



Número: **0800366-59.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **02/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DO SOCORRO MENDONCA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43667647	26/05/2021 15:39	Petição	Petição
43668149	26/05/2021 15:39	2765879_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
43668150	26/05/2021 15:39	2765879_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

em anexo



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180278739**

Vítima: **MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA**

Data do Acidente: **04/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180278739**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12986892

Pag. 01645/01646 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2018

Carta nº: 13037070

A/C: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180278739
Vitima: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA
Data do Acidente: 04/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000493-6

Conta: 000001028890-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01897/01898 - carta_15R - INVALIDEZ

00020949



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 056 825 518-69	Nome completo da vítima Maria do Socorro Mendonça da Silva
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria do Socorro Mendonça da Silva		CPF titular da conta 056 825 518 09	Profissão Agricultora
Endereço Rua Presidente João Pessoa		Número 353	Complemento
Bairro Centro	Cidade Alagoinha Nova	Estado Pernambuco	CEP 58325000
Email			Telefone (DDD) (83) 983349376

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

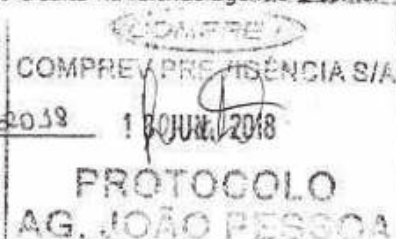
FAIXA DE RENDÁ MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO Nome: _____ NRO: _____ Agência: _____ D/V: _____ Conta: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)			

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

Alagoinha Nova - PE, 09 de 05 de 2018 10 JUN 2018
Local e Data



Maria do Socorro Mendonça da Silva _____
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS -

R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9819



OCORRÊNCIA Nº 000412/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000412/18 registrada em 12/04/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - CG, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:26 horas, compareceu a Sra. MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA, com 54 anos de idade, filha de EDGAR AQUINO MENDONÇA e SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Casada, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade Nº 4162776, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 05682551869, residindo à rua PRESIDENTE JOÃO PESSOA, 353, bairro CENTRO, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que no final da tarde do dia 04.03.2018, estava trafegando pela Rua Presidente João Pessoa, na área central de Alagoa Nova/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/POP100, ano/modelo 2009/2010, de cor vermelha, chassi nº 9C2HB0210AR505307, de placa NQA-7180/PB, licenciada em nome de João Rodrigues Martins, quando realizou uma frenagem brusca ao se aproximar da sua casa e acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTRAN não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Quinta-feira, 12 de Abril de 2018

Maria do Socorro Mendonça da Silva

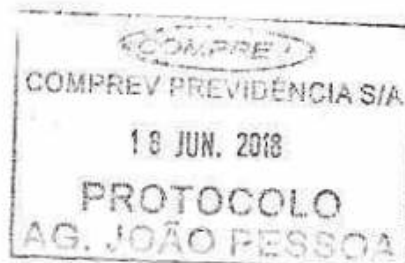
MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSE ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Maria do Socorro Mendonça da Silva</i>	CPF da Vítima <i>056825538-68</i>	Data do Acidente <i>04/03/2018</i>
--	--------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Natália Nova-PB, 09 de 05 de 2018

Local e Data

Maria do Socorro Mendonça da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DLT 001 V003/2017



ACIDENTE E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ADJUNTO URGÊNCIA
Nº: 1609228

CLASS. DE RISCO: AMARELO

ACIDENTE E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
R. Manoel Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/03/2018
Emergência (B.E.) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

ANTE: MARIA DO SOCORRO
DONCA DA SILVA

CEP: 58125000

Nascimento: 07/01/1964

Sexo: F

Telefone:

Cidade: Alagoa Nova

Idade: 054

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA

RG:

Nº: 353

Responsável:

CNP:

Profissão: AGRICULTORA

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atend: 04/03/2018

CNS: 704009123509470

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:03:21

CONVÊNIO: SUS

Médico:

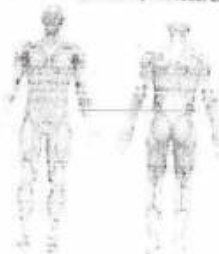
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|--------------|--------------------------------|
| 1. Cabeça | 19. Fratura da base do crânio |
| 2. Amputação | 20. Fratura da base do pescoço |
| 3. Braço | 21. Hematoma |
| 4. Cotovelo | 22. Injeção de medicamento |
| 5. Mão | 23. Lesão de pele |
| 6. Dor | 24. Lesão de pele |
| 7. Dor | 25. Lesão de pele |
| 8. Dor | 26. Lesão de pele |
| 9. Dor | 27. Lesão de pele |
| 10. Dor | 28. Lesão de pele |
| 11. Dor | |
| 12. Dor | |
| 13. Dor | |
| 14. Dor | |
| 15. Dor | |
| 16. Dor | |
| 17. Dor | |
| 18. Dor | |

