/PB			
Endereço: RUA MARIA DA GUIA MUNIZ DE ALBUQUERQUE, Nº 680, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB									
1ª Habilitação 04/10/1979	Categoria B	Registro CNH 01015384722	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 07/06/2019	Usava Cinto SIM	Usava Capacete SIM		
Exame de Embriaguez Alcoólica REALIZADO				Destino do Condutor OUTROS					
VEÍCULO 02									
Marca KIA	Espécie CAMINHÃO	Placa KLO-3606	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	UF PB				
Nome do Proprietário: SAYINARA GOMES MATOS									
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012506873050	Renavam 0071798136-3	Data da Emissão 26/04/2016						
Defeitos: PARA-BRISAS, FRENTE									
VERSÃO DO CONDUTOR 02									
O condutor do V2 declarou que trafegava na Rua Getúlio Cavalcante no sentido do distrito dos mecânicos e que o sinal estava fechado para ele, mas em razão de um defeito apresentado no momento pelo sistema de freios de seu veículo fez com que o mesmo avançasse o sinal vermelho e consequentemente atingisse o V2, razão pela qual ele só parou bem à frente.									

Serviço Notarial
6º OFÍCIO
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original e que o mesmo encontra-se em conformidade com o original.
Data: 24/05/2017 - 14h10
Boleto: AHZ54415 - D7G4
Mário Celso Jordão - Tabelião
Marta Maria Lucas - Substituta
Maurício Lucas - Substituto



Nome: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA		Sexo FEMININO	Nascimento
Endereço:		Usava Cinto	Usava Capacete
Viajava no Veículo Nº VI			SIM
Condição da Vítima: () Condutor (X) Passageiro () Pedestre		Conduzida Para HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE	

CONSTATADO

De acordo com as disposições dos veículos, declarações dos condutores e vestígios colhidos no local do acidente, ficou constatado que o fato se deu no cruzamento das Ruas Getúlio Cavalcante com Pedro Otávio de Farias Leite no bairro Jardim Paulistano e que VI HONDA/CG125 de placa OGE9480/PB trafegava na Ru Pedro Otávio de Farias Leite, no sentido catolé/Rosa Cruz e o V2 KIA/K2700 de placa KLQ3606/PB trafegava na Rua Getúlio Cavalcante, no sentido Centro/bairro, quando pelo avanço da sinalização semafórica por parte de um dos condutores dos veículos acima citados, aconteceu o sinistro (Colisão lateral), o V1 teve como sede de impacto a lateral mediana direita/terço médio, já o V2 porção anterior mediana/terço médio.

Campina Grande - PB, 08 de Junho 2017.

[Assinatura]
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-1/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



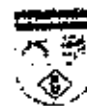
CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 0163 - 2017									
DANOS NO V1									
Marca/Modelo: HONDA CG 125		Placa: OGE-9480/PB		Responsável pelo Preenchimento: SGT JOHNSON			Data: 24/05/2017		
MOTOCICLETA									
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE									
		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (trincados)		X	
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA) 00				
Observações: 0=DANO DE PEQUENA MONTA									
AVALIAÇÃO POR DANO:									
Quantidade de peças estruturais danificadas = 0					->DANO DE PEQUENA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4					->DANO DE MÉDIA MONTA				
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4					->DANO DE GRANDE MONTA				

DANOS NO V2									
Marca/Modelo: KIA CAMINHÃO		Placa: KLQ-3606/PB		Responsável pelo Preenchimento: SGT JOHNSON			Data: 24/05/2017		
CAMINHÃO, CAMINHÃO TRATOR, REBOQUE E SEMIREBOQUE									
AVARIAS NO ACIDENTE									
Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA				
01	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, solteira ou assoalho.	M		X					
02	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi.	M		X					
03	Para choque traseiro danificado.	M		X					
04	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X					
05	Avaria em qualquer um dos eixos.	M		X					
06	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M		X					
07	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X					
08	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X					
09	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M		X					
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X					
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X					
12	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G		X					
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	M		X					
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X					
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	G		X					
16	Air-Bags (se existir)	M		X					
M: Item que individualmente implica em Dano de Média Montagem.									
G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Montagem.									
Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade.									
Dano de Pequena Montagem: quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"									
Dano de Média Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M									
Dano de Grande Montagem: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G									
Observações: 0=DANO DE PEQUENA MONTA									
Campina Grande - PB, 02 de Junho de 2017.									
Responsável pelo Levantamento									



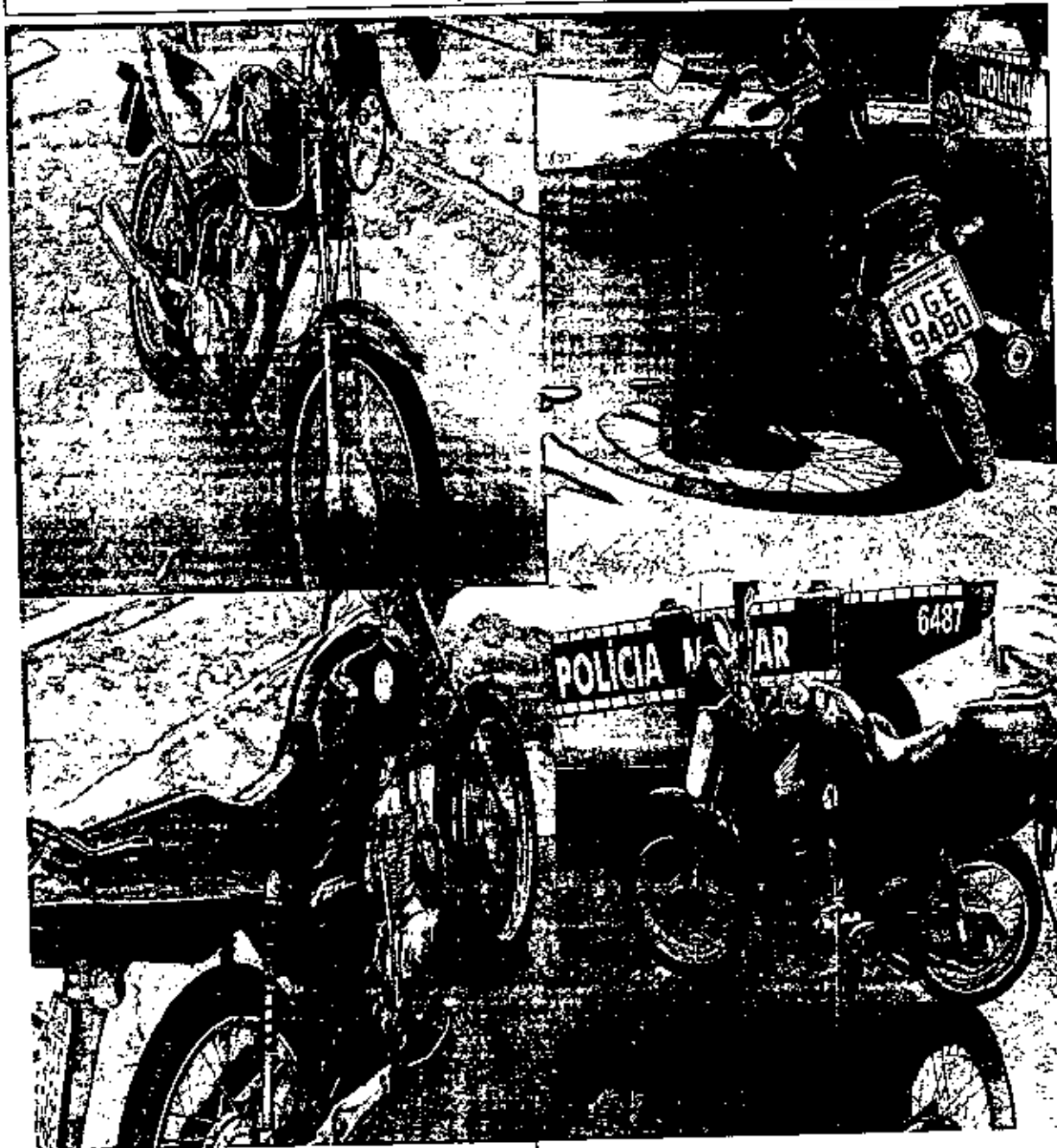


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0163/2017

FOTOS DO VÍ



3º SGT PM LYNDON JOHNSON ARAÚJO
Responsável pelo Levantamento

Serviço Notarial
Cartório
4 MAR. 2019
Certifico que a presente cópia é verdadeira e fiel ao original que me foi apresentado.
Maria Célia Jordão - Tabelião
Delegado Maria Lucas - Substituta
Consultar: <https://repositorio1.ufpb.br/portal>
Selo: AHZ54418 - NTIH



