
Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309899

Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309899

Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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 JOSE DE SOUZA NASCIMENTO**

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

Banco: **237**

Agência: **000005784-3**

Conta: **0000014934-9**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.675.554-30

4 - Nome completo da vítima:

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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 JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

6 - CPF:

045.675.554-30

7 - Profissão:

AUTONOMA

8 - Endereço:

SÍTIO VELEZ

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZORA RURAL

12 - Cidade:

QUEIMADAS

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58475-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 98805-6654

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

☐ R\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

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)

☐ 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:

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34 - Inscrição 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, **JOÃO PESSOA, 28/08/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00213.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00213.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:43 horas do dia 24 de agosto de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria José de Souza Nascimento**, conhecido(a) por Maria José, CPF nº 045.675.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Cícera de Souza Nascimento e Rosemiro Vieira do Nascimento, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 27/05/1978 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Velez, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque Beira Rio, na cidade de Queimadas/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, nº S/N, Estrada Vicinal, Próximo Ao Posto de Saúde de Queimadas, Queimadas/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/01/2020:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo C100 BIZ ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2003/2004, UF: PB, placa MNP-4789, características gerais: Categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: Campina Grande/pb; último Licenciamento: 2012; situação: Em Circulação; vencimento Licenciamento: 30/11/2020.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL E NA DATA E HORA JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E VEIO A DERRAPAR E A CAIR, SOFRENDO DIVERSOS FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS HOSPITALARES PERTINENTE AO OCORRIDO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBS: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODE SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTES ESTADOS.

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


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.316-1

Procedimento Policial: 00213.01.2020.1.05.101

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

045.675.554-30

4 - Nome completo da vítima:

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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 JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

6 - CPF:

045.675.554-30

7 - Profissão:

AUTONOMA

8 - Endereço:

SÍTIO VELEZ

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZORA RURAL

12 - Cidade:

QUEIMADAS

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58475-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 98805-6654

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

☐ R\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

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)

☐ 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:

30 - Vítima deixou nascituro (velhos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA, 28/08/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

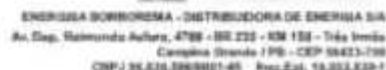
BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 000000014934-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0909202005000000000023705784000000014934168750 PAGO



JOSE MEDES DA SILVA VELEZ
SIT VELEZ S/N
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/225997-6

DEZ/2019

18/12/2019

52

26/12/2019

R\$ 40.92

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/01/2020

Pagador: JOSÉ NEDES DA SILVA VELEZ CNPJ/CPF: 911.078.304-00

SIT' VELEZ S/N - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

Nr Documento	Descrição	Valor
1	...	...
2	...	...
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	...	...
31	...	...
32	...	...
33	...	...
34	...	...
35	...	...
36	...	...
37	...	...
38	...	...
39	...	...
40	...	...
41	...	...
42	...	...
43	...	...
44	...	...
45	...	...
46	...	...
47	...	...
48	...	...
49	...	...
50	...	...
51	...	...
52	...	...
53	...	...
54	...	...
55	...	...
56	...	...
57	...	...
58	...	...
59	...	...
60	...	...
61	...	...
62	...	...
63	...	...
64	...	...
65	...	...
66	...	...
67	...	...
68	...	...
69	...	...
70	...	...
71	...	...
72	...	...
73	...	...
74	...	...
75	...	...
76	...	...
77	...	...
78	...	...
79	...	...
80	...	...
81	...	...
82	...	...
83	...	...
84	...	...
85	...	...
86	...	...
87	...	...
88	...	...
89	...	...
90	...	...
91	...	...
92	...	...
93	...	...
94	...	...
95	...	...
96	...	...
97	...	...
98	...	...
99	...	...
100	...	...

Data Vencimento

Valor do Documento

Valor Pago	
------------	--

29574500005558.22

000225997201912

26/12/2019

R\$ 40,92

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

BENEFICIÁRIO ENERGISA BOBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.828.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Min. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 05/01/2020

Data: 05/01/2020

Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO Idade: 941 N° ATEND: 2077315

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 05/01/2020 HORA: 20:50:18

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : nega

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILLOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Vinícius de Amorim Gomes N. Galvão
COREN-PB 166.148

Data da internação: 05/01/2020 Hora: 21:29:15

SUSSistema 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 FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2077329

7 - CARTÃO DO SUS

701006845552897

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/05/1978

9 - SEXO

Masc ☐ F ☒

10 - FIM

R.D.