IMAGEM:

Lesão corporal lesada = _____ Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

NOSTICO / CID:

Fp 1112

http://11.11.11.11/projeto/urgencia/urgencia.php?contato=1609228

ALERGIA: *1111*

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ SatO2 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia _____

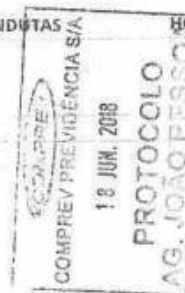
Especialista: _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDIÇÕES	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000001028890-8

Nr. Autenticação

BRABESCO2806201805000000000023700493000001028890168750 PAGO



Num. 43668149 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082337124 / 03 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria da Socana Mendonça da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 036825538 / 63, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Maria da Socana Mendonça da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036825538 / 63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>IOC Engenho Velho Dagua / Loteamento Regene Lima</u>		<u>65</u>	-
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Velho Dagua</u>	<u>Alagoa Nova</u>	<u>PB</u>	<u>58125000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 983367743</u>

Alagoa Nova-PB, 03 de 05 de 2018
Local e Data

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

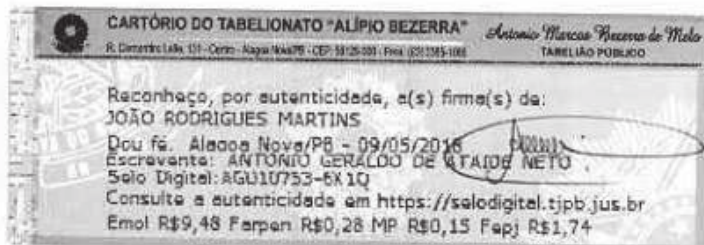
Eu, João Rodrigues Martins,
RG nº 1101323, data de expedição 27/03/85,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 49873385487, com
domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Sebastião Fernandes Leite - Maria Lima, nº 363,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Maria da Socorro Mendonça da Silva cujo o condutor era
Maria da Socorro Mendonça da Silva.

Veículo: motocicleta
Modelo: HBWDA/POP 300
Ano: 2003/2010
Placa: NBA 7380/PB
Chassi: 9C2HB0210AR505307
Data do Acidente: 04/03/2018
Local e Data: Alagoinha - PB 03/05/2018



João Rodrigues Martins
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB,
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCRITURANTE





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 10/03/2018
HORA: 09:25:00



2279804

Prontuário 819172	Nome do Paciente MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA	Nascimento 07/01/1964	Idade 54	Sexo F	Cor PARDO	Naturalidade ALAGOA NOVA	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil 2-CASADO	CPF 55.825.518-68	RG 290601617 SSP PB	Grau de instrução	Profissão			
Filiação Mãe: SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA	Pai: EDGAR AQUINO MENDONÇA				Fone Residencial	Fone Trabalho	
Endereço R. PRES. JOAO PESSOA, 353 - CENTRO, ALAGOA NOVA-PB CEP: CEP 58125000					Complemento Endereço		
Atendimento 2279804	Data 10/03/2018	Hora 09:22	Sector 3008-SECRETARIA CONVENIOS			Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA	
Médico Atendente 1716-LUCIANO GUEDES BORGES						Motivo Atendimento 4-INTERNAÇÃO URGENCIA	
Plano / Convênio 37-PACOTE/1-PACOTE		Nº Carteira	Validade	Nº CNS 163602212600002			
Posto ALA LUCIANO LOBO		Acomodação (203005 APARTAMENTO E0)		Leito (AP06-2)			
Gula INTERNACAO		Procedimento 9199999 INTERNACAO					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, CRM _____, Estado do(a) PB para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, sem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto à imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA
Endereço: R. PRES. JOAO PESSOA, 353 Bairro CENTRO, ALAGOA NOVA-PB
Telefone: 87135361

CAMPINA GRANDE, 10 de Março de 2018

Lucelia
LUCELIA LIRA
Responsável pelo Atendimento

Maria do Socorro Mendonça da Silva
MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA
Responsável pelo Paciente

R43101



BOLETIM DE ANESTESIA

1^a Via S. Branca - Hospital
2^a Via S. Antonio - Università
3^a Via S. Anna - Policlínica

[illegible]

COMPREVEVIDENCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOL C

[illegible]

NOITE

TARDE

MANHA

COMPREV PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paciente estável, comente e orientado por da Temoque, Auto RX de controle.

EVALUACIÓN DE ENFERMAGEM		HOSPITAL		ANTONIO TARGEM	
IDADE: 54a	NOME: Roberto de Souza	LEITO: 603	MEDICO: J. K. B. B.	DATA: 18.3.18	



 HOSPITAL ANTONIO TARGINO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
	NOME: <u>M. do Socorro</u> ALAC: <u>22</u>	IDADE: <u></u> LEITO: <u>602</u>	MÉDICO: <u></u>

DATA: 11 / 03 / 18

MANHÃ	Paciente consciente, orientada, eupneica, segue em observação até o momento devido presença
--------------	---


 Carolina N. de Sá
 COREN-PA 412951

TARDE	paciente evolui estável, consciente, orientada, verbaliza espontânea, afável, acitando bem a dieta, diurese espontânea, sem feixes no momento, das curvas da insulina.
--------------	--

Luciana Almeida S. Araújo
 Téc. de Enfermagem
 COREN-PA 412951

NOITE	Paciente evolui estável, consciente, orientada, verbaliza espontânea, afável, acitando bem a dieta, diurese espontânea, sem feixes no momento, das curvas da insulina.
--------------	--

COMPREV PREVIDÊNCIA
 18 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA


 Maria da Glória Pereira
 TÉCNICA DE ENFERMAGEM
 COREN-PA 412951



HOSPITAL ANTONIO TARGINO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
NOME:	M ^{re} do Sampaio	IDADE:	
CLIN:	22	LEITO:	
		MÉDICO:	
DATA: 10 / 03 / 18			
MANHÃ	Pacient admitida neste ob. sint. de cc		
TARDE	Pacient admitida estab. com: cãibras, febre, e vômitos. Hip de fratura de tornozelo, distorção local, um entumescimento moderado em e os achados de ref. neg Pacient operada vômitos Arantcha D. Sampaio B. TEC. ENF. B. COREN-PB 533.100		
NOITE	Pacient em P.O. de tornozelo segue em est. de fratura ssu, acintando disto, segue com queixas no presente COMPREV PREC. IND. BIA 13 JUN. 2018 PROTOCOLO AG. JULIO PESSOA		



HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME: <i>M^{re} Dr. Colon</i>		CONVÊNIO:	
ALR:		LEITO:	DATA: <i>11/03/18</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Grav BI DE TM</i>			
MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
<i>1) Omeprazol</i>			
<i>2) Paracetamol 1000 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>3) Aclometina 200 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>4) Omeprazol 20 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>5) Paracetamol 1000 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>6) Omeprazol 20 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>7) Paracetamol 1000 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>8) Omeprazol 20 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>9) Paracetamol 1000 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
<i>10) Omeprazol 20 mg</i>		<i>18</i>	<i>06</i>
Evolução Médica			
<i>11/03/18</i> <i>12/03/18</i> <i>13/03/18</i> <i>14/03/18</i> <i>15/03/18</i> <i>16/03/18</i> <i>17/03/18</i> <i>18/03/18</i> <i>19/03/18</i> <i>20/03/18</i> <i>21/03/18</i> <i>22/03/18</i> <i>23/03/18</i> <i>24/03/18</i> <i>25/03/18</i> <i>26/03/18</i> <i>27/03/18</i> <i>28/03/18</i> <i>29/03/18</i> <i>30/03/18</i> <i>31/03/18</i>			





FORMULÁRIO: _____
LOCAL: _____

PA: ☒ PA ☐ V ☐ A ☐ T

TEM: ☒ T ☐ A ☐ V ☐ P

PVC: ☒ PVC ☐ A ☐ T

Início Anest. ☒ X ☐ O

Início Cirur. ☒ X ☐ O

Término Cirur. ☒ X ☐ O

RESP: ☒ SUP ☐ CONT

INSTRUMENTAÇÃO

INDUÇÃO: ☐ Inalatória ☐ Venosa ☐ Mascarada ☐ Máscara Laríngea

INTUBAÇÃO TIPO: ☐ Oral ☐ Nasal ☐ C/ Balão ☐ S/Balão ☐ Aramado ☐ Duplo Lúmen ☐ Triplexostomia

ANESTESIA REGIONAL: ☐ Paravertebral ☐ Rápido/estímulo ☐ Epidural Sacro ☐ N. Periférico ☐ Simples ☐ Contínuo ☐ Cateter nº: _____

ANESTESIA REGIONAL: ☐ P. Braço/Cervical ☐ Suprascavicular ☐ Interecostal ☐ Axilar ☐ Vagina Regional ☐ Infiltração ☐ Sedação

PUNÇÃO: ☐ Mediana ☐ Paramediana ☐ Sentada ☐ DL ☐ O ☐ E

LOCAL: _____

CALIBRE: _____

TIPO: _____

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: ☐ Aspirador ☐ Fenda ☐ ECG ☐ Sín ☐ Oxímetro ☐ Pe Invasiva ☐ Vít ☐ Capnógrafo ☐ Bomba de Infusão ☐ Ventilação Mecânica

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

Dificil acesso venoso: ☒ SIM ☐ NÃO

Dificil Intubação: ☒ SIM ☐ NÃO

Dificil Acesso Agulhas Raspi ou Peridural: ☒ SIM ☐ NÃO

ENCAMINHADO PARA: ☐ UTI ☐ SRPA ☐ Sonolento ☐ Inconsciente ☐ Acordado Q₂ NA SRPA: ☒ SIM ☐ NÃO

TOT: ☒ SIM ☐ NÃO DESTINO: ☐ APT* ☐ ALTA HOSPITALAR Alta do SRPA: _____ Hora: _____

Assinatura e Data: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. INTENSIVISTA



HAT HOSPITAL ANTONIO TARGINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Maria do Socorro Mendonça da Silva

A/A: LEITO: CONVÊNIO: POCOT

DIAGNÓSTICO: Grav. 31. semanas 7m 68g DATA: 10/08/18

MEDICAMENTOS	HORÁRIO
1) Dileca p/17. AB	
2) B12 1000 ml EV	8h 06
3) Alopurinol - 300 mg EV	14h 23 06
4) Sibutril 40 - 20mg EV 12/12L	16h 04
5) Sulfato de Ferro EV 6/6L	11h 14 23 06
6) Clonazepam 10 - 20mg EV 12/12L	18h 06
7) Clonazepam 10 - 20mg EV	

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE INTERNADA PARA CIRURGIA. ED. EXAMES.

[Assinatura]

COMPRESA / PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. 10.10.18.2018

PACIENTE: MARIA DO SOCORRO MANDONÇA DA SILVA
CONVÊNIO: PACIENTE SUS ☐ PRONTUÁRIO: 819172/2279804 DATA: 20.03.18
CIRURGIA: TRAT. CIR. FRATURA DE TORNOZLO
CIRURGIÃO: D^{RO} LUCIANO GREGO AUXILIAR: D^{RA} SILENE
ANESTESISTA: D^{RA} SILENE

CIRCULANTE: VERIDIANO SALA: 04 HORÁRIO: INÍCIO: 11:00 FINAL: 11:20

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1572	ADRENALINA	
1580	ÁGUA DESTILADA	04
1599	AMINOFLINA	
1929	ARAMIN	
2070	ATROPINA	
265799	BEXTRA	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	
122709	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	02
154686	CETROPROFENO IV	
1510	CLORETO DE POTÁSSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	01
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2020	DIPIRONA	02
5673	DOPAMINA	
32150	EFEDRINA	01
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2046	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2062	METOCLOPRAMIDA	
37659	HAUSEDRON 8mg	01
89908	OMEPRAZOL 40mg	
70181	PROSTIGMINE	
70238	QUELICIM	
28619	RANITIDINA	01
70335	SOLIMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70871	TRANSAMIN	
70572	TILATIL 40mg	01
COD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
5585	DIEMPAZ 10mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
125149	DIMORF 10mg	
69655	DORMONID	01
69639	DORMONID COMP.	
46950	FENOBARBITAL	
8969	HIDANTAL	
9962	KETALAR	
69620	PETIDINA	
73210	TRAMAL	
146632	ULTIVA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
126233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	2cc
3042	FENTANIL	
2601	LIDOCAINA 2% CV	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2610	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NEOCAINA 0,5% CV	
70750	NEOCAINA 0,5% SV	
1996	NEOCAINA PESADA	01
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUR CV	
97449	NOVAPUR ISOBARICA	
204580	NOVAPUR SV	
2215	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURONIO	
24678	SEVORANE	
1945	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR P/ SORO	01
110089	AG. RAQUI 27BD	
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI P/ OBESO BD	
4082	AGULHA DESCARTÁVEL Nº	03
	AGULHA PERIDURAL Nº	
	AGULHA RAQUI Nº 25	01
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	36
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02
	ATADURA CREPON Nº 15	04
	ATADURA GESSADA	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÊNIO	01
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	3D
142341	COMPRESSAS 25x28	
	DRENO PENROSE Nº	
	DRENO SUÇÃO Nº	
	DRENO TÓRAX Nº	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
287393	EQUIPO P/ ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	10cm
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5x7,5	50un
	GAZES	
3425	GELFOAN	
60917	GILETE	
	GUENDEL Nº	
3468	INTRA-CATH	
	JELCO Nº 18	01
	LÂMINA BISTURI Nº 24	01
132709	LUVAS 6.5	
111209	LUVAS 7.0	
40126	LUVAS 7.5	03
3522	LUVAS 8.0	03
149870	LUVAS 8.5	03
69752	MICROPOR LARGO	
	SCALPS Nº 18 JUN. 2018	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	02
3689	SERINGA DE 10cc	02
3697	SERINGA DE 20cc	02
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo/curto)	
	SONDA FOLEY Nº	
	SONDA NELATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	

COD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX Nº	
	ALGODÃO CIA Nº	
	ALGODÃO SIA Nº	
	CROMADO CIA Nº	1 01
	CROMADO SIA Nº	
	ETHIBOND Nº	
	FITA CARDIACA	
	MONOCRYL Nº	
	MONONYLON Nº	2-0 02
	PROLENE Nº	
	VICRYL Nº	
COD.	SOLUÇÕES	QUANT.
2330	ÁGUA OXIGENADA	
149217	ALCOOL	40ml
304000	CLOREXIDINA	
2631	ÉTER	20ml
3603	PVPI DEGERMANTE	20ml
3611	PVPI TÓPICO	
4111	VASELINA	
COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	APARELHOS	
	AR COMPRIMIDO	
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
	BISTURI ELÉTRICO	T-C
	CAPNOGRAFO	
	CRANIOTOMO	
	INTENSIFICADOR	
	MICROSCÓPIO CIRUR.	
	MONITOR CARDIACO	T-C
	NITROGÊNIO	
	ÓXIDO NITROSO	
	OXIGÊNIO	2 L/min
	OXÍMETRO DE PULSON	T-C
	VÁCUO	
COD.	SOROS	QUANT.
9156	MANITOL 20%	
174459	PURISOLE 1000ml	
63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
68229	S. FISIOLÓGICO 100ml	
9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
9184	S. FISIOLÓGICO 500ml	03
9180	S. GLICOSADO 250ml	
9199	S. GLICOSADO 500ml	
9148	S. RINGER 500ml	03
184489	VOLUMEN 8%	
COD.	OUTROS	QUANT.
	PARAFILM P/ CATETER	06
	Nº 14+16	
	PLACA TUBULAR	
	P/ FURTO	01
	ARRAIA B/ SPOJO	02
	SOS W-40	



PACIENTE: M^{te} DU SOUZA DA SILVA
 N° DO PRONTUÁRIO: _____ N° DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 10.03.18 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Dr. Luciano
 1° AUXILIAR: _____ 2° AUXILIAR: _____
 3° AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Dr. Souto TIPO DE ANESTESIA: RÁPIDA
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: GAT. BILINTECORAN TRA BBR
 TIPO DE OPERAÇÃO: ABERTURA DE TRA BBR
 DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO: _____
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

AG. JOAO FESSA
 PROTOCOLO
 18 JUN. 2018
 COMPREVE PREVIDENCIA S/A

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: _____ TÉCNICA: _____ LIGADURA: _____ DRENAGEM: _____ SUTURA: _____ MATERIAL EMPREGADO: _____ ASPECTO: _____ VICERAS: _____

① Abertura Anterior TRA BBR
 ② Abertura dos canais
 ③ Incisão no TRA BBR
 ④ Preparação cirúrgica c/ fio
 ⑤ Incisão por plano
 ⑥ Amoção

[Assinatura]