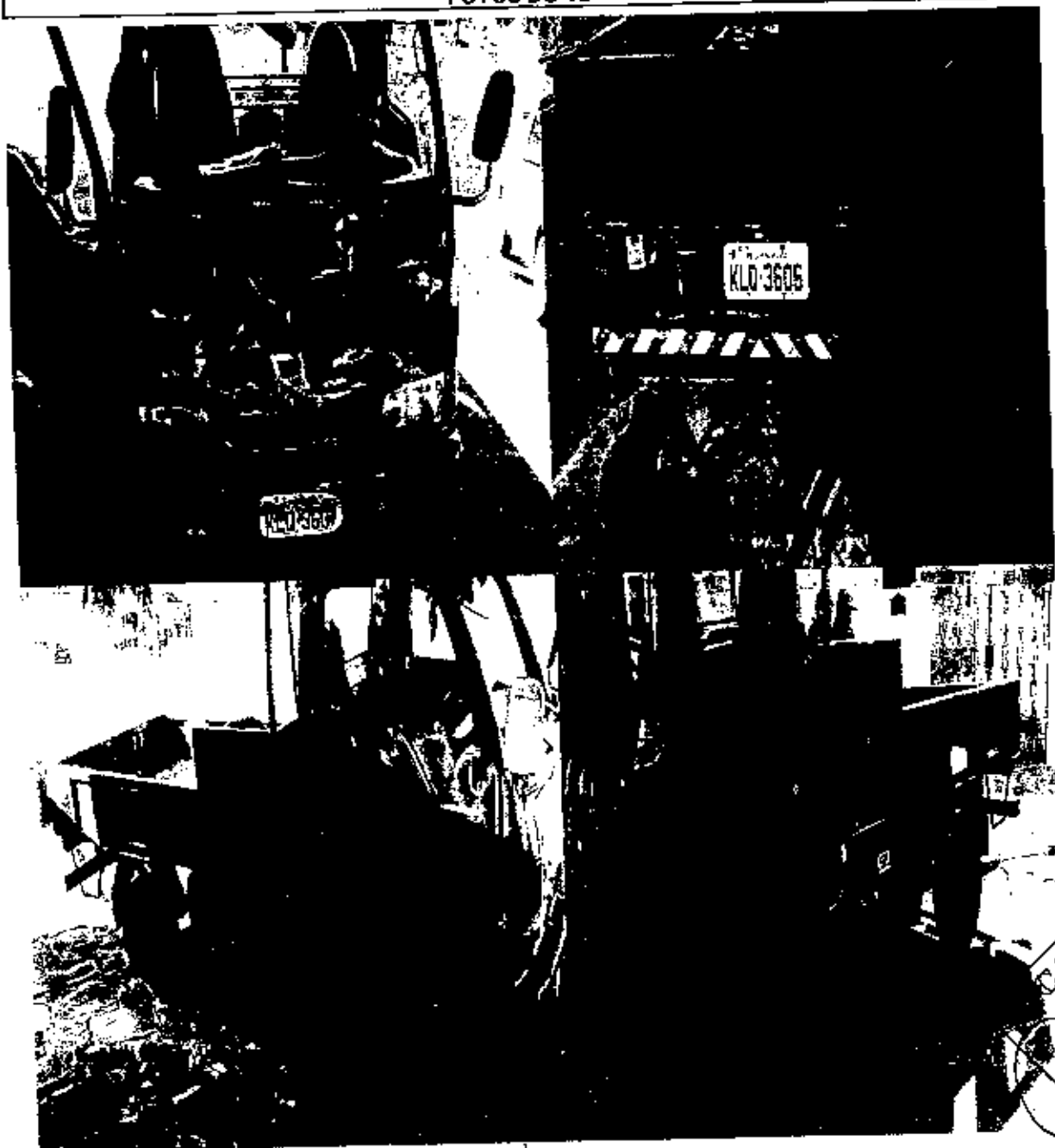


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

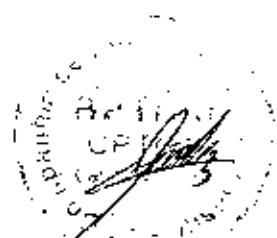


BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0.163/2017

FOTOS DO V2



3º SGT PM LYNDON JOHNSON ARAÚJO
Responsável pelo Levantamento





Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00007.01.2019.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 24/05/2017

Hora: 14:17:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Getúlio Cavalcante, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Vila dos Oficiais

RECEBIDO

23 MAI 2019

Seguradora Lider DPVAT

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Luana Carla Ricardo da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Ana Araújo da Silva e Ernani Ricardo da Silva

Idade: 33

Data de Nascimento: 01/07/1985

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

Profissão: Operadora de Telemark

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 061.745.014-50

Endereço: Rua Vicente Correia, 399, Centenário, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Hospital Antonio Targino

Telefone: (83) 98734-9964

TESTEMUNHA

Nome: Dulce de Sousa Ataíde

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria de Lourdes de Sousa Ataíde e Hesídio Galdino de Ataíde

Idade: 45

Data de Nascimento: 03/02/1973

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Doméstica

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

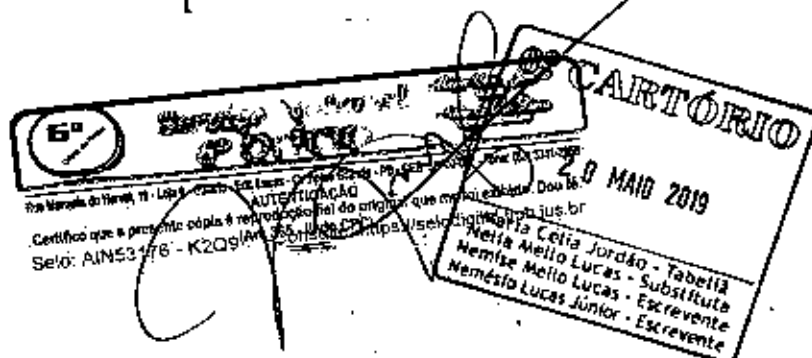
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 027.464.364-26

Endereço: Rua - Vicente Correia, 389, Centenário, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próximo Ao Restaurante do Alexandre

Telefone: (83) 98625-8493



Procedimento Policial: 00007.01.2019.2.00.420



TESTEMUNHA

Nome: Erica Aparecida da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Marinalda Justino da Silva e Não Declarado
Idade: 32 Data de Nascimento: 23/07/1986 Identidade de Gênero: Não informado
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: São Paulo
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Cabelereira
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: RG nº 421053082 SSP/SP
Endereço: Rua Januário Lacerda, 520, Ramadinha, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Igreja São Pedro
Telefone: (83) 98830-3659

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

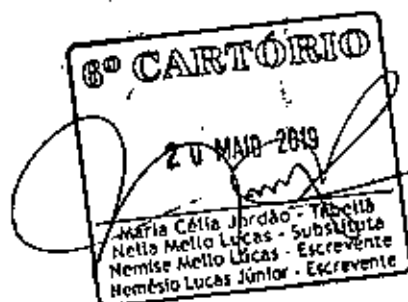
(1) Moto, marca Honda, modelo CG 125 FAN KS, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2013, placa OGE-9480, chassi 9C2JC4110DR700260, renavam 0051039919-0

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na como carona na garupa da motocicleta Honda/CG 125 FAN KS, Ano/Modelo 2013/2014, cor vermelha, Placas OGE-9480-PB, Chassi de Nº 9C2JC4110DR700260, licenciada em nome de Raimundo de Amorim Júnior, (Piloto da Moto no momento do acidente o próprio proprietário), e quando trafegavam na rua Getúlio Cavalcante, bairro jardim Paulistano, momento em que estavam no semáforo aguardando abrir, logo que abriu o condutor de um caminhão de sinais e condutor não identificado, adentrou no sinal fechado para ele e colidiu na lateral da moto, tendo atingido a vítima que ia na garupa da motocicleta, tendo esta caído ao solo e sofrido fratura do Fêmur na perna esquerda, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma e em seguida foi transferido para o Hospital Geral da Paraíba em João Pessoa-PB. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, tendo sido elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



Procedimento Policial: 00007.01.2019.2.00.420



Campina Grande/PB, 07 de janeiro de 2019.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado(a) de Polícia Civil


LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

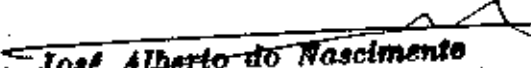
ADITAMENTO:

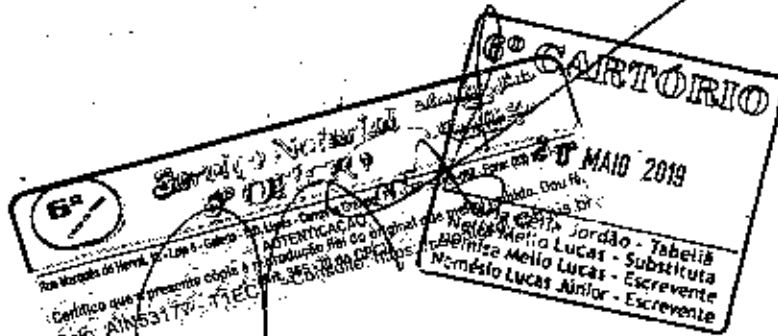
A senhora **RITA DE CÁSSIA AMORIM**, portadora do RG nº 1.423.473-SSP/PB e CPF nº 622.005.934-49, residente à Rua Antonio Francisco Du Bú, nº 131, Bloco 6-A, Ap 104, Bairro do Catolé, nesta cidade, procuradora do seu filho **RAYMUNDO DE AMORIM JUNIOR**, conforme cópia em anexo, compareceu nesta Delegacia Especializada na data de hoje (20.05.2019), para ratificar o teor do Boletim de Ocorrência nº 00007.01.2019.2.00.420, datado de 07.01.2019, ou seja, que na data de 24.05.2017, por volta das 14h17min, o seu filho acima mencionado era o verdadeiro condutor da motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, de placa OGE-9480/PB, quando na ocasião levava como "carona" a sua companheira **LUANA CARLA RICARDO DA SILVA** e se envolveram em acidente de trânsito, na Rua Getúlio Cavalcante, próximo a Vila dos Oficiais, Bairro Jardim Paulistano, nesta cidade, resultando em ferimentos graves na referida passageira, enquanto que o condutor da moto sofreu apenas escoriações generalizadas pelo corpo. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande/PB, 20 de maio de 2019


RITA DE CÁSSIA AMORIM

Procuradora


José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional 192-CG



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional - CG prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **Luana Carla Ricardo da Silva**, vítima de acidente de trânsito dia 24 de maio de 2017, aproximadamente às 14hs17min, no End: R Getulio Cavalcante - Jardim Paulistano, sendo a paciente atendida e removida para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 08 de junho de 2017.

Deoclecio Francisco do Nascimento
SUPERVISOR

Deoclecio Francisco do Nascimento
Coordenação Administrativa

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: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000000002893-2

Nr. da Autenticação 2794428B4D10EADB

ANA ARAUJO DA SILVA
RUA VICENTE DORRÊA, 202 - CENTRO
CAMPINA GRANDE/PB CEP 58429-040 (AB. 401)



Enfiteza 11/01/2018 Referência Jan/2019
Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
Razão 5-421-422-4010 NF modder 030017622-0

ENERGISA FORNHECE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Tributação: Tabela Tarifária: Campina Grande/PB - CE-52429-700
CPF 06.627.686/0001-66 Ins. Est. 16.001.839-1

Novo Faturamento de Energia Energisa 11/02/2019 744
Cód. para DTE Anterior: 0000649245

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 623 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2019	11/01/2019	11/02/2019	021.746.314-23

UC (Unidade Consumidora): 4/14924-6

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 15.514 de dezembro de 2018.

Reserva 2018 de 15.514 de dezembro de 2018.

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Bônus
Data	Leitura	Data	Leitura	
11/02/18	26503	11/02/19	32440	21

Demonstrativo					
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
0901	Consumo em kWh	216,00	0,725450	156,58	156,58
0902	CONTROLE DE FLUXO	18,87	0,00	0,00	0,00
0903	JUROS DE MORA 12/2018	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 12/2018	0,00	0,00	0,00	0,00

DCL Código de Classificação do Remo TOTAL 156,58 156,58 42,95 156,58 1,21 5,23

Rede de distribuição (kWh) 770
VENCIMENTO 01/02/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 182,51

Histórico de Consumo (kWh)											
182	210	249	232	230	205	195	199	237	245	210	275
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCO
9847.7cde.4a17.57a7.4214.ba73.c184.0fa0.

Indicadores de Qualidade 11/2018-ENERGISA			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Diferencialização	Valor (R\$)	%
SEMIANUAL	5,81	0,00	Serviços de Dist. de Energia S/A	33,01	18,13
TRIMESTRAL	12,82	NOMINAL	Comércio de Energia	54,33	29,85
ANUAL	21,25	220	Serviços de Transmissão	2,04	1,12
SEMIANUAL	8,38	0,00	Energia S/A	14,50	7,97
TRIMESTRAL	17,12	CONTRATADA	Energia Direta e Indireta	73,25	40,13
ANUAL	30,65	202	Comércio S/A	0,00	0,00
SEMIANUAL	12,72	221	Total	182,51	100,00

Valor do Emissão (R\$) 11/2018 R\$ 182,51

ATENÇÃO

Faturas em atraso



Lugares MONOFÁSICO
Café/Snack RESMTC81/RESIDENCIAL - FESD/CUVAL
Rótulo: T-497 - 1P5 - 2006 Referência: Mf/2013

Módulo N107-62362x Emplase 09/04/2015

Não Fiscal/Garanta Garantias de Garantia para o PAFS-80 DMS

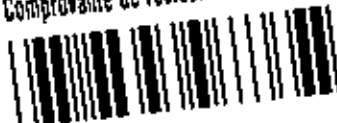
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	06/05/2019	04/06/2019	203.809.684-87

UC (Unidade Consumidora): 4/12103-8

Canal de contato

Comprovante de residencia



100

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/04/15	43376	05/05/16	51129		777	22
Demonstrativo						
CD	Descrição	Valor Anterior		Valor Anterior	Valor Anterior	Valor Anterior
		Valor Anterior		Valor Anterior	Valor Anterior	Valor Anterior
0501	Consumo Energia	242,000	0,000000	189,73	189,73	27
0504	Alug. E Arrend.			6,62	6,62	27
0507	CONTRATACAO PUBLICA			20,44	20,44	27

CC1 Gedagde op Cleverheid datum: TOTAAL	162,73	165,95	45,72	162,23	172	62
Totaal afdrachten	0,501799					

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
735	01/06/2019	R\$ 189,79

Histórico de Consumo (kWh)											
267	265	266	269	274	281	285	291	294	296	291	297
MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETE	AGO	SETE	AGO	SETE	AGO	SETE	AGO

RESERVADO AO FISCO
7eaf.b53b.a911.6205.5ee6.a725.eba9.ef43.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIARIAL	4,00	0,00		Serviço de Luz de Emergência	35,35	18,72
SEMANAL	4,00			Consumo de Luz	61,96	32,17
QUINZENAL	4,00			Serviço de Transmissão	7,93	4,08
TRIMESTRAL	3,50	0,50		Consumo de Luz	4,00	2,09
SETRIMESTRAL	3,50			Consumo de Luz	16,32	8,51
ANUAL	3,50	0,00		Consumo de Luz	1,11	0,58
TOTAL				Total	159,79	100,00

पुनः प्रविष्टि

ATENÇÃO

Faturas em atraso

ENERGISA
Teléfono 2-401-166-2800
Fax 12-03-2218-75-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/06/2019	R\$ 189,79



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raymundo de Amorim Junior,

RG nº 321.8895, data de expedição 28/04/04,

Órgão SSP, portador do CPF nº 016823234-18 com

domicílio na cidade de Campana Grande no Estado de

Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Antônio Francisco do Br. nº 131,

complemento Bl. 6A, AP. 104, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Luana Carla Ricardo da S. Vacujo o condutor era

Raymundo de Amorim Junior

Veículo: Honda/CG 125 FAN KS, Motocicleta

Modelo: 125 FAN

Ano: 2012

Placa: OGE 9480

Chassi: 9CZJC4110DR 100260

Data do Acidente: 24/05/2014

Local e Data: _____

Raymundo de Amorim Junior
Assinatura do Declarante

Raymundo de Amorim Junior
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



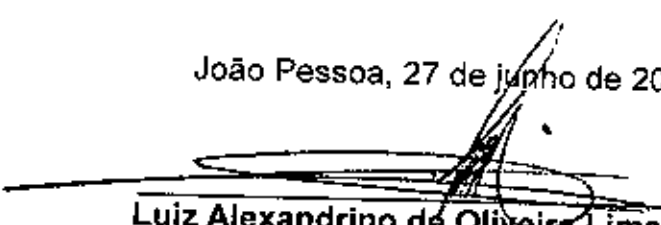
**HOSPITAL GERAL
DA PARAÍBA**

Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários - (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente **LUANA CARLA RICARDO DA SILVA**, esteve internada neste Hospital durante o período de 25.05.2017 e 28.05.2017, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme cópia do prontuário e atendimento nº **43270272**.

João Pessoa, 27 de junho de 2017.


Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clinica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor de Faturamento

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

23/06/2017 15:36:01

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4344453	LUANA CARLA RICARDO DA SILVA	F	01/07/1985	31
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
144128 SSP PB	6174501450			1-CASADO
Endereço				
AV DUQUE DE CAXIAS 1700 CENTRO FORTALEZA-CE CEP:60035111				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987349964				

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
25/05/2017	01:48		
Médico Atendente		Clínica	
2535955 ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
2535955 ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	AEC CENTRO DE CONTATOS S/A
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
B1487001085000027		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
2037908	99996666	C37534219	INTERNACAO
2037908	52120104	C37591031	FRATURAS DO FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO
2037908	00020010	C37534219	VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)
2037908	00020010	C37534219	VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Assinatura: 116491

CLÍNICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

31/05/2017 15:14

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA Dt. Nascimento: 01/07/1985 Atendimento: 43270272 Prontuário: 4344453
 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA Posto: POSTO 1A Leito: 1A-112/1
 Profissional(is): LUCIANO JOSE LIRA MENDES, MEDICO, CRM 4290 (1) Nº: 11310942 27/05/2017 às 12:00

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S723	(1)
Diagnóstico Cirúrgico	S723	(1)
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	27/05/2017	(1)
Hora Da Cirurgia	12:01	(1)
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FEMUR ESO	(1)
Cirurgião	DR LUCIANO LIRA	(1)
1º Auxiliar	DR RAFAEL LARA	(1)
Anestesista	DR GUSTAVO	(1)
Descrição Cirúrgica	1- ANESTESIA 2- ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3- COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO 4- INCISÃO LONGITUDINAL ANTERIOR NO QUADRIL ESO TRANSTENDÃO 5- REDUÇÃO DE FRATURA DA FEMUR + FRESAGEM ATE 12,5 MM + FIXAÇÃO COM HASTE DE FEMUR BLOQUEDA COM 2 PARAFUSOS DISTAIS E 02 PROXIMAIS E 01 PARAFUSO TAMPÃO. 6- CONTROLE FLUOROSCÓPICO + SUTURA + CURATIVO.	(1)

ANAMNESE

NOME DO PACIENTE : LUANA CARLA R DA SILVA

CODIGO DA CARTEIRA:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

HDA

PACIENTE COM DOR NA COXA ESQUERDA

HPP

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANASITO COM QUEIXA DE DORES NA COXA ESQUERDA HÁ 8 HORAS

EXAME FISICO

DOR + EDEMA + DEFORMIDADE + INCAPACIDADE FUNCIONAL.

LOCAL / DATA : JOÃO PESSOA 24 DE MAIO DE 2017

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA DO USUÁRIO:

Dr. Luciano José L. Mendes
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - 4290
CPF: 785049184-78

ANAMNESE

NOME DO PACIENTE:

Luane Carla Ricardo de Silva

CODIGO DA CARTEIRA:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

HDA

Paciente sofreu traumatismo
do membro inferior (B)
evoluindo com fratura do
fêmur (B), necessita
de tratamento cirúrgico
HPP

EXAME FÍSICO

Dr. edema, deformidade
costa (B).

LOCAL/DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA DO USUÁRIO:

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelha
CRM 6688 - TEOT 22959

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Nome: Luana Carla Silva Idade: _____
 Prontuário: _____ Data de admissão: 27/05/17
 Médico: _____
 Acomodação: _____

DADOS DA ADMISSÃO

Data da cirurgia: _____ Horário: _____
 Cirurgia: _____
 Equipe cirúrgica: _____

Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	Setor:	S	N	NSA
Identidade do paciente.	☐	☐	☐	ITENS DE VERIFICAÇÃO	☐	☐	☐
Avaliação pré-anestésica.	☐	☐	☐	Exames de imagem.	☐	☐	☐
Informação de lateralidade pelo MA.	☐	☐	☐	Retirada de adornos/prótese e guarda adequada.	☐	☐	☐
Confirmação de vaga em UTI.	☐	☐	☐	Termo de consentimento concedido - cirurgia.	☐	☐	☐
Exames laboratoriais.	☐	☐	☐	Termo de consentimento concedido - anestesia.	☐	☐	☐
Tricotomia até 2h antes.	☐	☐	☐	Confirmação de reserva de sangue.	☐	☐	☐
				ASSINATURA:			

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista do BO):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmar identidade do paciente.	☒	☐	☐	Confirmada reserva e disponibilidade de sangue se risco de perda sanguínea (>500ml/adulto - 7ml/kg Criança).	☐	☒	☐
Prontuário ativo.	☒	☐	☐	Via aérea difícil / risco de aspiração.	☐	☒	☐
OPME checado.	☒	☐	☐	Confirmação de vaga em UTI.	☐	☒	☐
Chechagem completa dos equipamentos.	☒	☐	☐	Chechagem completa das medicações a serem utilizadas.	☒	☐	☐
Alergias conhecidas.	☐	☒	☐				
Especificar:							

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Membros da equipe cirúrgica	☒	☐	☐
Cirurgião, anestesiologista e enfermeira verbalmente confirmam:			
Lateralidade do procedimento.	☒	☐	☐
Paciente certo.	☒	☐	☐
Sítio cirúrgico identificado.	☒	☐	☐

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Revisão do cirurgião			
Há material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado.	☒	☐	☐
Checou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento.	☒	☐	☐
Antibioticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min.	☒	☐	☐
Revisão do anestesiologista			
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada.	☒	☐	☐
Revisão da enfermagem			
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando.	☒	☐	☐
Esterilização do material confirmada e validada.	☒	☐	☐

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesiologista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados.	☒	☐	☐
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura.	☒	☐	☐
Identificação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica.	☒	☐	☐
Preenchimento de guias e/ou relatórios pelo médico cirurgião.	☒	☐	☐
Manter cabeceira do leito elevado 30° a 45°.	☒	☐	☐
Orientação de posicionamento de membros.	☒	☐	☐
Orientação de cuidados com drenos e sondas.	☒	☐	☐

DATA: 27/05/17

Ass. Técnico: _____ Ass. Enfermagem / COREN: _____ Ass. Anestesiologista / CRM: _____ Ass. Cirurgião / CRM: _____



HOSPITAL
PARAÍBA

PERI-OPERATÓRIO

Nome: Luana Carla Silva

Convênio: _____ Leito: _____ Unidade: _____

Idade: _____

Atendimento: 4327027

1. ORIGEM DO PACIENTE

Emergência ☐ Residência ☐ Posto de Enfermagem ☐ Outro Hospital ☐ Especificar: _____

2. PRÉ OPERATÓRIO

2.1 Tipo de Cirurgia Emergência ☐ Eletiva ☐	2.2 Data da cirurgia <u>17/03/2023</u>	2.3 Procedimento cirúrgico proposto: <u>fratura de fêmur</u>	2.4 Pulseira de identificação: MSE ☐ MSD ☐ Não se aplica ☐ MID ☐ MIE ☐	2.5 Recebido por: _____ Data: <u>17/03/2023</u>
2.6 Sinais vitais T: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____ x _____	2.7 Pré anestésico Não ☐ Sim ☐ Medicação em uso: _____	2.8 Orientações Cirurgia ☐ Anestesia ☐ SRPA ☐	2.9 Alergias <u>7.5g</u>	2.10 Estado emocional Medo ☐ Tranquila ☐ Cooperativa ☐ Ansiedade ☐ Indiferença ☐
2.11 Antecedentes Obesidade ☐ Cardiopatia ☐ Drogas ☐ Bronquite/Asma ☐ Secreção ☐ HAS ☐ Hipertensão Maligna ☐ Tabagismo ☐ Diabetes ☐ Outro _____		2.12 Cirurgias Anteriores Reserva de Hemoderivados: ☐ Não ☐ Sim ☐ Especifique: _____		2.11 Preparo Higienização ☐ Tricotomia ☐ Prótese ☐ Jejum ☐ desde às _____ horas. Preparo do cólon ☐ Satisfatório - Sim ☐ Não ☐ Adornos Esmalte e Maquiagem ☐
2.14 Exames: Sangue ☐ U.S ☐ RX ☐ Ecocardiograma ☐ Especificar: _____				

3. INTRA - OPERATÓRIO

3.1 Recebido por Enferm. ☐ Téc ☐ <u>Nalva</u> Hora: <u>03</u> Sala: _____	3.2 Condições da pele: <u>Integra</u>	3.3 Entrada na S.O. Anestesia início: _____ Hs. Término: _____ Hs. Cirurgia início: _____ Hs. Término: _____ Hs. Instrumentador: <u>Leusa</u> Circulante: _____	3.4 Sinais vitais PA: _____ x _____ FC: _____ Sat O2: _____ R: _____
3.5 Posição do paciente durante o ato operatório: Dorsal ☒ Ventral ☐ Ginecológica ☐ Lateral D ☐ Lateral E ☐ Ortopédica ☐ Proclive ☐ Trendelenburg ☐ Outros: _____		3.6 Membro ou lado a ser operado: Direito ☐ Esquerdo ☐	3.7 Solicitações: Sangue _____ ml Plasma _____ ml Anatomopatológico ☐ Cultura ☐ Exame laboratorial ☐ RX ☐
3.8 Solução anti-séptica utilizada: Clorhexidine alcoólico ☒ Éter ☐ Outros: _____ Clorhexidine degermante ☒ Alcool 70% ☐ PVPI tópico ☐ PVPI degermante ☐		3.9 Grau de Contaminação Limpa ☒ Contaminada ☐ Potencialmente contaminada ☐ Infectada ☐	
3.10 Bisturi: Elétrico ☒ N° Serie: _____ Bipolar ☐ N° Serie: _____	3.11 Uso do Colchão térmico: Sim ☐ Não ☒ N° de Serie _____ Temperatura: 20min _____, 20min _____, 20min _____ 20min _____, 20min _____, 20min _____ 20min _____, 20min _____, 20min _____		3.12 Material/Equipamento trazido por terceiros: Material: <u>nao</u> Fornecedor: _____ Data esterização: _____
3.13 N° de compressas utilizadas: Quantidade no início: <u>40</u> Quantidade no término: <u>40</u>	3.13 Condições da pele ao término da cirurgia: <u>Integra + F.O</u>	3.14 Medicações / hora: <u>ver ficha do anestesista</u>	

...caminhado para:

SRPA ☐

Hora _____

Unidade de internação ☐ Especificar: _____

UTI ☐ Especificar: _____

Hora _____

Horário de saída da S.O. _____ Hs

Localização de:

☐ ELETRODOS
☐ INCISÃO CIRÚRGICA
☐ DRENO
☐ PLACA DE BISTURI
☐ PUNÇÃO VENOSA
☐ COXIM
☐ CATETERES ☐ AE ☐ AP ☐ AR ☐

PIO DE MARCAPASSO ()



Observações/intercorrências:

Etiquetas do material terceirizado:

Integrador Químico:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 01/07/1985

Atendimento: 43270272

25/05/2017 21:53

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Prontuário: 4344453

Leito: 1A-112/1

Profissional(is): MARCIA MARIA MARQUES PEREIRA, ENFERMEIRO(A), COREN 341235 [1]

Nº: 11275819 25/05/2017 às 21:44

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EVOLUI EM EGR, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL, ACIANOTICA, ANICTERICA, RESTRITA AO LEITO, LIBERADO DIETA, HVP, DIURESE ESPONTANEA, SEGUE MCP AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM CIRURGIA DE FRATURA DE FEMUR SUSPENSA PARA AMNHÃ.

[1]

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Sem Dispositivos Invasivos

Sim

[1]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

DI. Nasc.: 01/07/1985

Atendimento: 43270272

Prontuário: 4344453

25/05/2017 13:13

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-112/1

Profissional(is): HEVELINE ANDRADE NASCIMENTO, ENFERMEIRO(A), COREN 223356 [1]

Nº: 11264074 25/05/2017 às 13:11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

PACIENTE EM TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR
E. CONSCIENTE, ORIENTA, AFEBRIL, EUPNEICA, ACIANOTICA,
DIURESE ESPONTANEA, SONO E REPOUSO PRESERVADO. SEGUE
AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, E AGUARDANDO
PROCEDIMENTO, EM JEJUM.

[1]

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Sem Dispositivos Invasivos

Sim

Heveline Andrade Nascimento
ENFERMEIRO COREN-PB 223356

[1]



FICHA DE EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome do paciente: Luana Carla Ricalenda das
Idade: 31 Anos Leito: 11 CP Unidade: HD

PROFESSIONAL

1. Nutrição ☐ 3. Fisioterapia ☐ 5. Parecer Médico ☐ Especialidade: _____
2. Serviço Social ☐ 4. Psicologia ☐ 6. Outro Profissional ☐ Especificar: _____

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
07.00	25.05	12 colímbos jovens, a maioria com cintura de penas brancas, olhinho de vidro de vidro, a maioria essa regredida, não, com uma coroa, porém a maioria não realizada + no final da tarde.
19.00		Podem as micolias colocar a pele micolias.
17.00		colímbos regredem adulterar os micolias.