11 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL

CICERA DE SOUZA NASCIMENTO

12 - TELEFONE DE CONTATO

83

13 - ENDEREÇO RUA, N° BAIRRO

SÍTIO CATAZELEIRO, 0, ZONA RURAL

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Queimadas

15 - UF

PR

16 - CEP

58475000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO, DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGIA

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

EXAME FÍSICO E RADIOGRÁFICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA BARTON VOLAR D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTERÍSTICA

INURSAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPT

29 - N° DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

706509310860293

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

31 - DATA

05/01/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - C) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - C) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - C) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNES DA SEGURADORAS

37 - N° DO ROLHETE

38 - AFRO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

a) EMPREGADO

b) EMPREGADOR

c) ALFOMBO

d) DESEMPREGADO

e) APENANTADO

f) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CID 10 ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

(X) CNES () CPT

47 - N° DOCUMENTO (CNES/CPT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA

(X) 05/01/20

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO**Data da Internação:** 05/01/2020**Data da Alta:** 09/01/2020**Registro:** 2077329**Tempo de Permanência:** -18267**Diagnóstico Inicial:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO**Diagnóstico Final:** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO**Principais Exames:** EXAME CLINICO + RADIOLOGICO**Cirurgia:** OSTEOSINTESE**Data:** 08/01/2020**Equipe:****Cirurgião:** BRUNO BEZERRA BRILHANTE**Aux 1:** EVERLAN DA SILVA MEIRA**Aux 2:****Aux 3:****Aux 4:****Anestesista:****Medicamentos:** SINTOMATICOS**Infecção F.O:** NAO**Coleta de Material:** NAO

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): - PRESCREVO AINE + ANALGÉSICO + CIPROFLOXACINO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado**Data:** 09/01/2020

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Marcia Jose de Souza Nascimento</i>				IDADE: <i>41</i>	SEXO: <i>fem</i>	COR:																					
DATA: <i>08/01/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <i>68kg</i>	ALTURA																							
TIPO SANGÜINEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICOSE	UREIA	CÁLCIO																							
AP. RESPIRATÓRIO					ADAM		BRONQUIE																						
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA: <i>normal</i>																								
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																								
ESTADO MENTAL			ADAMANTOS	CONDICÕES	ALERGIA: <i>Neg.</i>		HIPOTENSORES																						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Frot. de rádio</i>					ESTADO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>HA1</i>		RISCO																						
ANESTESIAS ANTERIORES																													
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <i>8mg/15l</i>					MEDICAÇÃO: <i>propofol 25mg + fent 100mg EV</i>		EFEITO																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>DOSE</th> <th>EFECÇÃO</th> <th>MANUTENÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LÍQUIDO</td> <td><i>500 — 500</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CÓDIGOS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ARTERIAL - O PULSO - O RESPIRAÇÃO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	EFECÇÃO	MANUTENÇÃO	LÍQUIDO	<i>500 — 500</i>			CÓDIGOS				ARTERIAL - O PULSO - O RESPIRAÇÃO				AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO			
AGENTES ANESTÉSICOS	DOSE	EFECÇÃO	MANUTENÇÃO																										
LÍQUIDO	<i>500 — 500</i>																												
CÓDIGOS																													
ARTERIAL - O PULSO - O RESPIRAÇÃO																													
AX - ANESTESIA - O - OPERAÇÃO																													
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <i>8 27h = GARPOTE</i> <i>PO2 100 - 100</i>					ANESTESIA SATISF. Sim ☐ Não ☐ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst: _____ Co: _____ Exot: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com câmbio: <i>CRM 9061</i> Para o Leito: <i>Sim</i> Não ☐ CONDIÇÕES:																								
POSICÃO: <i>0-1</i>																													
AGENTES: <i>V. DE</i>																													
TÉCNICA: <i>Blq. de plexo intescotômico + oxilave / S. Complexo a 50</i>																													
OPERAÇÃO:																													
CIRURGIOS: <i>Dr. Evaldo / Dr. Bruno Bulhões</i>																													
ANESTESISTAS: <i>Dr. Isabelle</i>																													
OBSERVAÇÕES:																													
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGÜÍNEA																								