819172
07/07/1964
54 YEAR
F

Maria Do Socorro DA SILVA

E

COLEPREVIDE
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
1030 PE

CM

IM: 2
C: 512
W: 1024
S: 1419

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN
10/03/2018 09:46:27

819172
07/07/1964
54 YEAR
F

Maria Do Socorro DA SILVA

CM

IM: 1
C: 512
W: 1024
S: 728

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN
10/03/2018 09:44:48

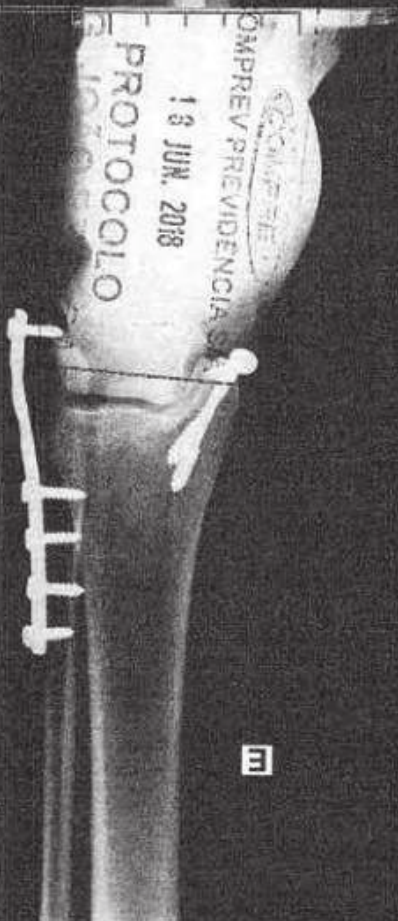


IM: 2
C: 512
W: 1024
S: 156

10/03/2018 12:09:02
HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

IM: 1
C: 512
W: 1024
S: 191

10/03/2018 12:07:26
HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN



ACIDENTE URGÊNCIA
Nº: 1609228 **CLASS. DE RISCO: AMARELO**
 EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Pexoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/03/2018
 Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça
ENTE: MARIA DO SOCORRO CEP: 58125000 Nascimento: 07/01/1964
DONCA DA SILVA Sexo: F Telefone:
 Endereço: JOÃO PESSOA Idade: 054 Bairro: CENTRO
 Cidade: Alagoa Nova RG: Nº: 353
 Nome da Mãe: SEVERINA GENEZOSA DE MENDONÇA CPF: Profissão: AGRICULTORA
 Responsável: Data de Atend: 04/03/2018 CNS: 704009123509470
 Estado Civil: Casado(a) Hora: 18:03:21 CONVÊNIO: SUS
 Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:
 Médico: CRM:

OBSE FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1. Abusão | 13. Fratura da base fechada |
| 2. Amputação | 14. Fratura da base aberta |
| 3. Avulsão | 15. Hematoma |
| 4. Contusão | 16. Injeção de sangue |
| 5. Deslocamento | 17. Laceração |
| 6. Dor | 18. Lesão tendão |
| 7. Edema | 19. Luxação |
| 8. Empalhamento | 20. Mordida |
| 9. Enfisema subcutâneo | 21. Mordida com dano ao dente |
| 10. Envenenamento | 22. Otite |
| 11. Equimose | 23. Otite |
| 12. Ferimento | 24. Paralisia |
| 13. Ferimento de fogo | 25. Paralisia |
| 14. Ferimento | 26. Paralisia |
| 15. Ferimento | 27. Paralisia |
| 16. Ferimento | 28. Paralisia |
| 17. Ferimento | 29. Paralisia |
| 18. Ferimento | 30. Paralisia |
| 19. Ferimento | 31. Paralisia |
| 20. Ferimento | 32. Paralisia |
| 21. Ferimento | 33. Paralisia |
| 22. Ferimento | 34. Paralisia |
| 23. Ferimento | 35. Paralisia |
| 24. Ferimento | 36. Paralisia |
| 25. Ferimento | 37. Paralisia |
| 26. Ferimento | 38. Paralisia |
| 27. Ferimento | 39. Paralisia |
| 28. Ferimento | 40. Paralisia |
| 29. Ferimento | 41. Paralisia |
| 30. Ferimento | 42. Paralisia |
| 31. Ferimento | 43. Paralisia |
| 32. Ferimento | 44. Paralisia |
| 33. Ferimento | 45. Paralisia |
| 34. Ferimento | 46. Paralisia |
| 35. Ferimento | 47. Paralisia |
| 36. Ferimento | 48. Paralisia |
| 37. Ferimento | 49. Paralisia |
| 38. Ferimento | 50. Paralisia |
| 39. Ferimento | 51. Paralisia |
| 40. Ferimento | 52. Paralisia |
| 41. Ferimento | 53. Paralisia |
| 42. Ferimento | 54. Paralisia |
| 43. Ferimento | 55. Paralisia |
| 44. Ferimento | 56. Paralisia |
| 45. Ferimento | 57. Paralisia |
| 46. Ferimento | 58. Paralisia |
| 47. Ferimento | 59. Paralisia |
| 48. Ferimento | 60. Paralisia |
| 49. Ferimento | 61. Paralisia |
| 50. Ferimento | 62. Paralisia |
| 51. Ferimento | 63. Paralisia |
| 52. Ferimento | 64. Paralisia |
| 53. Ferimento | 65. Paralisia |
| 54. Ferimento | 66. Paralisia |
| 55. Ferimento | 67. Paralisia |
| 56. Ferimento | 68. Paralisia |
| 57. Ferimento | 69. Paralisia |
| 58. Ferimento | 70. Paralisia |
| 59. Ferimento | 71. Paralisia |
| 60. Ferimento | 72. Paralisia |
| 61. Ferimento | 73. Paralisia |
| 62. Ferimento | 74. Paralisia |
| 63. Ferimento | 75. Paralisia |
| 64. Ferimento | 76. Paralisia |
| 65. Ferimento | 77. Paralisia |
| 66. Ferimento | 78. Paralisia |
| 67. Ferimento | 79. Paralisia |
| 68. Ferimento | 80. Paralisia |
| 69. Ferimento | 81. Paralisia |
| 70. Ferimento | 82. Paralisia |
| 71. Ferimento | 83. Paralisia |
| 72. Ferimento | 84. Paralisia |
| 73. Ferimento | 85. Paralisia |
| 74. Ferimento | 86. Paralisia |
| 75. Ferimento | 87. Paralisia |
| 76. Ferimento | 88. Paralisia |
| 77. Ferimento | 89. Paralisia |
| 78. Ferimento | 90. Paralisia |
| 79. Ferimento | 91. Paralisia |
| 80. Ferimento | 92. Paralisia |
| 81. Ferimento | 93. Paralisia |
| 82. Ferimento | 94. Paralisia |
| 83. Ferimento | 95. Paralisia |
| 84. Ferimento | 96. Paralisia |
| 85. Ferimento | 97. Paralisia |
| 86. Ferimento | 98. Paralisia |
| 87. Ferimento | 99. Paralisia |
| 88. Ferimento | 100. Paralisia |

35:

FEIMADURA:
 perfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
 SNOSTICO / CID: *Fp Tnz*

/10.1.1.148/projetointop/urgencia.php?contar=1609228

Tnz @ após firma

ALERGIA: *Neg*

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS: *Neg*

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow *PA* **HGT:** *Sat02*

EXAMES SOLICITADOS:
 () Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: */* **as:** */* **Dia:** */*

Especialista: */* **as:** */* **Dia:** */*

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

COMPREV-PRÉVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Ficha de Acolhimento

Nome:	Maurício do Socorro Mendonça da Silva		
End:	R: João Pessoa 353	Bairro:	Blanca Nova
Data de Nascimento:	07.01.64	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ar de Mote	Data do Atend.:	04.03.18 Hora: 17:40 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim (X) Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: (X) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo (X) Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial: 160x40	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (X) Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas (X) Maca	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

Helys Hany da S. Cavalcanti

Assinatura e rubrica do profissional
COREN - PB 754.490

Data da internação: 04/03/2018 Hora: 19:26:36

 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	2 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2362856
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUÁRIO
MARIA DO SOCORRO MENDONÇA DA SILVA	1609303
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO
704009123509470	07/01/1964
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
Masc ☐ Fem ☒	SEVERINA GENEROSA DE MENDONÇA
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)
83	JOAO PESSOA, 353, CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CÓDIGO MUNICIPAL
Alagoa Nova	250040
15 - UF	16 - CEP
PB	58125000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor + edema + dependência em TNE (E) - Rx com fratura bimalar de TNE (E)	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Artrite + ex. pice → Tratamento cirúrgico	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx + Artrite + ex. pice	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ex. de bimalar (E) (Bimalar)	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Tto Cirúrgico	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
	02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	70050177786557
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
YWRY DE PAIVA CAMARA	04/03/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Suelio Moreira Torres ORTODONTISTA CRM-PE 101.907	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	37 - N° DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA
41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
/ /	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO
FRAI f/mh ELO

Paciente	MARIA FERREIRA LACERDA	Alojamento:	4	Leito	2	Convênio	HH 2
----------	------------------------	-------------	---	-------	---	----------	------

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/03	1. Dieta	2. SRI 1500ml EV/24h		
	3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h			
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h			
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum			
	6. Tramol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN			
	8. Clexane 40mg SC/ida			
	9. SSVV + CCGG			

Dr. Cassiano Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICO - CRM 3524

Dr. Cristiano Rodrigues da Silva
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO - CRM 1399

COMPRESA PREVIDENCIA S/A

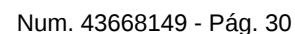
© 1999-2002

01030104



DIAGNOSTICO
TRAFFICO. 04

COMPRESA PREVIDENCIA S/A
13 JUN. 2018
PROTOCOLO



PA 160X100 — 0018

PA 160X100
foi encaminhado para a
juizaria no momento
de ser o advogado
fatos sociais vitais +
margem m.c.p.m.
custas de 2008

09/03/18 14:32 PA 160X100



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

 $f \in TNF(R)$

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
1903	2	1	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1903	1. Dieta <i>líquida</i> 2. SRT 1500ml EV/24h (<i>2000</i>) 3. Olanopirone 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h <i>910</i> 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia (<i>1500</i>) 9. SSVV + CCGG	12	<i>18:20</i> <i>OK</i> <i>1350, 1470ml</i>
	<i>Gett Hinae</i> (<i>19/04</i>) <i>17/11/24</i> <i>Curativo</i>	12	<i>24</i> <i>Dr. V. ...</i> <i>Dr. ...</i> <i>Dr. ...</i>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 010199346051	
VIA	COD. RENAVAM	PLAQUE	EXERCÍCIO
1	18059409-0	00/00000000	2012
NOME			
JOAO RODRIGUES MARTINS			
CPF / CNPJ		PLACA	
49873385487		NOA7180/PB	
PLACA ANTIGA		CHASSI	
NOVO		PB 9C2HB0210AR505307	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO REG.	
HONDA/POP100		2009 2010	
CMR / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/97 /CI	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC / COTAS	
1 IEVA PAGO EM 18/01/2013		1º	
PAIXA LPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		2º	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		COF (R\$)	
*****		*****	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*****		18/01/2013	
OBSERVAÇÕES			
A.F. ADM DE CONC. NACION HONDA LTDA			
ALACOA NOVA - PB		18/01/2013	
12424		10553	

BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PB Nº 010199346051		EXERCÍCIO	
		2012	
CPF / CNPJ		PLACA	
49873385487		NOA7180/PB	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PB Nº 010199346051		EXERCÍCIO	
		2012	
DATA EMISSÃO		PLACA	
18/01/2013		NOA7180/PB	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO REG.	
HONDA/POP100		2009 2010	
CMR / POT / CL		CATEGORIA	
2 P/97 /CI		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC / COTAS	
1 IEVA PAGO EM 18/01/2013		1º	
PAIXA LPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		2º	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		COF (R\$)	
*****		*****	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
*****		18/01/2013	
OBSERVAÇÕES			
A.F. ADM DE CONC. NACION HONDA LTDA			
ALACOA NOVA - PB		18/01/2013	
12424		10553	

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
10553-10/1111-7-2013/0118			

COMPREI PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2008
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278739 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM do médico: 52.90873-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria do Socorro Mendonça da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Agricultora
Identidade: 4.162.776 CPF: 056.825.538-68
Endereço: Rua Presidente João Pessoa, 333 - Centro - Alagoa Nova - PB. Cep: 58325-000

OUTORGADO:

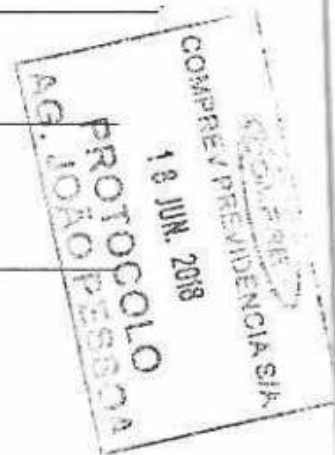
Nome: Israel de Souza Farias
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Estudante
Identidade: 3406239 CPF: 08291712409
Endereço: Rua Eugênio Alves Dague, 65/Intermundo Pequeno Lima - Vilas Dague, Alagoa Nova - PB. Cep: 58325-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Maria do Socorro Mendonça da Silva



Alagoa Nova - PB 09/05/2018
Local e data

Maria do Socorro Mendonça da Silva
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
ESCREVENTE





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOA NOVA/PB

Processo n.º 08003665920188150041

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DO SOCORRO MENDONÇA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA NOVA, 24 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:39:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615395249500000041527101>
Número do documento: 21052615395249500000041527101

Num. 43668150 - Pág. 2