Nome do paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Idade: 31 ANOS Leitor: 112-01 Dias de internação: _____
HD: FORTUNA DE FEMUR Unidade: CLINICA MEDICA

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. Nível de Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
2. Comunicação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias
3. Locomoção / Sono e Repouso	10. Membros / Sistema Vascular
4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco	11. Pele / Evolução da Ferida
5. Ingesta	12. Sinais e Sintomas Referidos
6. Abdome / Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
7. Eliminações	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

Evolução de Enfermagem COD:147376

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGU

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Di. Nasc.: 01/07/1985

Posto: POSTO 1A

Atendimento: 43270272

Prontuário: 4344453

25/05/2017 23:3

Leito: 1A-112/1

Profissional(is): MARIA DAS NEVES DE LIRA SARAIVA. TECNICO DE ENFERMAGEM, COREN Nº: 11277301 25/05/2017 às 23:22

DADOS DO PACIENTE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora

Descrição

19:00

RECEBI PACIENTE EM EGR, CONSCIENTE ORIENTADA AFEBRIL, EUPNEICA, COM HVP, AUSENTE DE SVD, A MESMA SEGUE COM MEDICAÇÕES SIN ACM. (1)

PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO, FOI SUSPENSA CIRURGIA QUE ESTAVA MARCADA P/ HOJE. (1)

CIRURGIA PROGRAMADA P/ DIA 26/05/ 2017.

PACIENTE ACEITOU SEM AS DIETAS OFERTADAS.ACM.

00:00

PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO FOI VERIFICADO SSVV CPM, O MESMO SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. (1)

03:00

PACIENTE SEGUE EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS ATÉ O MOMENTO. (1)

PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. (1)

05:00

PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AGUARDANDO VISITA DA PEDIATRA CPM. (1)

Maria das Neves de Lira Saraiva
Téc. de Enfermagem
COREN 675.099

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 01/07/1985
Nº Prescrição: 0013278853
Leito: 1A-112/1

Atendimento: 43270272
25/05/2017 às 07:27
Peso: 75.00 kg

Emissão
Prontuário: 4344453

25/05/2017 13:10:12

PRESCRIÇÃO MÉDICA

24/24h

HORÁRIOS

1. DIETA ZERO / ZERO

2. TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML
100 ml

(AMPL C/100MG) Agora EV

3. TILATIL (40.00mg)

Água Destilada

40 mg

1 FRAP
10 ml

(C/40MG) Agora EV

4. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Água Destilada

1000mg

2 ML
18 ml

(AMPL C/500MG) Agora EV

5. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.01g/ml)

500ml

500 ML

(TUBO C/9GR) Agora EV

6. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR

1

24/24h

37.00
gts/min

16:00
12:00
12:00
12:00

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.

Indica item checado.

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 d

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - H3J

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Dt. Nasc.: 01/07/1985

Atendimento: 43270272

Prontuário: 4344453

26/05/2017 18

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1A

Leito: 1A-112/1

Profissional(is): NARA CRISTINNE MARTINS ARRUDA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 942597 [1] Nº: 11290319 26/05/2017 às 13:41
NARA CRISTINNE MARTINS ARRUDA COREN 942597 [2]

DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento

01/07/1985

Sexo

FEMININO.

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- MANHÃ

Hora

07

[1]

Descrição

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, NORMOTENSA, AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO (FRATURA DE FEMUR), VERBALIZANDO, ACEITA DIETA VO, MEDICADA CPM, SEGUE ASO CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

[1]

[1]

Hora

12

Descrição

ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CPM.

[1]

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

Hora

14

Descrição

ADMINISTRADA MEDICAÇÃO CPM

[1]

[1]

Hora

Descrição

[2]

[2]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

Hora

18

Descrição

PACIENTE REPULSIONADA COM CATETER VENÓSO 22 EM MSE,ASSISTIDA MEDICADA E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

[2]

[2]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Nara

Nara Cristinne Martins Arruda
Téc. em Enfermagem
COREN-PB 942597



HOSPITAL
PARAÍPOLIS

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 2

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 01/07/1985
Nº Prescrição: 0013292238
Leito: 1A-112/1

Atendimento: 43270272
26/05/2017 às 08:06
Peso: 75.00 kg

Emissão
Prontuário: 4344453

26/05/2017 10:40:32

PRESCRIÇÃO MÉDICA

24/24h

HORÁRIOS

1. DIETA ZERO / ZERO
2. TRAMAL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/100MG) Agora EV
Soro Fisiológico 0,9% 100 ml
3. TILATIL (40.00mg) 40mg 1 FRAP (C/40MG) Agora EV
Água Destilada 10 ml
4. DIPIRONA (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/500MG) Agora EV
Água Destilada 18 ml
5. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.01g/ml) 500ml 500 ML (TUBO C/9GR) Agora EV
6. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR 1 24/24h

37.00
gts/min

~~12:00~~
~~14:00~~
~~14:00~~
~~12:00~~
Jana

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.

Indica item checado.

Erika Guilberto Couro
Eduardo
Couro - P.O. 270389

te: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
lo: HAPVIDA JOAO PESSOA
to: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 01/07/1985
Nº Prescrição: 0013292238
Leito: 1A-112/1

Atendimento: 43270272
26/05/2017 às 08:06
Peso: 75.00 kg

Emissão: 26/05/2017 18:57:30
Prontuário: 4344453

PRESCRIÇÃO MÉDICA

24/24h

HORÁRIOS

MAL (50.00mg/ml) Soro Fisiologico 0,9%	100mg	2 ML (AMPL C/100MG) 100 ml	Agora	EV	12:00
TIL (40.00mg) Agua Destilada	40 mg	1 FRAP (C/40MG) 10 ml	Agora	EV	14:00
RONA (500.00mg/ml) Agua Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG) 18 ml	Agora	EV	14:00
IO FISIOLÓGICO 0,9% (0.01g/ml)	500ml	500 ML (TUBO C/ 9GR)	Agora	EV	18:00
HA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1				

37.00 gts/min

24/24h

PRO SMO

FIX

Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado.

Indica item checado.

Enferm. Gerson Moura
Enfermeiro
Conexão: 270389

2
te: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
io: HARVIDA JOAO PESSOA
to: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 01/07/1985
Nº Prescrição: 0013292238
Leito: 1A-112/1

Atendimento: 43270272
26/05/2017 às 08:06
Peso: 75.00 kg

Emissão: 26/05/2017 18:57:30
Prontuário: 4344453



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

112

Página 1 de 3

Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA
Posto: POSTO 1A

Dt. Nasc.: 01/07/1985
Nº Prescrição: 0013307835
Leito: 1A-112/1

Atendimento: 43270272
27/05/2017 às 11:54
Peso: 62.00 kg

Emissão
Prontuário: 4344453

27/05/2017 13:30:35

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

18:00 ; 21:00 ; 28/05- 00:00 ; 28/05- 03:00

7.00 gts/min Acesso Periférico

2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml			
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83	ml/Kcal/dia	500 ml			
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	Agua Destilada	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	
			10 ml			
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV	
			100 ml			
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Agua Destilada	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	
			18 ml			
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	
			100 ml			
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	
			18 ml			

SN

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOLCHOADA

SN

10. PUNCAO C/ JELCO

SN

11. SINAIS VITAIS

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC

SN

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

Legenda horário :

Indica item não administrado.

18:00 ; 21:00 ; 28/05- 00:00 ; 28/05- 03:00

14:00 ; 22:00 ; 28/05- 06:00

14:00 ; 22:00 ; 28/05- 06:00

18:00 ; 28/05- 00:00 ; 28/05- 06:00

14:00 ; 22:00 ; 28/05- 06:00

06:00

06:00

06:00



Paciente: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA
Posto: POSTO 1A

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Dt. Nasc.: 01/07/1985
Nº Prescrição: 0013314774
Leito: 1A-112/1

Atendimento: 43270272
 28/05/2017 às 08:25
Peso: 62.00 kg

Página 1 de 3

Emissão

28/05/2017 08:37:15

Prontuário: 4344453

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

09:00 ; 12:00 ;

HORÁRIOS

2. Hidratação Venosa

Fase Única

Vol. Total: 500 ml

7.00 gts/min Acesso Periférico

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83
 3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (B1/1)
 Agua Destilada

ml/Kcal/dia
 1g

500ml
 1 FRAP (C/1GR)
 10 ml

8/8h EV

08:00

4. PLAMET (5.00mg/ml)
 Agua Destilada

10mg

2 ML (AMPL C/10MG)
 18 ml

8/8h EV

09:00

5. PROFENID IV (100.00mg)
 Soro Fisiológico 0,9%

100mg

1 FRAP (C/100MG)
 100 ml

8/8h EV

10:00

6. DÍPIRONA (500.00mg/ml)
 Agua Destilada

1000mg

2 ML (AMPL C/500MG)
 18 ml

6/6h EV

08:00

7. TRAMAL (50.00mg/ml)
 Soro Fisiológico 0,9%

100mg

2 ML (AMPL C/100MG)
 100 ml

8/8h EV

SN

8. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO

SN

9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE
 ACOLCHOADA

06:00

10. PUNÇÃO C/ JELCO

06:00

11. SINAIS VITAIS

SN

12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS

13. RETIRADA DE DRENO DE
 PORTOVAC

SN

14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE
 ACOCHOADA MEDIO

15. COMPRESSÃO COM ÉTER

06:00

16. Alta em: 28/05/2017

SN

ALTA MELHORADO

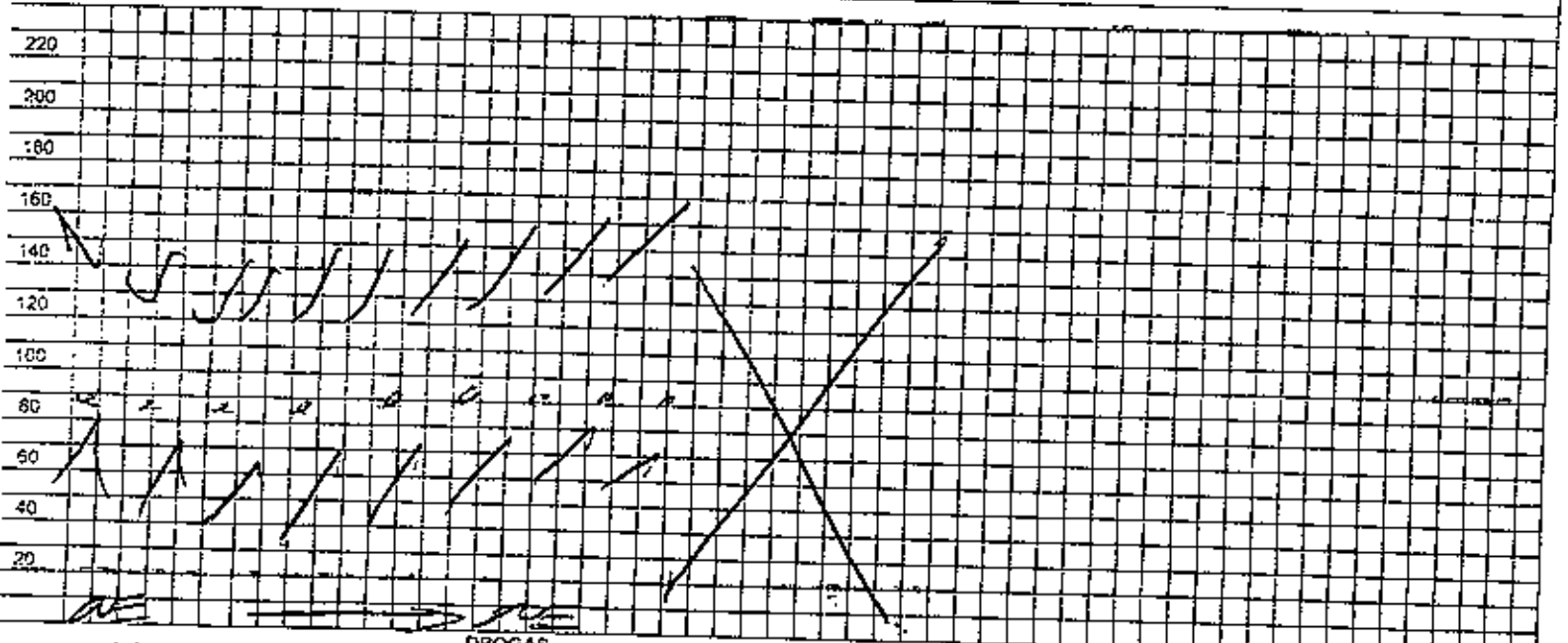
Alta dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS

FICHA DE ANESTESIA

Nome: LUANA CARLA RIBEIRO DA SILVA Data: 27/05/17
 Idade: 31 Peso: 60kg Sexo: F M ()
 Prontuário: 8 Convênio: HARVIA
 Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR
 Cirurgia: TRH. CIRCUNDO FRA. FÊMUR NAQUIANESTESIA
 Cirurgião: RAFAEL LIRA ASA: I
LUCIANO LIRA

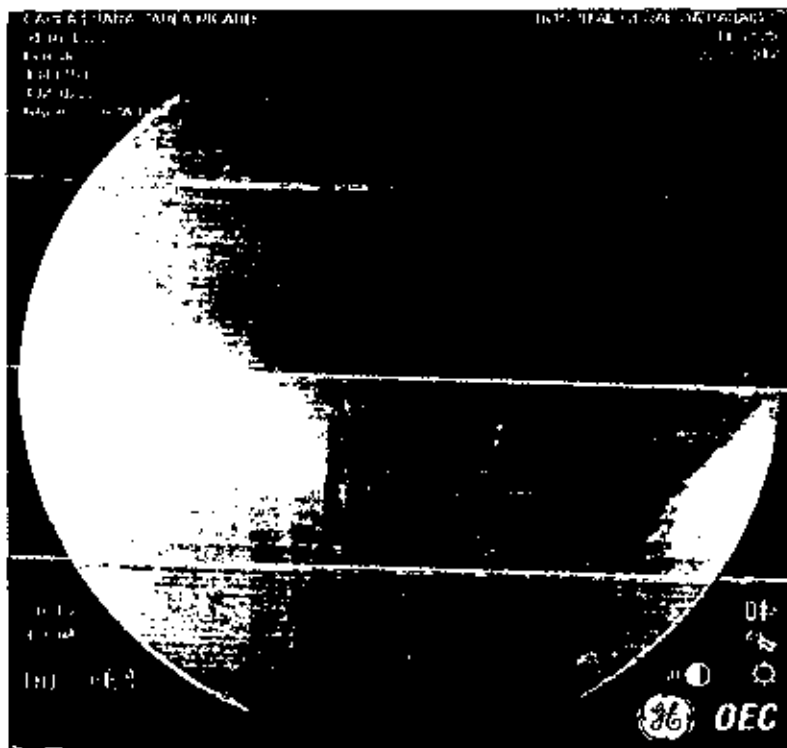
A	HORA	O ₂	N ₂ O	Ar
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

SAT O ₂	CARDIOSCÓPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
ETC O ₂					
PVC					



DROGAS		EVENTO			
9	SEDAR 200-01.	A	PROVA ANESTÉSICA - SINTETIZADO		
10	AGUIHA 26G-01.	B	ANILÉSPER + ANILÉSPER		
11		C	PROVA 1/2 LAR		
12		D	INTUBAÇÃO 3/4 LAR		
13		E	INTUBAÇÃO 3/4 LAR		
14		F			
15		G			
16		H			
17		I			
18		J			
LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação: Oro Nasal Sonda:
AL	2600ml				Respiração: Espont Assist. Mecân.
					Absorvedor de: Sem Com
					Posição: 0 Local da Puncão: 14-15
					Agulha: 26G Técnica: PERCUTANEA
					Início: 109:30 Fim: 12:15
					Duração:
Condição final op: BEG.					

Condição final op: BEG
 Intercorrências per. op:
 Ass. Anestesista - CRM:
 Dr. Augusto Luiz Lima Lopo
 Anestesiologista
 CRM-PB 5969
 FICHA DE ANESTESIA REF: 74412



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Paciente uterina acurrido muito
 Liberação pelo cirurgião para internado para
 avaliação pré-operatória. Pode apresentar em prancha
 ordo histórico. A MI é um movimento. Radiografia
 dos braços fracos não absorvendo substâncias
 feitas grafia dos braços e a observação fraturas
 humerais - o sort + com + de fraturas humerais
 menores.

cd: fraturas fraturas
 internado para o tratamento

Dr. Wagner J. Souza
 ORL - PEDIÁ / TRAUMATOLOGIA
 CRM - 5277

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

- ☐ Centro cirúrgico _____
☐ Internação (setor) _____
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
- ☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia
☐ Decisão Médica
☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111
11111111111111111111	11111111111111111111	11111111111111111111



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Luana Carla Ricardo da Silva.		
End:	R: Via Pública.		
Data de Nascimento:	02/07/1985	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente.	Data do Atend.: 24/05/19	Hora: 15:09 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 110

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

PACIENTE: LUANA CARLA R. DA SILVA
DATA DO EXAME: 24.05.2017
RADIOGRAFIA DE FEMUR

- Fratura desalinhada da diáfise do fêmur.
- Relações articulares conservadas

73

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485


Dr. William R. T. Neto
CRM/PB: 6733

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

Data da internação: 24/05/2017 Hora: 16:51:48

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CRES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		4 - CRES 2362856
Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
5 - NOME DO PACIENTE LUANA CARLA RICARDO DA SILVA		1439003
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 01/07/1985	9 - SEXO Masculino ☐ Feminino ☒
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO CPF 83 Nº DE TELEFONE 99124679
12 - ENDEREÇO (CASA, Nº, BAIRRO) RUA VIA PUBLICA, 0, CENTRO		
13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA Campina Grande	14 - CEP 250400	15 - UF PB
		16 - CEP 58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente vítima de acidente de trânsito com fraturas na coluna e dor + edema + obstrução, sendo usuário normal.

18 - CONDIÇÕES QUE SUSTENTAM A INTERNAÇÃO

Acidente de trânsito

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura de fêmur

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO <i>Fratura de fêmur</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

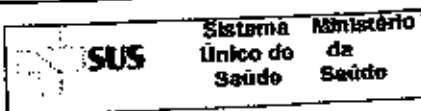
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fixação cirúrgica</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>5</i>
26 - CLÍNICA <i>02</i>	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CRES () CPF 181946644760001
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAERSON JOSE DE SOUZA		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 24/05/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CID 10 DA SEGURADORA	37 - Nº DO RELATÓRIO	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CATEGORIA DA EMPRESA	40 - CATEGORIA DA EMPRESA	41 - CATEGORIA
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CID - ORGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO () CRES () CPF	47 - Nº DOCUMENTO (CRES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO		



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2362856
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		2362856
Identificação do Paciente		5 - Nº DO PRONTUÁRIO
6 - NOME DO PACIENTE		1439003
LUANA CARLA RICARDO DA SILVA		
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
	01/07/1985	Masculino ☐ Feminino ☒
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO
		83 99124679
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO
RUA VIA PUBLICA, 0, CENTRO		250400
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF
Campina Grande		PB
		16 - CEP
		58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
 Paciente vítima de acidente de trânsito, com lesões graves, apresentando hemorragias e fraturas múltiplas, necessitando de internação para tratamento adequado.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Atendimento clínico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames realizados em pronto socorro

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura de fêmur

26 - CLÍNICA

02

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

181946644760001

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WAERSON JOSE DE SOUZA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - TIPO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**GOVERNO
DA PARAIBA**

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Incubated female

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Adriana Maria da Silva	Alcance	Leito	Convênio
----------	------------------------	---------	-------	----------

Paciente		Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica	
Data							
24	1) Dula. 1000ml						
25	2) Soro 1000ml						
26	3) Dula 1000ml						
27	4) Soro 1000ml						
28	5) Dula 1000ml						
29	6) Soro 1000ml						
30	7) Dula 1000ml						
31	8) Soro 1000ml						
1	9) Dula 1000ml						
2	10) Soro 1000ml						
3	11) Dula 1000ml						
4	12) Soro 1000ml						
5	13) Dula 1000ml						
6	14) Soro 1000ml						
7	15) Dula 1000ml						
8	16) Soro 1000ml						
9	17) Dula 1000ml						
10	18) Soro 1000ml						
11	19) Dula 1000ml						
12	20) Soro 1000ml						
13	21) Dula 1000ml						
14	22) Soro 1000ml						
15	23) Dula 1000ml						
16	24) Soro 1000ml						
17	25) Dula 1000ml						
18	26) Soro 1000ml						
19	27) Dula 1000ml						
20	28) Soro 1000ml						
21	29) Dula 1000ml						
22	30) Soro 1000ml						
23	31) Dula 1000ml						
24	32) Soro 1000ml						
25	33) Dula 1000ml						
26	34) Soro 1000ml						
27	35) Dula 1000ml						
28	36) Soro 1000ml						
29	37) Dula 1000ml						
30	38) Soro 1000ml						
31	39) Dula 1000ml						
1	40) Soro 1000ml						
2	41) Dula 1000ml						
3	42) Soro 1000ml						
4	43) Dula 1000ml						
5	44) Soro 1000ml						
6	45) Dula 1000ml						
7	46) Soro 1000ml						
8	47) Dula 1000ml						
9	48) Soro 1000ml						
10	49) Dula 1000ml						
11	50) Soro 1000ml						
12	51) Dula 1000ml						
13	52) Soro 1000ml						
14	53) Dula 1000ml						
15	54) Soro 1000ml						
16	55) Dula 1000ml						
17	56) Soro 1000ml						
18	57) Dula 1000ml						
19	58) Soro 1000ml						
20	59) Dula 1000ml						
21	60) Soro 1000ml						
22	61) Dula 1000ml						
23	62) Soro 1000ml						
24	63) Dula 1000ml						
25	64) Soro 1000ml						
26	65) Dula 1000ml						

[illegible]

CÓPIA DIGITALIZADA NO SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

20/10/2017

ASS. *[Signature]*

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.234



Luana Carla Ricardo da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

3135585

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/07/03

NOME

LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

FILIAÇÃO

Ernani Ricardo da Silva

Ana Araujo da Silva

Campina Grande-PB

01.07.1985

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nasc. nº. 11.570. fls. 080. liv. A.

13. cart. dist. Catolé. Campina Grande

CITY

JOÃO PESSOA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Documentos de Identificação





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

061.745.014-50

Nome

LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Nascimento

11/07/85



971593756



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

NÚCLEO OPERACIONAL DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL/CG
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL, km 165,5, Alça Sudoeste. Serrotão, Campina Grande/PB

Instituto de Polícia Científica
Unidade de Medicina Legal

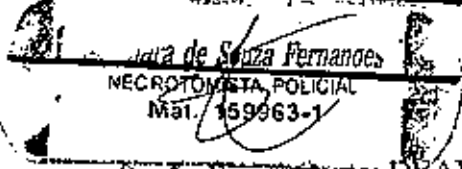
C: Laudo: 03.03.06.022019.05327

CONFERE COM ORIGINAL

Campina Grande-PB 13/03/19

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou Ofensa Física

00056319



Data do exame: 26/02/2019 Hora 15: 49

Órgão Requisitante: DEAV. Nº da Solicitação: 002/2019. Autoridade Solicitante: BEL: Luciano B. S. Seca.
Nome: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA, Identidade de Gênero: Feminino. RG: não consta
CPF: não consta. Data de Nascimento: 01/07/1985. Idade: 33 Profissão: operadora de telemark. filho(a) de
Ermani Ricardo da Silva e Ana Araújo da Silva. Estado Civil: união estável. Escolaridade: não informado
Naturalidade: C. Grande/PB. Residente na r. Vicente Correia, 399 Centenário C. Grande/PB. 98734-9964

HISTÓRICO – Pericianda vinha como passageira de motocicleta quando foi atingida por carro, fato ocorrido no dia 24.05.17, por volta das 14:00 horas, sofrendo fratura de fêmur esquerdo e havia à esquerda, submetida a tratamento cirúrgico com colocação de haste e pinos. Laudo médico, datado de 07.01.19, emitido por Dr. Leonardo Cezar, CRM: 6740, informa reabilitação funcional de fratura grave de fêmur esquerdo, com atrofia muscular em membro inferior esquerdo, protrusão lombó-sacra (L5-S1), derrame articular coxofemoral bilateral e alterações fibrociáticas na transição miotendínea dos glúteos médio e mínimo, evoluindo com dores crônicas e constantes, sequela grave e permanente de membros inferiores, coluna lombar com dores constantes e progressivas, limitação total de cerca de 70% (setenta por cento), com perda de força muscular e amplitude de movimento, CID: S72.3 (Fratura da diáfise do fêmur), M51.1 (Transtornos de discos lombares e de outros discos), M25.5 (Dor articular), M17 (gonartrose) e M18 (Artrose da primeira articulação carpometacarpiana). Nega gestação na época do acidente. Socorrida inicialmente para o Hospital de Trauma de Campina Grande e transferida no mesmo dia para outro hospital. Submetida a tratamento cirúrgico no dia 26.05.17, na Clínica Orto e Trauma de João Pessoa.

DESCRIÇÃO – Apresenta cicatrizes, em número de cinco, sendo cada uma de mais ou menos 5,0 cm de extensão, na face lateral do quadril esquerdo e lateral externa da coxa esquerda. Edema moderado da coxa esquerda, leve encurtamento do membro inferior esquerdo, claudicação leve ao deambular, limitação moderada na flexão do joelho esquerdo e na flexão do quadril esquerdo, com redução moderada da força do membro inferior esquerdo. Edema leve no joelho direito, com limitação leve na flexão do mesmo.

QUESITOS

- 1º. Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2º. Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3º. Houve perigo de vida? NÃO.
- 4º. Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE DE 70% (SETENTA POR CENTO) DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
- 5º. Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM.
- 6º. Provocou aceleração de parto? PREJUDICADO.
- 7º. Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8º. Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9º. Resultou deformidade permanente? SIM, MODERADA HIPOTROFIA, ENCURTAMENTO E CICATRIZES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
- 10º. Provocou aborto? PREJUDICADO.

PERITO

Reginaldo A. B. Teixeira
PERITO MÉDICO LEGISTA
Matr. 151947 - CG-PB 6399

João de Souza Fernandes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190244521 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA **Data do acidente:** 24/05/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA DO FEMUR ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE COM CLAUDICACAO, DIFICULDADE DA MARCHA, APRESENTANDO DOR QUADRIL HOMOLATERAL, HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO COM TRTAMENTO CIRURGICO, CONSOLIDADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Data do Acidente: 24.05.17 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 061745034-50

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 061745034-50
E-mail: RAY.JR30@GMAIL.COM Tel.: (83) 98134-9964
Data: 19-03-2019 Assinatura: Juana Carla Ricardo da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AGE Bairro Prata
Atendente: TERANIA EVARISTO DOS SANTOS Matrícula: 065.286.074-69
Data: 19/03/2019 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108919/19

Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

CPF: 061.745.014-50

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 24/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUANA CARLA RICARDO
DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LUANA CARLA RICARDO DA SILVA : 061.745.014-50

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: 29/03/2019
Nome: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA
CPF: 061.745.014-50

LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



Serviço Notarial 6º OFÍCIO



Cartório que apresenta cópia a reprodução fiel do original que
Selo: AIN93178 - L42Y

Maria Célia Jordão
TABELIÃ

Comarca de Campina Grande
Estado da Paraíba

Nelia Mello Lucas
TABELIÃ SUBSTITUTA

Rua Marques do Herval, nº 16 - Loja 6 - Galéria Ed. Lucas - Campina Grande - PB - CEP 58400-087 - Fone: (33) 3344-0558