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Maria Jose de Souza Nascimento DV= 27.05.78						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
—	Sala 03	União SUS	41 anos	2077329		
CIRURGIA Tratamento cirúrgico de 3 ^o grau de náusea distal Direita			CIRURGIÃO Dr. Bruno + Dr. Casarillian			
ANESTESIA Sedação + bloqueio de Plexo			ANESTESIA Dr.ª Izabela			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
Ramon		08-01-2020	08:15	09:30		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	Insulina Dermanid		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protilmine amp.		Espandrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
02	Protóxido-lim lido 17.60ml		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon 2-0 - -	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix 0 - -	
02	Fluoridol amp. Temaxidom		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
01	Fieboorid amp. Nauseidon		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
01	Geramicina amp.		Luvas de procedimento			
02	Glucose amp. Eufazolina		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor p/ urina		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda Foley	Qtd. (TM)	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01	placa em T 3x5F3/5	
			Sonda Uretral n°	01	parafusos cortical	
			Sterydrem ml			
			Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
02	Agulha desc. 40 x 12		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5		05 eletrodos			
	Agulha p/ raque n°		01 capote descan- tante			
05	Alcool de Enfermagem 40 v.		01 algodão orto-			
	Alcool Iodado ml		01 pedico			
02	Ataduras de Crepon 10 em		02 botões de 02			
	Ataduras de Gessada		01 stimpler 22x2			
	Azul metileno amp.		2 x 0,30 x 20 m			
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS (X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar () Serra () Eletrocautério () Desfibrilador () Oxícapnógrafo () Foco Frontal (X) Cardiomonitor (X) Fonte de Luz () Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL Franciele Garcia S. Cândido COREN-PB 001 277 301 TE						

Franciele Garcia S. Cândido
COREN-PB 001 277 301 TE

[illegible]

No	Time	Remarks
10	10	10
20	20	20
30	30	30
40	40	40
50	50	50
60	60	60
70	70	70
80	80	80
90	90	90
100	100	100

67 11/11/2017
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 5

[illegible]



Número do Prontuário: 176543

DATA DA CIRURGIA: 08/01/2020

Número do Atendimento: 2077329 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data da Internação: 05/01/2020

Atendimento: 2077329

Diagnostico Pré-Operatório: FX BARTON VOLAR D

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 08/01/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: ISABELE

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3. INCISÃO EM FACE VOLAR DE PUNHO D + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA VOLAR 3,5 3X5, +3

PARAFUSOS CORTICAIS, SOB ESCOPIA

5. LAVADO DE FO COM SF

6. SUTURA POR PLANOS

7. CURATIVO

8. URPA

Data 08/01/2020

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE OLINDA

CIDADE

Caruaru

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

MARIA JOSE DE SOUZA MASCARENHA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº ALH

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

3072329

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. CIR. DE DIST. DE LIG. LIG. LIG. LIG.

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

PLACA EN T 3,5 X 3,5 X 1

01

PLACA DIST. LIG 3,5 X 1,5

04

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

03-02-2009

DR. EVERLAN MEIRA

OBSERVAÇÕES

DR. EVERLAN MEIRA

CX 3,5 P. FAV. U12 03

Dr. Everlan Meira
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 9900

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Mr. PCE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 22013 DATA DE EXPEDIÇÃO 21 JUL 2000

NOME MARIA JOSÉ DE SOUZA NASCIMENTO

FILIAÇÃO Rosemiro Vieira do Nascimento

Cícera de Souza Nascimento

NATURALIDADE Queimadas-PB. DATA DE NASCIMENTO 27.05.1978

Cert. Nasc. N.º 5.083. fls. 246v. liv. 05.

DOC ORIGEM 05.

CPF

João Pessoa - PB

ASS. 16.15

TO VACINADO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

Assinatura de José de Souza Nascimento



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

045.675.554-30

Nome

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Nascimento

27/05/1978

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNP4789[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2012
 Proprietário: *****
 Placa: **MNP4789**
 Combustível: **GASOLINA**
 Marca/Modelo: **HONDA/C100 BIZ ES**
 Espécie/Tipo: **PASSA / MOTONETA**
 Ano de Fabricação: 2003
 Ano Modelo: 2004
 Categoria: **PARTICULAR**
 Cor Predominante: **PRETA**
 Vencimento Licenciamento: 30/11/2020
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: **CAMPINA GRANDE**
 Situação: **EM CIRCULACAO**
 Data da Consulta: 20/08/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
UF	COG. DISTRITO	PLA	EXERCÍCIO
			2012
NOME / ENDEREÇO			

PLACA		PLACA	
		MNP4789	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTONETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/C100 BIZ ES		2003 2004	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
VENC. LICENÇA		VENC. LICENÇA	
30/11/2020			
OBSERVAÇÕES			
CAMPINA GRANDE			
20/08/2020			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309899 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA **Data do acidente:** 05/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS
NASCIMENTO S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 9) E ALTA MÉDICA

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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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

01/08/2020

LIVRO DE OBRIGACAO DE PAGAMENTO



DETRAN-PB Departamento Estadual
de Transito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: GIRLENE QUEIROGA DE ALMEIDA SOUZA		CPF/CNPJ: 79763170400		Nosso Número: 0																																																																									
Placa: MNP4789	Chassi: 9C2HA07104R017322	Código Renavan: 818415391	Data Vencimento: 31/08/2020	Data Emissão: 20/08/2020 16:39:07	Valor Documento: 2.581,10																																																																								
Discriminação dos Débitos: <table border="0"> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2016</td> <td>155,34</td> <td>Multas:</td> <td>DETRAN</td> <td>2164085</td> <td>574,61</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2016</td> <td>23,30</td> <td></td> <td>DETRAN</td> <td>2164096</td> <td>191,54</td> </tr> <tr> <td>LIC. ATRAS. LEI 7.656</td> <td>90,09</td> <td></td> <td>DETRAN</td> <td>2308647</td> <td>53,20</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2017</td> <td>155,34</td> <td></td> <td>DETRAN</td> <td>2308658</td> <td>191,54</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2017</td> <td>23,30</td> <td></td> <td>DETRAN</td> <td>2308427</td> <td>574,62</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2018</td> <td>155,34</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2018</td> <td>23,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2019</td> <td>155,34</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2019</td> <td>23,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2020</td> <td>155,34</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2020</td> <td>23,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEG. OBRIGATORIO 2020</td> <td>12,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						LICENCIAMENTO 2016	155,34	Multas:	DETRAN	2164085	574,61	BOMBEIRO 2016	23,30		DETRAN	2164096	191,54	LIC. ATRAS. LEI 7.656	90,09		DETRAN	2308647	53,20	LICENCIAMENTO 2017	155,34		DETRAN	2308658	191,54	BOMBEIRO 2017	23,30		DETRAN	2308427	574,62	LICENCIAMENTO 2018	155,34					BOMBEIRO 2018	23,30					LICENCIAMENTO 2019	155,34					BOMBEIRO 2019	23,30					LICENCIAMENTO 2020	155,34					BOMBEIRO 2020	23,30					SEG. OBRIGATORIO 2020	12,30				
LICENCIAMENTO 2016	155,34	Multas:	DETRAN	2164085	574,61																																																																								
BOMBEIRO 2016	23,30		DETRAN	2164096	191,54																																																																								
LIC. ATRAS. LEI 7.656	90,09		DETRAN	2308647	53,20																																																																								
LICENCIAMENTO 2017	155,34		DETRAN	2308658	191,54																																																																								
BOMBEIRO 2017	23,30		DETRAN	2308427	574,62																																																																								
LICENCIAMENTO 2018	155,34																																																																												
BOMBEIRO 2018	23,30																																																																												
LICENCIAMENTO 2019	155,34																																																																												
BOMBEIRO 2019	23,30																																																																												
LICENCIAMENTO 2020	155,34																																																																												
BOMBEIRO 2020	23,30																																																																												
SEG. OBRIGATORIO 2020	12,30																																																																												
Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.																																																																													
20/08/2020 16:39:07																																																																													

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243407/20

Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

CPF: 045.675.554-30

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO : 045.675.554-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/08/2020
Nome: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO
CPF: 045.675.554-30

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO