



Número: **0802288-02.2019.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **18/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA APARECIDA DA SILVA (AUTOR)		MANUEL VIEIRA DA SILVA NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36726 147	17/11/2020 10:02	2764548_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA 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,

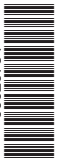
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14666511

Pag. 01501/01502 - carta_01 - INVALIDEZ

00020751





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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451730 Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00771/00772 - carta_03 - INVALIDEZ

00040386



Carta nº 14666864





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

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **0000016956-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

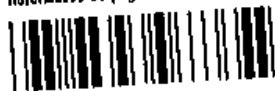
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

AS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

072.007.017-18

4 - Nome completo da vítima:

MARIA APARECIDA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

MARIA APARECIDA DA SILVA

6 - CPF:

072.007.017-18

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. ANTONIO BARBOSA ALVES

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

AREIAL

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58140.000

15 - E-mail:

geraldonaldo@yopmail.com.br

16 - Tel. (DDD):

(83) 98899-2405

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1668

CONTA: 00016956

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vivos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (") Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

AREIAL, 18 JULHO 2019

x Maria Aparecida da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 10:02:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171002188890000035055868

Número do documento: 2011171002188890000035055868

Num. 36726147 - Pág. 4



Scanned by CamScanner





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de ocorrência



Versando sobre ACIDENTE DE TRANSITO

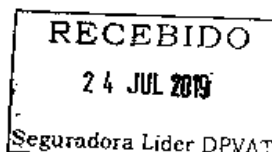
Hora e data do fato: Às 10:30, do dia 13 de maio de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:25, do dia 16 de julho de 2019.

Local do Ocorrido: BR 104, CENTRO, PROXIMO AO RADAR, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA-PB

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DA SILVA, do sexo feminino, nascida no dia 08/12/1962, com 56 anos de idade, ID: 33.995.349 SSP SP, CPF: 072.007.017-18, AGRICULTORA, filha de INACIO VICENTE DA SILVA e de ALUISA LIMEIRA DENO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, DIVORCIADA, natural de AREIAL, BRASILEIRA, residente na RUA ANTONIO BARBOSA ALVES S/N, bairro CENTRO, na cidade de AREIAL, PB, telefone Nº 988157862

VÍTIMA: A PROPRIA COMUNICANTE.



TESTEMUNHAS: JOSINEIDE DOS SANTOS ATAIDE, do sexo feminino, nascida no dia 07/08/1974, com 44 anos de idade, ID: 1721715 SSP PB, CPF: 97691097468, filha de VALDEMAR ATAIDE e de MARIA DOS SANTOS ATAIDE, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, natural de ESPERANÇA, residente na RUA JOSE BALBINO DOS SANTOS S/N, bairro CENTRO, na cidade de S.S DE LAGOA DE ROÇA, PB. EDNALDO BENTO DE ALMEIDA, do sexo masculino, nascido no dia 23/06/1973, com 46 anos de idade, filho de AUGUSTO BENTO DE ALMEIDA e de JOSEFA ROSA DA CONCEIÇÃO, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, SOLTEIRA, residente na RUA JOSE BARBOSA DOS SANTOS 1 ANDAR, bairro CENTRO, na cidade de S.S DE LAGOA DE ROÇA, PB.

HISTÓRICO: QUE no dia treze de maio do corrente ano estava em transito de carona na motocicleta do seu filho saindo da cidade de Areial para a cidade de Campina Grande quando ao passar pela cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça mas precisamente próximo ao RADAR na BR 104 um veículo da cor preta não identificado teria feito uma ultrapassagem indevida e colidido na motocicleta onde a comunicante estava de carona; QUE o piloto da motocicleta REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR perdeu o equilíbrio da motocicleta fazendo com que viesse ao solo; QUE a comunicante sofreu varias escoriações pelo corpo e quebrando o braço direito; QUE foi socorrida por um carro da prefeitura de Lagoa de Roça e encaminhada ao Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande que

Rua José Rodrigues Coura, - Centro, S.S de Lagoa de Roça-PB -





permaneceu hospitalizada naquele hospital por sete dias e que foi submetida a uma cirurgia para colocação de PLACA DE FERRO no Braço; QUE o veículo se trata DE UM MOTOCICLETA BROS 160, PLACA QFH0886/PB, COR PRETA, ANO MODELO 2015, CHASSI 9C2KD0810FR52753 em nome de REGINALDO BERBARNO PEREIRA JUNIOR; QUE o veículo envolvido no sinistro não teria prestado socorro como também não sabe dar maiores informações sobre o veículo que teria causado tal colisão.

AUTORIDADE

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

COMUNICANTE

MARIA APARECIDA DA SILVA

ESCRIVÃ ADHOC

DUCINEIA BARBOSA LUNA





PEDIDO DO SEGURO

Declaracao de Inexistencia de IML

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

072.007.017-18

MARIA APARECIDA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

MARIA APARECIDA DA SILVA

072.007.017-18

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

AGRICULTORA

R. ANTONIO BARBOSA ALVES

S/N

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

CENTRO

ARCEL

PB

58140.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

Cypaloboralf2@yahoo.com.br

(83) 988992405

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR☐ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

ARCEL 19 DE AGOSTO DE 2019

x Maria Aparecida da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 10:02:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111710021888900000035055868

Número do documento: 20111710021888900000035055868

Num. 36726147 - Pág. 8



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA

R. José Rodrigues Coura, 53, Centro • CNPJ: 08.742.435/0001-00 • Tel: (83) 3351-1008 • E-mail: prefeitura@lagoaderoça.pb.gov.br • Site: www.lagoaderoça.pb.gov.br

Governo: **Reconstruindo com Inovação**
SECRETARIA DE SAÚDE

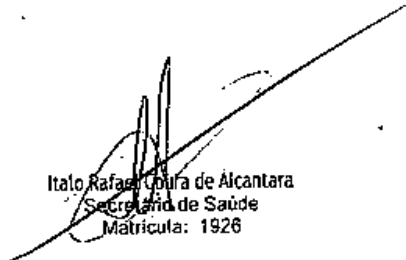
Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sr.^a MARIA APARECIDA DA SILVA, RG Nº 33.995.349-4, CPF Nº 072007017-18, sofreu um acidente de moto na BR 104 no dia 13 de maio de 2019, próximo a cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça, sendo a mesma socorrida para o Hospital de Trauma de Campina Grande, onde teve seus cuidados médicos.

Atenciosamente,


Ítalo Rafael Coura de Alcântara
Secretário de Saúde
Matrícula: 1926

ÍTALO RAFFAEL COURA DE ALCÂNTARA
Secretário Municipal de Saúde
S.S. de Lagoa de Roça-PB.



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: 06/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000016956-8

Nr. da Autenticação 58DB5C54E8142553



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARIA APARECIDA DA SILVA,
RG nº 3395349-4, data de expedição 29/04/2010,
Órgão SSP-PA, CPF nº 072.007.017-18,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ANTONIO BARBOSA ALVES</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>CASO</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>AREIAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.140-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 98899-2405</u>
E-mail	<u>elyaldonolfe@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: AREIAL, 18 DE JULHO DE 2019

Maria Aparecida da Silva
Assinatura do Declarante



REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
RUA ANTONIO BARBOSA ALVES, S/N - CENTRO
AREIAL / PB CEP: 56140000 (AG: 71)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 2 - 74 - 400 - 6580
Medidor: 00008114225

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.025.123/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 027.441.364
Cód. para Débito Automático: 00013732995

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	05/07/2019	06/08/2019	093.062.924-81
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1373299-5**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 04/06/18	Lectura 6275	Data 05/07/19	Lectura 8302	
		1	27	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Colins(R\$)	PIS(R\$)	Colins(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	PIS/Colins(R\$)	(1,0545%)	(4,9955%)	
0501	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,205120	6,15	0,00	0,00	6,15	0,07	0,31
0601	Adic. B. Amarela			0,02	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00
0610	Subsídio			11,48	0,00	0,00	11,48	0,12	0,57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0999	CREDITO A COMPENSAR (-) 07/2019			-6,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-10,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL -0,00 0,00 0,00 17,85 0,19 0,88
Tarifa s/ Tributos: Até 30kWh 0,192660

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
37	12/07/2019	R\$ 0,00

Histórico de Consumo (kWh)

47	37	36	34	40	33	38	31	39	38	45	31
Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19

Scanned by CamScanner



Declaração do proprietário do veículo



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR,
RG nº 3 761 966, data de expedição 13/12/2013
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 093062.924-81,
com domicílio na cidade de AREIAL, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ANTONIO BARBOSA ALVES, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARIA APARECIDA DA SILVA, cujo o condutor era
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR.
Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA/NXR 160 Ano: 2015/2015
Placa: QFH 0886 Chassi: 9C2KDOB10FR452753
Data do Acidente: 13.10.5/2019

Local e Data: AREIAL, 18/07/2019

* Reginaldo Bernardo Pereira Junior
Assinatura do Declarante

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



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
Dout. S. S. Lagoa de Roça/PB - 16/07/2019
Escritório: Ana Lúcia Fernandes Diniz
Selo Digital: A1U81273-FJF3
Consulte a autenticidade em <https://revalidadigital.tjpb.jus.br>
Emol. R\$ 10,90 Forp. R\$ 0,25 MP R\$ 0,17 Forp. R\$ 0,00



Cartório do Reg. Civil e Tabelionato
de S. S. Lagoa de Roça-PB
Vanderléia Gomes dos Santos
TITULAR EM EXERCÍCIO





internação: 13/05/2019 Hora: 15:38:50

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA APARECIDA DA SILVA6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1895885

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
31/12/19699 - SEXO
MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
(X) CNIS () CPF29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001628532099930 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
OTAVIO FERREIRA JUNIOR31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
13/05/2019

32 - ASSINATURA E CARTILHO (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 HELMETS

40 - CNIS DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO
() CNIS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

13/05/2019

GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1895676 CLASS. DE RISCO: **GRAVE**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4709 - Melvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/05/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Tereza Viana Duarte

PACIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA 57 ANOS

Endereço:

CEP:

Sexo:

Nascimento: 31/12/1969

Telefone:

Cidade:

Idade: 02/2019

Baixo:

Nome da Mãe:

RG:

Nº 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de Atendimento: 13/05/2019

CNS:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 10:54:18

CONVÊNIO: SUS

Médico:

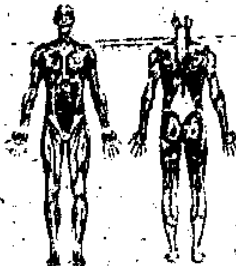
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Exsanguinamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura à seco fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Frestesia
33. Queimadura
34. Rinorréia
35. Sinais de isquemia
- 36.

ORS: **Politrauma**

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DA		ICCS	
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO. NÃO SOFRIA AFIRMADA EM MÃO E PUNHO BILATERAIS, DOR EM TORAX, PELUG E ABOELHO (C). RETORNA ALCHESSUA MANICAR.			
ALERGIA:			
MEDICAMENTOS:			
PATOLOGIAS:			
EXAME FÍSICO			
PUPILAS () Isocóricas () Anisocóricas ()			
Glasgow	TA		
15/15	110/70		
1. VA PERUSA 9 SINAIS DE DOR A MOVIMENTO CERVICAL			
2. MÚSC. S/R. DOR A PAZACÃO DE TÓRAX			
3. PULSOS CERVICAIS SIMÉTRICOS, 9/10 EM PELOS, 10/10			
4. ECG: 73, FIER			
5. LESÕES EM MEMBRANOS E TÓRAX			
EXAMES SOLICITADOS:			
() Laboratoriais		() Ultrassonografias	
() Cosméticos arterial		() Radiografias	
() Tomografia Computadorizada		()	
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:			
Especialista:	DR. PEDRO	As	
De:			
Especialista:	DR. R	As	
De:			
MÉDICO SOLICITANTE			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:			
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORARIO REALIZADO	
1	DRIPON + 100 FA + AD, EU	11:15	
2	TILACIL: 40mg: 1FA + AD, EU	11:15	
3			
4			

DR. JHONNY
MÉDICO
CRM-PB 9498

http://htcg/impreclassi.php?contar=1895676&dataatend=2019-05-13&horaatend=11:02:03

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 10:02:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171002188890000035055868

Número do documento: 2011171002188890000035055868

Num. 36726147 - Pág. 16

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO
Ortodontia - 13.05.19

Facute utiura acedute molo
dumcunhads. C' oual pour analops
ortopedica, Causute, outada
EFD $\rightarrow$ deformadad no punho @
+ estremeis no MMSS + mMIT
S/ exponed osses
Radio grafias dop + monitoris radio
distal q B.R.

Coligativo $\rightarrow$ tal como o palmar
paciente deve ser internado
para o posto de apó
outro caso de emergência

Dr. Wigeron J. Souza
Ortodontia e Ortognatologia
CRM 52777-1 RPO 7516

DESTINO DO PACIENTE _____ é(s) _____ : _____ hs.

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

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUITAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

#Deterministic: Σ

LONGKOT SURABAYA & COMPARISON
GAYAKUS 15. 150.
NOT IN. MIC.
BEN. MARI. FNU. V.

Form is consistent for the two
two specimens

- Severe for entire sun

- For certain: not

ASD, NC

~~José Ramalho da S. Neto
Neurocirurgia
CRM - 22098~~

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
---------------------	-----	-------

[illegible]

ojs.uchicago.edu/preclassi.php?conf=1895676&dateend=2019-07-13&horaeend=11:02:03

283



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 10:02:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111710021888900000035055868>
 Número do documento: 20111710021888900000035055868

Num. 36726147 - Pág. 17

13/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBAHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/05/2019

Data: 13/05/2019

Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA 57 ANOS Idade: 02019 N° ATEND: 1895676

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 13/05/2019 HORA : 11:02:03

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO

DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO

() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO

() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA

() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL...

() ANAFILAXIA () FLERITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBLOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor			pior dor				

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Vermelho

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN

Tereza Viana Duarte 287537

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRO
COREN PB 287.537



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Maria Aparecida da Silva</u> DN: <u>31/12/69</u>					 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
		<u>505</u>	<u>30 anos</u>	<u>1895676</u>	
CIRURGIA: <u>Osteotomia dos ossos da antebraço direita</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Juvenal</u>			
ANESTESIA: <u>Óxigeno de Bisco Brequin</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Ricardo Loureiro</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>Odacir</u>		DATA: <u>18/05/19</u>	INICIO: <u>10:00</u>	FIM: <u>11:30</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
01	Adrenalina amp.		Calet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonioide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Ergonil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Morfina - 3ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubatin amp.		Equipo de Sanguê		Fio de Algodão Sertix
	Pevulon amp. <u>MSZ</u>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak
	Protóxido <u>Wipenol</u>		Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Sargen amp. <u>Propofol</u>		H ₂ O ml	01	Mononylon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
01	Dipirona amp.		Luvax 7.5	01	Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvax 8.0		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvax 8.5		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Oxigênio l/m		
	Glicose amp.		Poliflix		
	Glucon de Cálcio amp.		PVPI Degemante ml		
	Haemacel ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SÓROS
	Heparema ml.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Kanakion amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Lasix amp.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Medrotilazol.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Prolamina		Sonda		
	Revivan amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Stupitanon amp.		Sonda Nasogálica		<u>TM Cirurgica 3,5</u>
	Cefalotina 1g		Sonda Uretral nº		<u>Alça um 13x3</u>
			Steridrem ml		<u>Tapado corticais</u>
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 48		
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque nº				
015	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 15 cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- | | |
|---|--|
| ☒ Oxímetro de Pulso | ☐ POCO Auxiliar |
| ☐ Serra | ☐ Eletrocautério |
| ☐ Desfibrilador | ☐ Oxícapnógrafo |
| ☐ Foco Cirúrgico | ☐ Cardiomonitor |
| ☐ Fonte de Luz | ☐ Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Marcondes da Silva Registro: Leito: 5-1 Setor Atual: Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O() Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectorção: () Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: <i>Maria Aparecida da Silva</i>		Registro:	Leito: <i>5-1</i>	Sector Atual: <i>Odontol.</i>
Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %				
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: () Local:		Obs.:	

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outros:

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (x) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: (x) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (x) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gesometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (x) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cefeo.



16/05/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/05/2019

Horas: 09:56:10

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1895885 Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 13/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL DIR - BARTON VOLAR

DIA 16/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h), dig, a partir de 12:00h	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCOS. 12h/12h	500 500
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 6h/6h	12 32 24 08
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h SE DOR MAIS INTENSA	24 22 06
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h Diluir em 100 ML SF	24 22 06
7	BISACODIL 5 MG V.O. 2 DRAGEA. 24h/24h (ADM AS 14h)	24
8	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1 COMP. USO IMEDIATO. 1 CP. VO. A NOITE	24
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 16/05/2019 HORA: 09:44:07

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA. CONSCIENTE E ORIENTADA. SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. AO EXAME: BEG, ACIANOTICA, ANICTÉRICA, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, AFEBRIL.

CONDUTA:

PM.

- CIRURGIA PREVISTA PARA 17/05/19. ZERO DIETA A PARTIR DE 00:00 H.

ASSINATURA: CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825

OBS: Cirurgia agendada para hoje à noite.

Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7825



19/05/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/05/2019

Horas: 07:28:43

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1895885 Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 13/05/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL DÍR - BARTON VOLAR

DIA 19/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Luiz Juvêncio Medeiros De Arruda Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01PRA AMP. 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/05/2019 HORA: 07:28:26

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA. EM 1º DPO. SEM QUEIXAS. EM BEG. ESTÁVEL
HEMODYNAMICAMENTE.
FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo

Pro. Ana Maria Da Silva Anselmo
Clín. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PG 7825



19/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/05/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DA PARAÍBA

 GOVERNO DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data da Internação: 13/05/2019

Data da Alta: 19/05/2019

Registro: 1895885

Tempo de Permanência: -18030

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

 Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA RADIO DISTAL

Data: 18/05/2019

Equipe:

Cirurgião: LUIZ JUVENCIO MEDEIROS

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Medicamentos: CEFTRIAXONA

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

 Patomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações):

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

Dieta:

Medicações para Casa::

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso 03 dias

/projetohtcg/imprimirresumocaha.php?contar=1895885

1/2

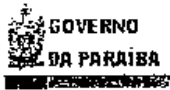


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 10:02:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111710021888900000035055868>

Número do documento: 20111710021888900000035055868

Num. 36726147 - Pág. 26



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

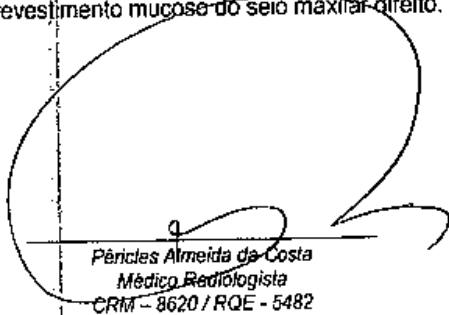
Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA
Data do Exame: 13/05/2019
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Transição crânio-cervical sem particularidades.
- Não foram evidenciadas fraturas desalinhadas.
- Leve ateromatose na porção intracavernosa das carótidas internas.
- Leve espessamento do revestimento mucoso do seio maxilar direito.



Pêicles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM - 8620 / RQE - 5482





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	MARIA APARECIDA DA SILVA
DATA DO EXAME:	13/05/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: M^o Manoel de F. R. IDADE: 45 SEXO: F

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Palpitações () Média () Ortopéica
() Dor Precordial () Tosse Seca () Expectoração
Relacionada: () Esforço () Típica () Atípica
() Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: artroscopia

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: Acne e hirsutismo () Tabagismo
() Etilismo () Cirúrgico artroscopia () Sedentarismo
() Dislipidemia () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim Captopril

4 - EXAMES FÍSICO

(☒) Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RRR 2R B BINT.

FC: 86 b.p.m P.A.: 120/70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: lúcida 8R

Addômen - Comentários: flexível no abd. duro

Membros inferiores - Comentários: normais

5 - E.C.G.: RRR dentro dos limites da normalidade

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
(☒) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

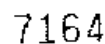
Dr. José Maria C. Costa
CARDIOLOGIA - CL. MÉDICA
CPF 219.093.544-53 - CRM 3547-PB.

Ass. do Médico

Obs.:

MOD. 043





NOME DO HOSPITAL

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Nº DO FRONTUÁRIO

 $N^{\circ}Al.H$

CÓD. PROCEDIMIENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

2100 3544 T 343 5000

21

Best results as a 12

053

35 x 16

22

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

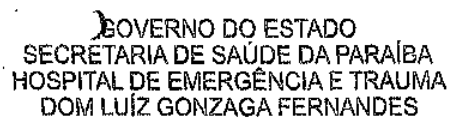
OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Wagner Luiz Espilo de Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

Embalsamado Regio - F (61) 99831.0533





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: MARID ADELCIDA DO SILVA		IDADE: 60	SEXO: F	COR:	
DATA: 18/5/2019	PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	OUTROS:	
URINA:					ASMA: (2)	BRONquite:	
AP. RESPIRATÓRIO: sem que					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. CIRCULATÓRIO: 17					AP. URINÁRIO:		
AP. DIGESTIVO: 11			DENTES: (2)	PESCOÇO: (2)	ALERGIA:		
ESTADO MENTAL: (2)			ATAXICOS:	CORTICOIDES:	HIPOTENSORES:		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fígado em recuo ant. (2)					ESTADO FÍSICO: RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA ÀS:	EFEITO:		
medicação pré-anestésica: atropina + oxigenio em pulso (após 9h15) (20ml) 10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml							
ADJETIVOS ANESTÉSICOS	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml					INDUÇÃO Satisf.: X Excit.: - Tosse: - Laringo espasmo: - Lenta: - Náuseas: - Vômitos: - Outros: -	
LÍQUIDOS	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml					MANUTENÇÃO 3 3	
CÓDIGOS	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml					ANESTESIA SATISF.: Sim 1 Não 1 Não, por quê? 1	
VP. ARTERIAL / AX. ANE.	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml					DESPERTAR Reflexos na SO: 1 Obstr.: 1 Co.: 1 Excit.: 1 Náuseas: 1 Vômitos: 1 Outros: 1	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml					Com cânula: 1 Para o Leito: Sim 1 Não 1 CONDIÇÕES:	
POSICÃO	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml						
AGENTES	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml						
TÉCNICA	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml						
OPERAÇÃO	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml						
CIRURGIÕES	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml						
ANESTESISTAS	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml						
OBSERVAÇÕES	10:00 11:00 12:00 55-50 55-100 121-100 121-100 + furosemida 20ml						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 10:02:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171002188890000035055868

Número do documento: 2011171002188890000035055868

Num. 36726147 - Pág. 33

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestesia		Idade: 50 a
Paciente: Maria Aparecida da Silva		Data: 18/03/19
Convênio: SUS		
Procedimento: Otorrinolaringoscopia das amígdalas e adenóide		(2)
Cirurgião: Dr. Juvenício	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Ricardo Loureiro
		Anestesia: geral + bloqueio de plexo braquial (2)
Início: 10:00	Término: 11:30	

[illegible][illegible]

Observações:	Alta da RPS 1330h Gina Dulse
Assinatura Anestesista	Circulante

MOD. 103



18/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara Data: 18/05/2019



GOVERNO
DA PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 1

DATA DA CIRURGIA: 18/05/2019

Número do Atendimento: 1895885 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data da Internação: 13/05/2019

Atendimento: 1895885

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA 1/

Diagnostico Pós-Operatório: 0408020407 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 18/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR LUIZ JUVENCIO

Aux 1: DR RODRIGO AMORIM

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesista: DR RICARDO

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- ASSEPSIA + ANTISSEPISIA

2- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

3- INCISAO DE HENRY

4- DIVULSAO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DO RADIO DISTAL

6- APOSIÇÃO DE PLACA EM T 3X3 + 3 PARAFUSOS CORTICAIS

7- SUTURA POR PLANOS

8- CURATIVO LOCAL

Data 18/05/2019

Assinatura/Carimbo

Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

18/05/2019
Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECORRIDO
SERIAL

33.995.349-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/ABR/2010

NOME

MARIA APARECIDA DA SILVA

DELEGADO

INACIO VICENTE DA SILVA

E ALUISA LIMEIRA DENOA

NATURALIDADE

AREIAL -PB



DATA DE NASCIMENTO

08/DEZ/1962

DOC. ORIGEM

ESPERANÇA PB

ESPERANÇA

CC:LV.B7 /FLS.203 /N.002715

CPI

072007017/18

121 Delegado Divisionário
CARA ASSINATURA DO DIRETORIA de Polícia HRCID.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

IMPRESSÃO EM 10/03

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

8100-0

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR



Marina Aparecida da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

B546-082752

Scanned by CamScanner

001



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014355299151

39493806543

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	CDT RENAVAM	ENTR
1	0105318748-0	20182000007687-3

NOME/ENDEREÇO
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
R ANTONIO B ALVES SN CASA
CENTRO
58140090 AREIAL-PB

CPF/CNPJ	PLACA
09306292481	QFH0886/FB

NOME ANTERIOR
RODRIGO MARCOS BARBOSA

PLACA ANT/UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD0810FR452753

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR160 BROS ESDD	2015	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI	PARTIC	PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
N. Motor KD08E1F452753

LOCAL	DATA
AREIAL-PB	08/01/2018

41998	31054
-------	-------

Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451730 **Cidade:** São Sebastião de Lagoa de Roça **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.18)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257024/19
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA
CPF: 072.007.017-18
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2019
Títular do CPF: MARIA APARECIDA DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA APARECIDA DA SILVA : 072.007.017-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela 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: 29/07/2019
Nome: MARIA APARECIDA DA SILVA
CPF: 072.007.017-18

MARIA APARECIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3761966 SS DS PB

CPF DATA NASCIMENTO
093.062.924-81 27/12/1990

FILIAÇÃO
REGINALDO BERNARDO
PEREIRA
MARIA APARECIDA DA
SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05955609790

VALIDADE
16/07/2018

1ª HABILITAÇÃO
13/12/2013

OBSERVAÇÕES

Reginaldo Bernardo Pereira Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
17/12/2014

Rodolfo Carneiro

ASSINATURA DO EMISSOR

69349265156
PB029772141

DETRAN - PB (PARAÍBA)

Scanned by CamScanner

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257024/19

Número do Sinistro: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF: 072.007.017-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA
SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Dedaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019

Nome: MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF: 072.007.017-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019

Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

CPF: 143.938.707-94

MARIA APARECIDA DA SILVA

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA







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

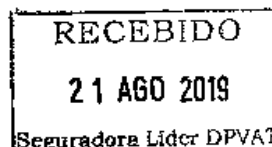
Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00771/00772 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14666864



SINISTRO 3190451730 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA APARECIDA DA SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 07200701718

Posição em 18-08-2019 10:56:53

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Declaração de Inexistência de IML	Vitima	Pendente	