LIVRO: 056
FOLHA: 025

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos virem este **Público Instrumento de Procuração** que ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e dezenove (01/04/2019), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, perante mim, **MARIA CÉLIA JORDÃO - Tabeliã**, compareceu como **OUTORGANTE: RAYMUNDO DE AMORIM JUNIOR**, brasileiro, solteiro, engenheiro, residente e domiciliado à Rua Antonio Francisco do Bú nº 131, Bloco 06, Apt.º 104, Catolé, Campina Grande - PB, portador de RG nº 3218895-SSP/PB e CPF(MF) nº 076.823.234-18; identificado por mim Notária como o próprio, e por ele me foi dito que constitui e nomeia como sua bastante procuradora: **RITA DE CÁSSIA AMORIM**, brasileira, casada, professora, residente e domiciliada ao mesmo endereço supra mencionado, portadora de RG nº 1.423.473- 2ª via-SSP/PB, CPF(MF) nº 622.005.934-49; A quem confere poderes para representar o(a) outorgante junto a qualquer Agência Bancária do País, Instituição de Finança e de Crédito, especialmente junto ao **BANCO DO BRASIL S/A - Conta nº 78.757-4 - Agência nº 3331-6**, bem como junto a **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - CEF - Agência nº 2221 - Conta nº 12001-3 - Operação 013** e junto a todas Empresas de Cartão de Crédito, e onde com esta se apresentar e se fizer necessário; podendo para tanto abrir, movimentar e encerrar contas correntes de depósitos e/ou poupanças, e inclusive apresentar, juntar, retirar e desentranhar documentos, dar e receber quitação, assinar retiradas e transferências, ajustar cláusulas e condições, pagar taxas, receber ordens de pagamento, requerer, requisitar, receber cartão eletrônico, movimentar conta com o cartão eletrônico, requisitar talonário de cheques, retirar cheques devolvidos, aceitar, emitir, endossar, assinar, sustar, contra-ordenar e contestar cheques, cancelar cheques, dar baixa em cheques, indagar saldos, solicitar saldos e extratos, requerer, renovar, receber e desbloquear cartão magnético, autorizar cobrança, renegociar dívidas, cadastrar, alterar e desbloquear senhas, efetuar saques, depositar, efetuar transferências, inclusive por meio eletrônico, efetuar pagamentos por meio eletrônico, receber ordens de pagamentos, autorizar débito em conta, discordar de valores, prestar declarações e informações, firmar acordos, receber, passar recibo e dar quitação, efetuar aplicações financeiras, resgates, dar e receber quitação, requerer parcelamentos, solicitar saldo/extratos de investimentos, solicitar saldos/extratos de operações de crédito, emitir comprovantes, firmar acordos e compromissos, prestar declarações e informações, assumir obrigações, efetuar transferência para mesma titularidade - meio eletrônico, consultar obrigações do débito direto autorizado, assinar proposta e/ou contrato, firmar e/ou aditar contratos, renegociar dívidas autorizar débito em conta relativo a operações, representá-lo em recadastramentos, preencher formulários, combinar cláusulas e condições de depósitos, cumprir exigências, acordar, discordar, apresentar, juntar e retirar documentos, assinar termos, declarações, requisições, requerimentos, formulários, recibos, retiradas, contratos, distratos, receber quantias através de cheques nominativos a ele(a) outorgante, receber cartão, assinar contrato de câmbio e/ou boletos, receber o valor da ordem de pagamento emitidas/enviadas do exterior, autorizar compartilhamento de dados entre o Banco, efetuar todo e qualquer ato referente ao sistema de câmbio, praticando toda Movimentação bancária em nome do(a) outorgante; Representá-lo(a) junto as Repartições Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Autárquicas, Ministérios, INSS, Seguradoras, Empresa Pública, Privada ou Particular, Comércio, Indústria, Prefeituras, Polícia Federal, Receita Federal e Estadual, Previdência Social, Correios, Escolas, Pessoas Físicas e Jurídicas, Plano de Saúde, Companhias Aéreas, Consulados em geral, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Órgãos Públicos de um modo em Geral e onde com esta precise se apresentar e for necessário, para resolver todo e qualquer assunto do interesse do(a) outorgante, e tudo requerer, recomendar, ajustar, praticar, assinar e receber toda a documentação precisa, e inclusive apresentar, juntar, retirar, requerer e receber documentos, assinar autorizações, termos, declarações, requerimentos, recibos, contratos, distratos, preencher formulários, pagar taxas e emolumentos, dar e receber quitação, receber importâncias, discordar de valores, anuir, desistir, concordar, discordar, acordar, escolher plano, requerer mudança de plano, requerer seguros, solicitar certidões, prestar declarações de imposto de

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



PROCURAÇÃO

CARTÓRIO DO 6º OFÍCIO DE NOTARIAS CAMPINA GRANDE - PB





renda, receber restituições, requerer parcelamentos de contas, requerer 2ª via de contas, solicitar mudança de endereço, mudança de plano, mudança cancelar/transferir linhas telefônicas, receber correspondências e encomendas, requerer 2ª via de registro, prestar queixa de roubo em delegacia, assinar termos, folhas e propostas, prestar declarações/informações, concordar com regulamentos, firmar acordos e assumir compromissos, ajustar cláusulas e condições, solicitar informações, resolver assuntos referentes ao visto, renovar o visto, acompanhar processo e demais outros assuntos, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, praticar, requerer, assinar, resolver o que necessário se tome; Representa-lo(a) junto ao **DETRAN** e ainda resolver todo e qualquer assunto referente ao **Veículo de Placa NQE-1933/PB, CHASSI n.º 8AP372111C6028119, Renavam n.º 0046902125-7, ANO FAB: 2011, ANO MOD: 2012, MARCA/MODELO: FIAT/SIENA EL FLEX, COR: PRATA**, requerendo 2ª via de DUT, CRV, CRLV, fazer emplacements, mudança de endereço, pagar taxas, prestar declarações, dar e receber quitação, liberar o veículo, fazer vistorias, requerer e receber DUT - CRV e/ou DUAL, assinar recibos de transferências / assinar recibos de compra e venda na qualidade de vendedor, vender veículo, prestar declarações e informações, concordar com regulamentos, receber carteira de motorista e demais outros assuntos, resolver assuntos referentes a multas, recorrer de multas, regularizando e assinando toda e qualquer documentação precisa; Representa-lo para resolver todo e qualquer assunto referente a **UM APARTAMENTO RESIDENCIAL SOB N.º 102 - Bloco D, situado à Rua Compositor Rosil Cavalcante n.º 855, Bairro Novo Bodocongó, na cidade de Campina Grande - PB, junto a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - CEF - Contrato n.º 85555.0396.733**, e ainda junto a Imobiliárias, Prefeituras, Secretarias, Concessionários de Serviços Públicos: Telefonia, Energia Elétrica, Água e Esgoto; podendo efetuar pagamentos, requerer e receber a liberação de hipoteca e inclusive; representa-lo junto ao **Cartório de Registro de Imóveis**, para ali requerer e receber o cancelamento/baixa da hipoteca do referido imóvel supra mencionado, e inclusive requerer e receber Certidões de um modo em geral, apresentar, juntar e retirar documentos, assinar termos, declarações, requisições, requerimentos, guias, contratos, discordar de valores, efetuar pagamentos, negociar e renegociar dívidas, parcelar débitos, antecipar prestações, amortizar débitos, dar e receber quitação, firmar acordos e assumir compromissos, prestar declarações e informações, ajustar cláusulas e condições, desistir, requerer, concordar, discordar, fazer acordos, discordar de acordos, cumprir exigências, requerer, recorrer, concordar e ajustar as condições de mútuo, participar de reuniões, assembleias seja ordinária e/ou extraordinária de condomínio, votar, referendar, decidir, assinar folhas, atas, livros, alugar o referido imóvel, assinar contratos de locação, rescisão de contratos, receber aluguéis, requerer despejos, renovar contratos, rescindir contratos, negociar prazos, preços e condições, discordar de valores, receber cheques, inclusive nominiais, dar e receber quitação, pagar impostos, requerer parcelamentos de contas de água, luz, IPTU, taxas de condomínios, resolvendo todo e qualquer assunto do referido Contrato supra mencionado; Representa-lo(a) perante Poder Judiciário, perante qualquer Órgão, Instância ou Tribunal, bem como constituir Advogado para o Foro em geral e usar dos poderes das cláusulas "ad judicium" e os mais especiais, podendo representá-lo(a) ativa e passivamente, acompanhar o processo, receber citações/intimações, acordar, transigir, desistir, dar quitação, representar em audiência, podendo resolver todo e qualquer assunto do(a) outorgante; e enfim, podendo tudo praticar, requerer, receber e assinar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato. **A PRESENTE PROCURAÇÃO TEM VALIDADE FIXADA POR 02 (DOIS) ANOS A CONTAR DESTA DATA.** Selo Digital: A1189996-XVJM - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Assim o disse e dou fé. A pedido da parte lavrei este instrumento, que lhes li, achou conforme, outorgou, aceitou e assinou, sendo dispensadas a presença e assinatura de testemunhas de acordo com o artigo 1.º do Provimento 03/87 da Corregedoria Geral de Justiça deste Estado. E eu, **NELIA MELLO LUCAS - Substituta do 6º Ofício de Notas**, subscrevo e assino em público e raso que uso. Ao primeiro dia do mês de abril de dois mil e dezenove.

Em testemunho () da verdade.

Corregedoria da Justiça

Provimento nº 01/05 - CJ/TJPB

Emolumentos...R\$ 99,02

FEJP + MP...R\$ 19,82

FARPE...R\$ 5,37

ISS...R\$ 4,95

Total...R\$ 129,16

OUTORGANTE:

Raymundo de Amorim Junior
RAYMUNDO DE AMORIM JUNIOR

SUBSTITUTA DO 6º OFÍCIO DE NOTAS

6º
Ofício de Notas

Serviço Notarial

6º OFÍCIO

Rua Marques do Herval, 16 - Loja 6-Galeria - Ed. Lucas
Campina Grande-Paraíba - Fone: (083) 3341-2658



Nelia Mello Lucas
Tabelia Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande-PB



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108919/19

Número do Sinistro: 3190244521

Vítima: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

CPF: 061.745.014-50

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 24/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUANA CARLA RICARDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

RITA DE CASSIA AMORIM : 622.005.934-49

Comprovante de residência

Documentos de identificação

Procuração

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: 31/05/2019
Nome: RITA DE CASSIA AMORIM
CPF: 622.005.934-49

RITA DE CASSIA AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO