



Número: **0807444-16.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 18.225,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38365 328	13/01/2021 14:45	2775203_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14098094





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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00235/00236 - carta_02 - INVALIDEZ

00050118



Carta nº 1423728





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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000558**

Conta: **0000038124-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01375/01376 - carta_30 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	107.982.274-78	Maria Janny Abrantes Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Maria Janny Abrantes Vieira		107.982.274-78
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua Dr Carlos Pires	166
Bairro:	Cidade:	Estado:
São José	Sousa	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
Verasdpvat@hotmail.com	58804-200	(83) 99919-4302

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0558 ☐ CONTA: 38124 ☒ 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <u>Sousa-PB, 20/02/2019</u>	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
	<u>Maria Janny Abrantes Vieira</u>	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
	<u>[Assinatura]</u>	
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	
	Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 MAR. 2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190214088
Nome do(a) Examinado(a): Maria Joanny Abrantes Vieira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Carlos Pires 166, S/N
Sao Jose Sousa PB CEP: 58804-200
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3925143
Data local do acidente: [14/12/2018]
Data local do exame: [07/05/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO FÊMUR DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE HASTE INTRAMEDULAR MAIS PARAFUSOS DE BLOQUEIO NO DIA 19/12/2018, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA

Data da Alta: 21/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.

- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II
DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°
DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°
DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO FRANCISCO-PB.

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 021 - 2019.

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08-03-2019- Às. 09h28min.

COMUNICANTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, brasileira, divorciada, agricultora, natural de São Francisco -PB, com 20 anos de idade, CI/RG nº 3925.143 SSDS-PB CPF nº 107.562.274-78, filha de José Milton Gonçalves Vieira e de Francisca Abrantes Sarmento Vieira, residente na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, Bairro: São José, Cidade: Sousa-PB. Telefone para Contato: (83) 9-9153-3183.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 14 de dezembro de 2018, por volta das 22h00, aproximadamente, seguia na garupa da motocicleta Honda/Pop100, ano/mod.2008/2009, cor preta, placa MOU3685/PB, chassi 9CZHB02109R010864, licenciada em nome de Maria do Socorro Gonçalves Vieira, que na ocasião era conduzida por Mateus Cazé, pela BR 230, quando ao passarem pela curva em frente a Churrascaria o Pelxão, zona rural de Marizópolis, cruzou a pista de rolamento um animal (cachorro), tendo o condutor do veículo desviado o referido animal e logo em seguida cruzou a pista de rolamento outro animal (jumento), tendo colidido no mesmo, ambos caindo ao solo. Afirma a declarante que devido a queda teve corte na região occipital, fratura em fêmur direito, sendo socorrida pelo Samu, para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médico. Que não teve despesa hospitalar. Que é conhecedor (a) das sanções civis, penais e administrativas, caso o declara aqui não seja(m) estritamente a verdade.

São Francisco-PB, 08 de março de 2019.

COMUNICANTE: Maria Joanny Abrantes Vieira
COMUNICANTE

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor
Dr. Vicente Honório Filho
Delegado de Polícia Civil.

Selma de Paula Lima
Escritão de Polícia Civil
Ad-Hoc

21 MAR. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	107.982.274-78	Maria Janny Abantes Vieira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Maria Janny Abantes Vieira		107.982.274-78
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua Dr Carlos Pires	166
Bairro:	Cidade:	Estado:
São José	Sousa	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
Verasdpvat@hotmail.com	58804-200	(83) 99919-4302

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0558 ☐ CONTA: 38124 ☒ 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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <u>Sousa-PB, 20/02/2019</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	CPF: _____
	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 MAR. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Tame abnantes Vieira			Idade: 30	Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: ☐ Aparecida ☐ Lastro ☐ Vieirópolis ☐ Marizópolis ☐ Nazarezinho ☐ São Gonçalo ☐ Outro:			Logradouro: BR 030		Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ STTRANS ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PR 14.073		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO Motivo:	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ SINECO-OBSTÉTRICO ☒ TRAUMA	☐ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:			Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
		ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais?	

1 - DADOS VITAIS

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

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

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afundado SSVU, AVP, imobilização curativa e imobilização do HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 13:05 acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo o protocolo de RPA e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Produzir p/ HRS.

SBP - CANS 9127

21 MAR. 2019



2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão	☐ DEA	☐ KED Adulto	☐ Sonda vesical
☐ Cânula Orofaríngea	☐ Desobstrução vias aéreas	☐ KED Infantil	☐ Sedação
☐ Colar cervical	☐ Drenagem torácica	☐ Massagem cardíaca externa	☐ Talas / Tração
☐ Controle de hemorragia	☐ Desfibrilação / Cardioversão	☐ Orotraqueal	☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ Cricotireoidostomia	☐ Entubação Orotraqueal	☐ Prancha Longa	☐ VMI
☐ Curativo	☐ Inalação de Oxigênio (O2)	☐ Punção venosa	☐ VMNI
	☐ Imobilização de membros	☐ Sonda gástrica	☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

*SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os
ampolhos de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduros*

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Suelio*

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Ricely Duarte*

COREN: *Ricely Duarte de Brito*

ENFERMEIRO(A): *M^{re} Betânia S. Santos*

COREN: *3.815.715-TE*

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

M^{re} Betânia S. Santos
Enfermeira
COREN PB 501542

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG. / CPF: _____

21 MAR. 2018



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	29/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

Nr. da Autenticação 27CAA3F8B065535A



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

Nr. da Autenticação F9746BEDB4880D87



DAMIANA FRANCISCA SARMENTO
RUA DR CARLOS PIRRES, 166 - SAO JOSE
SOUSA / PB CEP: 58804-200 (AO: 177)

Emissão: 05/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9.290.km25 - Centro-Rede: João Pessoa / PB - CEP: 58.216-620
Roteiro: 2-177-40-5700 NF medidor: 20000443730

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.928.123/0001-40 Ins. Est. 18.516.823-0
Nota Fiscal: Cota de Energia Elétrica VTRF 516.286
Cód. para Deb. Automática: 08000022772

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:
Dez / 2018 05/12/2018 07/01/2019 040.879.194-04
Ins. Est. 5/2277-2

UC (Unidade Consumidora): Canal de contato:

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, inscreva-se na sua Organização Múltip

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
05/11/18	12215	05/12/18	18094	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota
0601	Consumo em kWh	58,000	0,8200	47,560
0601	Adic. B. Amortiz			1,040

CCI: Código de Classificação de Item	TOTAL	58,00	58,00	14,51	78,08	0,82	2,80
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						
	12/12/2018						
	R\$ 58,06						
	Histórico de Consumo (kWh)						

98	99	100	93	101	92	93	94	105	11	98	177
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

4718.1c57.01d8.6764.9f72.2a8a.53b1.d12b.

Indicadores de Qualidade				Composição % Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	8,15	1,87	NOMINAL	200	
DIA TRIMESTRAL	12,20				
DIA ANUAL	24,40	1,00	CONTRATADA	200	
FIC MENSAL	3,48		LIMITE INTERIOR	200	
FIC TRIMESTRAL	9,97		LIMITE SUPERIOR	200	
FIC ANUAL	13,95	1,87			
DIA C	3,93				
DIA N	12,22				
ATENÇÃO				Faturas em atraso	
- Leitura confirmada					

21 MAR. 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 973.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Facundes de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u> </u>
Bairro	<u>Cato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307</u>
E-mail	<u>Verasdprate@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 21/03/2019

Assinatura do Declarante: 

21 MAR. 2019



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da rede fiscalizadora de energia elétrica: N° 017.981.401



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA S/N
BOUSA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

04/01/2019

CONSUMO

1038

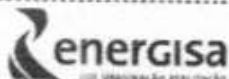
VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

Acesse: www.energisa.com.br



CONTAGUÁ AGUA

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Roteiro: 01-177-010-1720

8361000009-7 51530054000-8 05961322019-8 01500177919-3

VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

MATRÍCULA

696132-2019-01-6



21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:45:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314454515900000036588827>

Número do documento: 21011314454515900000036588827



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

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

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/SIBLITECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

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 9.633/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro
inscrito (a) no CPF/CNPJ 973.419.833 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria Joanny Abrantes Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.982.274 / 78
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da vítima Maria Joanny Abrantes Vieira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.982.274 / 78, 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: <u>R. José Facundes de Lira</u>	Número: <u>S/N</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Gato Preto</u>	Cidade: <u>Sousa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>verasdpvrat@hotmail.com</u>	CEP: <u>58800000</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9.998.4307</u>

Local e Data: Sousa-PB, 20/03/2019

Carlos Ademir Veras Pinheiro
Assinatura do Declarante

21 MAR. 2019

DLDR1.001 V001/2017

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Maria do Socorro Gonçalves Vieira,
RG nº 33.92.631, data de expedição 10/12/05,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 092.622.474-35,
com domicílio na cidade de Sousa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Proptada, nº S/N,
complemento 1, 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 Janny Abrantes Vieira, cujo o condutor era
Mateus Virgíneo Moraes.
Veículo: Honda/Pop100 Modelo: 2009 Ano: 2008
Placa: MOU3695/PB Chassi: 9C2HB02109R010864
Data do Acidente: 14/12/2018

Local e Data: Sousa - PB, 18/03/2019

Maria do Socorro Gonçalves Vieira
Assinatura do Declarante

Mateus Virgíneo Moraes
Assinatura do Condutor

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



21 MAR. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Joane Abromes Vieira			Idade: 30	Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: ☐ Aparecida ☐ Lastro ☐ Vieirópolis ☐ Marizópolis ☐ Nazarezinho ☐ São Gonçalo ☐ Outro:			Logradouro: BR 030		Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ STTRANS ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PR 14.673		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO Motivo:	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☒ TRAUMA	☐ TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS > Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro: ☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:			Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
		ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de uso Contínuo Quais?	

1 - DADOS VITAIS

PA: 90x60	FC:	FR:	HGT:	SpO2 - S/O2: 97%	SpO2 - C/O2:
-----------	-----	-----	------	------------------	--------------

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

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afundado SSVU, AVP, imobilização curativa e imobilização do HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 13:05 atendimento p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo protocolo de RPA e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Remover p/ HRS.

SBP - CANS 9127

21 MAR. 2019



2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fétido

3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão	☐ DEA	☐ KED Adulto	☐ Sonda vesical
☐ Cânula Orofaríngea	☐ Desobstrução vias aéreas	☐ KED Infantil	☐ Sedação
☐ Colar cervical	☐ Drenagem torácica	☐ Massagem cardíaca externa	☐ Talas / Tração
☐ Controle de hemorragia	☐ Desfibrilação / Cardioversão	☐ Orotraqueal	☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ Cricotireoidostomia	☐ Entubação Orotraqueal	☐ Prancha Longa	☐ VMI
☐ Curativo	☐ Inalação de Oxigênio (O2)	☐ Punção venosa	☐ VMNI
	☐ Imobilização de membros	☐ Sonda gástrica	☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

*SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os
ampolhos de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras*

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Suelio*

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: *Ricely Duarte*

COREN: *Ricely Duarte de Brito*

ENFERMEIRO(A): *M^{re} Betânia S. Santos*

COREN: *3.815.715-TE*

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

M^{re} Betânia S. Santos
Enfermeira
COREN PB 501542

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG. / CPF: _____

21 MAR. 2018



MAT: 132.002

Nome: M^{re} Jeanny Clementes Lima Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 04/06/1967 Est. Civil: mt Resp.: F^{ra} Clementes L. Lima
Rua: Engenheiro Carlos P. d. A. Cidade: Joazeira Est.: PB
Médico Assistente: Clínica:
Data de Internação: 15/12/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: Não há M.D.

Queixa Principal: Apresenta um M.D. direito.

História da Doença Atual: Apresenta de um acidente no BR-230
relatando que um carro passou muito próximo
e fratura fechada do fêmur direito.

EXAME FÍSICO: gr. forte local
edema
aparecido
df. funcional
cravado - fratura do fêmur (D)

DIAGNÓSTICO: fratura fechada do fêmur direito.

Procedimento: (D)

C.L.P. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM-PB 7034 CRM-RN 4228

21 MAR. 2019

MAT.: 132.593

Nome: Mario Spanny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 04 / 06 / 98 Est. Civil: D. Resp.: Feo. Libranes J. Vieira
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Sousa Est.: PB.
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico
Data da Internação: 29 / 01 / 2019 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fistula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.
Com boa sam de Anh / Jk
necrose nro.

EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15
NVE.

necrose nro = fistula proximal
nm necrose paratonta.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10832 REG: 15149

21 MAR. 2019



[Handwritten signature]

Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Maria Jeanny Abrantes

Nº Prontuário:

Data Operação:

19/12/2018

Enf.: *0*

Leito:

Cirurgião:

Dr. Diego

1º Auxiliar:

Dr. Diego

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Dr. Albert

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Font. do osso direito.

Tipo de Operação:

RAFI (Fitor uteromedular)

Diagnóstico Pré-Operatório:

O. mesmo

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

na

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Fete em *dring* sob *Acutone*

2. *ATAAC*

3. incisão por ao grande trocater com exposição do osso.

4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocater com punção manual.

5. Punção de fio fino, tentativa de redução a feto fechado onde após não conseguiu fora feto punção incisão pl redução sob *palpção* e retirada de *Casa de Botas*

6. Punção canal funicular até feto n.º 10, tentado a 11,5, mas não houve progresso

RELATÓRIO DE CIRURGIA

21 MAR 2019

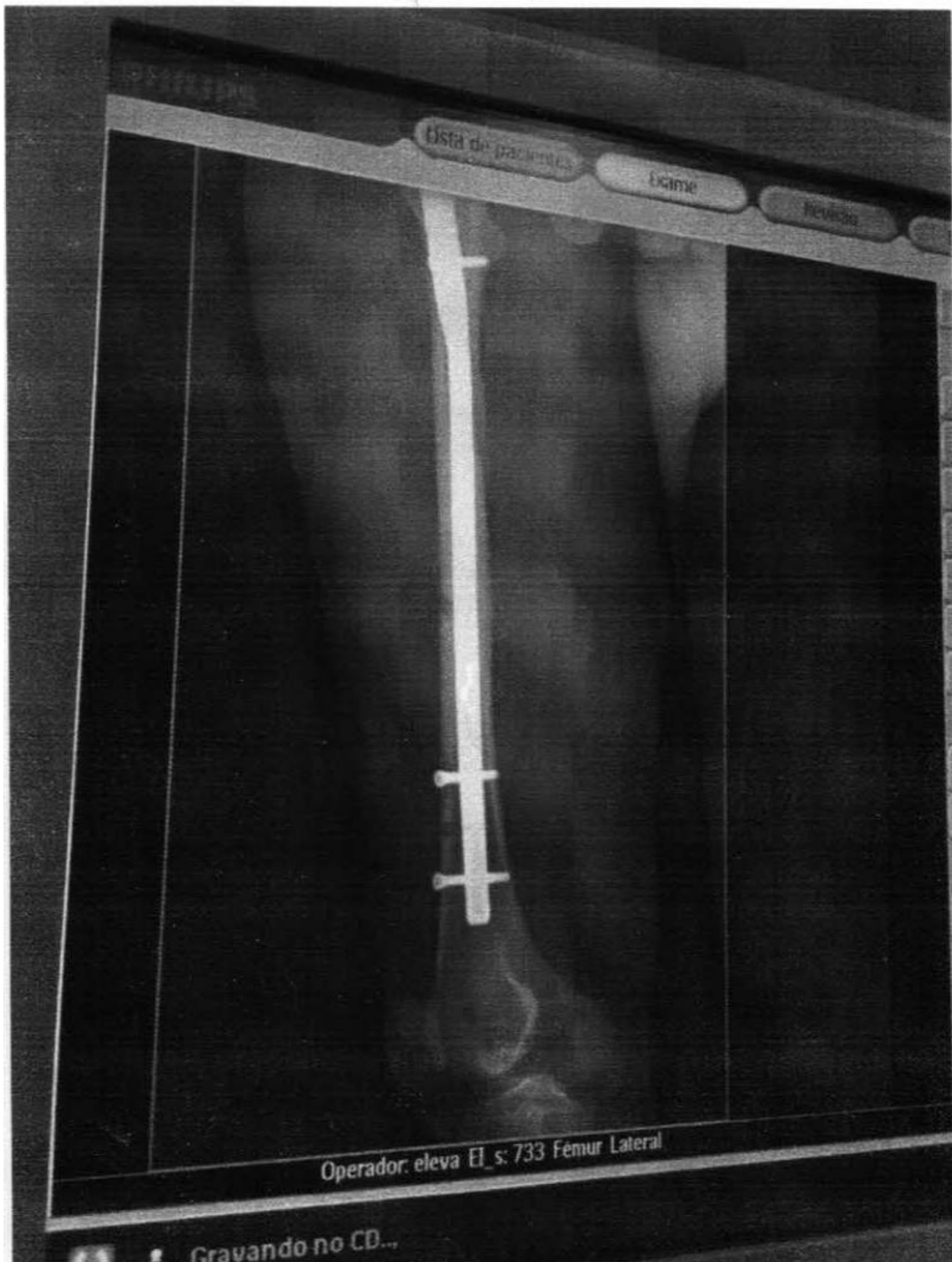
Qualifica Marquês - Série/PB 3071.1515 (171.025)



7. Parâmetro de tutor em 2º 10x34
com Bloqueio prox (1 prof) e distal 2 profs
quais - pelo escopo =
 8. Entende por planos
 9. Curativo compressivo
- mag.

21 MAR. 2019





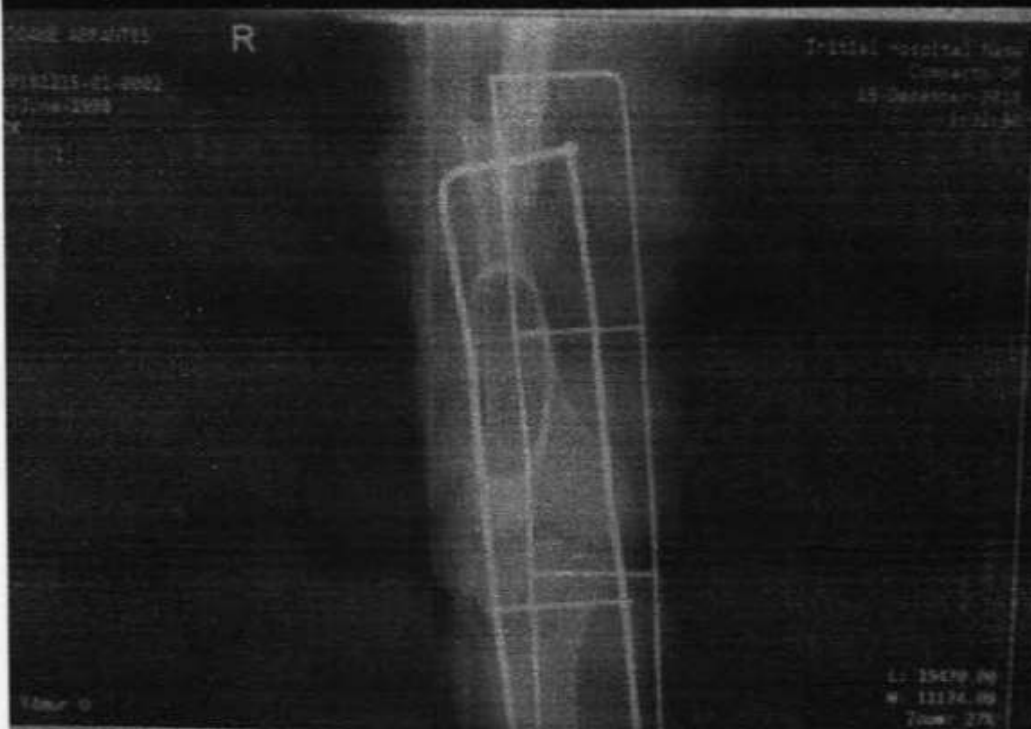
21 MAR. 2019





21 MAR. 2019







21 MAR. 20





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *mat. fêmea*

Nome: Maria Fanny Albano Vieira
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98
Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n.º 166 - São José - Moura
Fone: 98539-1513 Médico: Dr. Tiago
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: paciente vitícea, queda de peso
há 5 dias, após trauma com A.T.D.
escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: nda.

Exame Físico: Pele ativa rose espuica
escoriações pelo tronco, membros e
massas.
por deformidade, cuptação e
enchaimento do nariz, com saída de
pus.

Exames Complementares: Rx.

Diagnóstico: Frnt de frum D Ao 32A2

Tratamento: do Químico com fixação

Endereço: Moura - Rua: 1772, 1513 (1772) 1513

M 12486

21 MAR. 2019

EVOLUÇÃO

Tiago
Médico Responsável





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome: _____

Idade: _____

Cor: _____

Leito: _____

Enfermaria: _____

Categoria: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Dado 1000 1000 24h
Depressão 1 10 10h
Transtorno de 10 10h
Clonazepam 40 10 10h
Som 30 10 10h 10 10h
Normal 1 10 10h 10h
Omeprazol 40 10 10h 10h
e 10
5000

Dr. Diego S. Santiago
Osteopata e Terapeuta
CNPJ 10931801/0001-00

21 MAR. 2019





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetida a 1 ^o e 2 ^o curativos para debridamento da ferida. Ferida 10x8cm. Bloqueio proximal. Bloqueio D. 2.
20/12		Obs: Durante abertura da cavidade metatarsal proximal (cavidade muito estreita), houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falsa trajetória da fura). O que ocorreu por comprometimento no enchimento, o que de estabilização conseguida neste implante.
21/12		Paciente evolui bem, sem dor importante. Curativa Fontana no local fixa e segura. Ferida importante em todo abd, espinal e pelvis e perna. Obs: 24h
21.12.18		2 ^o DP.O Paciente segue estável e sem dor. Apresenta 1 grau febril em 14h de ontem e não mais, melhora tempo. Sem dor significativo. Fo limpa. Inscrever de queda.

21 MAR 2019





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Manoel Joany Alves

Idade:

Cor:

Enfermarias:

07

Leito:

03

Categoria:

7000

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Manoel Joany A. Vianna

1) Vitelo 1 litro
2) Omeprazol 400g B 12/12h
3) Tetraciclina 200g B 12/12h
4) Clindamicina 300g B 6/6h
5) Nidazona 8 B 8/8h 5lv
6) Omeprazol 400g B 12/12h
7) Clotruo 100
8) A.C.C
9) SSVU

2) Vitelo 1 litro
3) Omeprazol 400g B 12/12h
4) Tetraciclina 200g B 12/12h
5) Clindamicina 300g B 6/6h
6) Nidazona 8 B 8/8h 5lv
7) Omeprazol 400g B 12/12h
8) Clotruo 100
9) A.C.C
10) SSVU

2) Vitelo 1 litro
3) Omeprazol 400g B 12/12h
4) Tetraciclina 200g B 12/12h
5) Clindamicina 300g B 6/6h
6) Nidazona 8 B 8/8h 5lv
7) Omeprazol 400g B 12/12h
8) Clotruo 100
9) A.C.C
10) SSVU

2) Vitelo 1 litro
3) Omeprazol 400g B 12/12h
4) Tetraciclina 200g B 12/12h
5) Clindamicina 300g B 6/6h
6) Nidazona 8 B 8/8h 5lv
7) Omeprazol 400g B 12/12h
8) Clotruo 100
9) A.C.C
10) SSVU

2) Vitelo 1 litro
3) Omeprazol 400g B 12/12h
4) Tetraciclina 200g B 12/12h
5) Clindamicina 300g B 6/6h
6) Nidazona 8 B 8/8h 5lv
7) Omeprazol 400g B 12/12h
8) Clotruo 100
9) A.C.C
10) SSVU

2) Vitelo 1 litro
3) Omeprazol 400g B 12/12h
4) Tetraciclina 200g B 12/12h
5) Clindamicina 300g B 6/6h
6) Nidazona 8 B 8/8h 5lv
7) Omeprazol 400g B 12/12h
8) Clotruo 100
9) A.C.C
10) SSVU

30/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

12/12/19

Dr. Antonio Enas de Brito
MEDICO - CRM 21.122
CBO 366.741.104-87

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.122.770-1
CBO 366.741.104-87

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.122.770-1
CBO 366.741.104-87

Dr. Antonio Enas de Brito
MEDICO - CRM 21.122
CBO 366.741.104-87

21 MAR 2019

CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alana Kennedy Ribeiro Vieira LEITO: 10

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Dilt Zero, Líquido Ambr 13h.	
31/12	2. STQ 9 1500ml w 818h.	10 18 06
01-11-16	3. Dimpina sul w 616h	12 18 24 06
*	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Tyndion 200mg w 818h	14 22 06
	7. Clorazep 15mg 1x	16
	8. 8m	
20/12	1. Dilt Zero	Duro 14-1200w
	2. STQ 9 1500ml w 818h.	14 22 06
17:15	3. Dimpina sul w 616h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Karelto 15mg w 1x	12
	7. 8m	

21 MAR. 2019





RELATÓRIO MÉDICO

SOUSA/PB,

12 de abril 2019.

Paciente Joanny Abrantes Vieira, vítima de acidente motociclistico - tipo colisão moto x animal – no dia 14.12.2018 com ocorrência registrada (boletim de número: 021/19). Em decorrência do evento traumático apresentou fratura fechada de fêmur direito – parte proximal.

Ao exame físico: apresentando cicatriz em região lateral do fêmur, joelho e pé direitos (região proximal e distal do fêmur D). Refere ainda: claudicação e dor a mobilização, equilíbrio estático e dinâmico alterados. Rotação interna e externa do quadril alterada. Alteração da marcha, marcha claudicante. Flexão do joelho D e extensão alterada. Dificuldade para subir e descer escadas. Adução e abdução- alteradas. Em posição ortostática, quando se aplica força sobre o joelho comprometido, a mesma não consegue manter-se ereta;

Do exposto, concluo que existe limitação de 60% da capacidade funcional do MID, tais movimentos avaliados durante o exame físico, comprometendo assim a execução de movimentos finos e das atividades laborais, acarretando assim dano a qualidade de vida, sendo necessário auxílio de terceiros para os AVD's (atividades da vida diária).

Dr. Jefferson Venicius A. Pontes
Médico Clínico
CRM: 9447 - PB

JEFFERSON VENICIUS ANDRADE PONTES
CRM/PB: 9447

Telefone: (83) 999471638
jeffersonvapontes@hotmail.com
Rua Joao Mavino Filho,30 – Estação - Sousa – PB

15 ABR. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	☒ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora da Saída da Base: 22:24 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Jume Abontes Vieira				Idade: 30	Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ Aparecida ☐ Lastro ☐ Vieirópolis ☐ Marizópolis ☐ Nazarezinho ☐ São Gonçalo ☐ Outro:						
Logradouro: BR 230				Bairro:	Médico Regulador: Dr. Roberto	
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apolo no local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ STTRANS ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
HRS				Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PB 40.673 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ GINECO-OBSTÉTRICO	☐ TRANSFERÊNCIA
Motivo: ☒ TRAUMA			Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS ☒ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por: ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro:			Responsável:
☐ F.A.F. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Soterramento / Desabamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:			Hospital de Destino:
			Responsável:
			ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Alcoolismo ☐ AVC ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Doença Cardíaca ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Doença Mental ☐ Doença Renal ☐ Droga ☐ Hipertensão Arterial ☐ Internamentos Anteriores ☐ Problemas Respiratórios ☐ Medicamentos de Uso Contínuo
			Quais?

1 - DADOS VITAIS

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

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

Paciente vítima de queda de moto, encontrada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), feridas SSVU, AUP, imobilização curativa e conduzida ao HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto Fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 15h30s acionada p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral nos galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feita imobilização protocolo de APH e AUP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Conduzir p/ HRS.

SBF - Cad 1021

21 MAR. 2019



MAT.: 132.007

Nome: M^{te} Jeanny Alcantares Lima Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 04/06/1968 Est. Civil: MT Resp.: F^{ra} Alcantares L. Lima
Rua: Engenheiro Carlos P. de A. Cidade: Boisera Est.: PB
Médico Assistente: Clínica:
Data do Internação: 15/12/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: NUNCA NA M.I.D.

Queixa Principal: Dor no H. Fígado.

História da Doença Atual: Apresenta dor insidiosa no H. 230
relatada como um corte na parte superior
da região, fígado do Fígado Direito.

EXAME FÍSICO: em parte local
Esfuerzo
D. fígado
D. fígado
Cravinhos - fígado do Fígado (D).

DIAGNÓSTICO: Problema fígado do Fígado Direito.

Procedimento: (P.T.)

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM-PB 704 DR. 4228

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

Nome: Mario Panny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 04/06/98 Est. Civil: Resp.: J. Libranes J. Vieira
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Paulo Est.: PB.
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico
Data da Internação: 29/01/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal: Fístula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.
Com boa cicatrização de 1ª e 2ª
cirurgias.

EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15
NV@.
Nódulo vermelho = fístula proximal
sem secreção purulenta.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10822 REG: 15349

21 MAR. 2019



[Handwritten signature]

Hospital: **Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.**

Nome do Paciente: *Maria Joanny Abrantes* Nº Prontuário:

Data Operação: *19/02/2018* Enf.: *0* Leito:

Cirurgião: *Dr. Diego* 1º Auxiliar: *Dr. Diego*

2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador:

Anestesia: *Dr. Albert* Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Foro do queixo direito.*

Tipo de Operação: *RAFI (tutor intra medular)*

Diagnóstico Pré-Operatório: *O mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato: *na*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. *fêti em direção do Acutone*
2. *ATAAC*
3. *incisão por ao grande trocânter com exposição do Menisco.*
4. *Entrada ao Canal Medular ao nível do Grande trocânter com punhador manual.*
5. *passagem de fio guia, testar de redução a fôco fechado onde após nos conseguindo para fêti pequenos incisos pt redução do palpeço e retirada de cara de botas*
6. *passagem canal femoral ali fêti no tentado a 11,5, mas nos houve progressos*

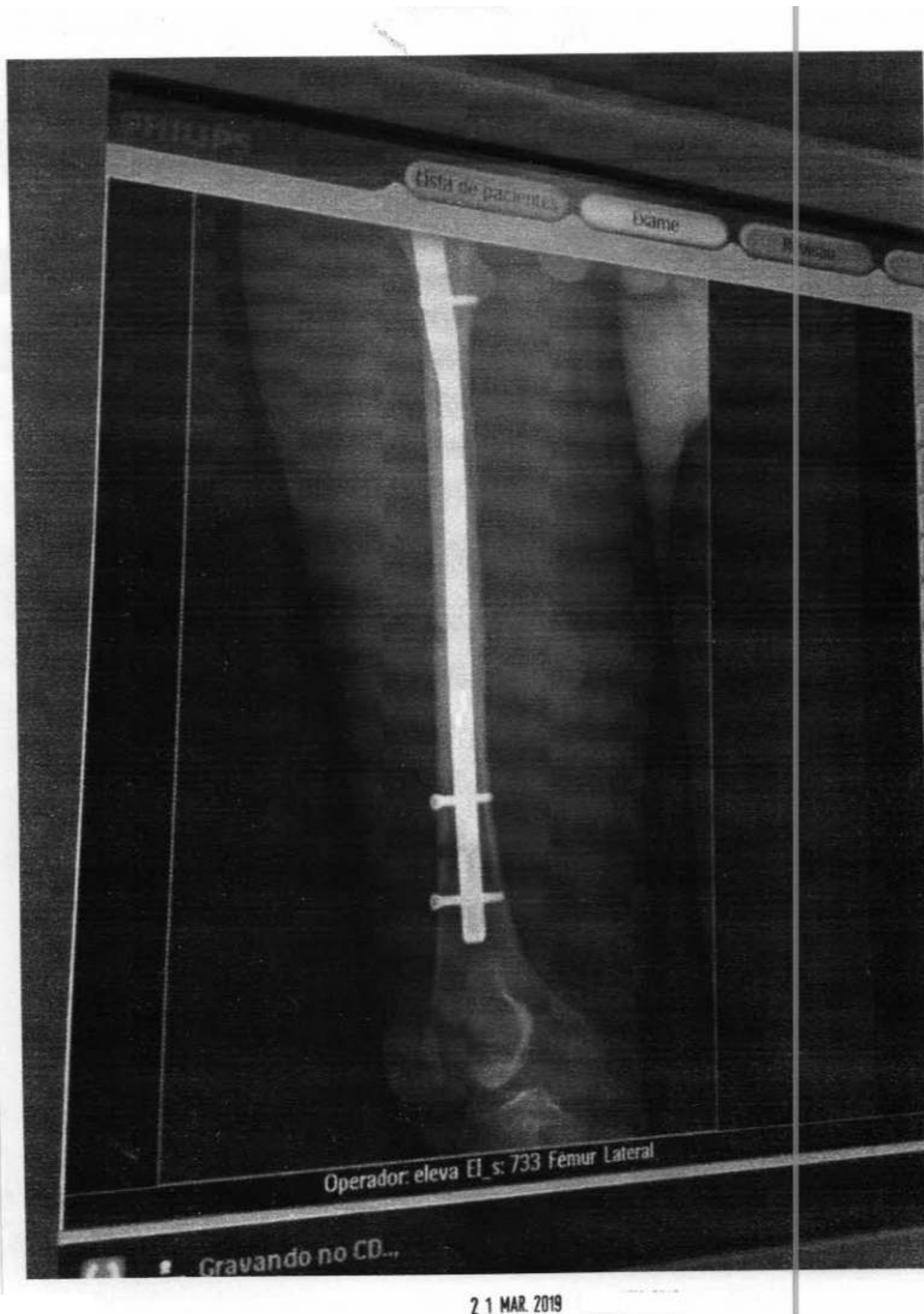
RELATÓRIO DE CIRURGIA 21 MAR. 2018



7. Paragem de tutor suu 2º 10x34
com Bloqueio prox (1 prof) e distal 2 prof.
Quais? - 1ª e 2ª =
8. Sutura per planar
9. Curativo compressivo.
mag.

21 MAR 2019





21 MAR. 2019





OCULOS DE FANTASIA

R

PT02215-01-0002
Tema-2020

Trabalho Hospital Home

Compacto 04

16-Dezembro-2020

10:00:00

Folha 0

L: 15479.00

M: 11174.00

Zoom: 275

21 MAR. 21





21 MAR 2





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA

Med. Femin

Nome: Maria Fanny Albano Vieira

Sexo: feminino

Data de Nascimento: 24/06/98

Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n° 166, São José - Moura

Fone: 98339-1513

Médico: Dr. Tiago

Convênio: Particular

Data: 19/12/18

Anamnese:

Paciente vítima queda de moto
há 5 dias, com traços de at. d.
escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares:

nda

Exame Físico:

Bela ativa 102 expulsa
escoriações pelo tronco, membros e
massas.

Por deformidade, captação e
enchaimento do abd., com nódulos do
fígado.

Exames Complementares:

Rx

Diagnóstico:

Frnt de fêmur D Ao 32A2

Tratamento:

fo Quijotes com fixação

Gratuito Maternidade - Anexo 09 0521.2525 (170813)

M 12486

21 MAR 2019

Médico Responsável

EVOLUÇÃO





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Leito: 425 Categoria:

Enfermaria:

Cor:

Idade:

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

21 MAR. 2019

Dr. Diego S. Santiago
Oropeza y Traumología
CMTA 1034, TOR 1349

Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
M ^a Joanny A. Vilela			132 593
Data Operação	29.1.19	Enf.	Leito
Operador		1.º Auxiliar	
Dr. Diego			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista	Dro. Tônio		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório			
Pós-op. tardio fêmur (D).			
(Fístula) - Secção nova			
Tipo de Operação			
Limpeza e Remoção fístula.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
Pct. DDR @ Raquionário Arrepsio e onfirepsio Colocação campos estéril Remoção de fístula e nova acotriz. Secção mínima qtd em local novo. 5/1 pun. 5/1 org. - limpeza. Hemostasia plena. Sutura por plomaf. Curativo exp. As curativos em F.
Dr. Diego S. Simão Ortopedia e Traumatologia CRM 122.252-150

21 MAR. 2019





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetida a 1 ^o Curiapex para tumor S. Ceco tipo IIa, bloqueio proxe distal. Haste 10x24. Bloq P. 1 e Bloq D. 2.
		Obs: Durante abertura da canal metálica proximal (canal finito estrut), para colocação de anilhas finas, houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falso trajeto da furadeira), o que ocorreu por comprometimento no eixo o fêmur de estabilidade conseguida neste implante.
		70 DP.O
21/12		Paciente evolui bem sem dor importante. Curva fontânea no teste de flexão neutra. Sem importância em todo abd, espinal e pelvis e gaxa. Obs: observados 24h
		70 DP.O
23.12.18		2 ^o DP.O Paciente segue estável e sem dor. Apresenta 1 pulso febril m 14h de enferm e na man, melhora tempo. Sem dor significativo. Fo limpa. Inscricao da queda.

21 MAR 2010





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SAÚDE DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Wong's Young Street

Corr

Enfermería:

$$\underline{t_0}$$

Leito: 03

Categoria:

720

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

David P. Viro

677

0.9% 1000 1000 24h

3) $\text{Cinnoloxand } 400\text{g B } 12/10/12$

4) $\tau_{\text{red}} \approx 0.6212$

5) Pippen auf 5664

Neuhudon 8/18/54

Chlorophyll a and b

constituted

11	4:50	9
5	5:50	11

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Dr. Diego

Comprende e Tras

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1942-1943

1712

Dr. Antoni MEDLE

Q10

21 MAR 2019



DATA	HORA	
21.12.18		sem sinais tip MUII. NV P. CD: Alta médica. Dor c/ carga parietal - explica Xarelto! Atb, sintomáticos. Retirar pontos 15 dias. Curativo em escoriação. paciente, melhorar c/ cicatriz. <i>[Signature]</i> Dr. Diego J. Santiago Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 14932 TERT: 15149





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

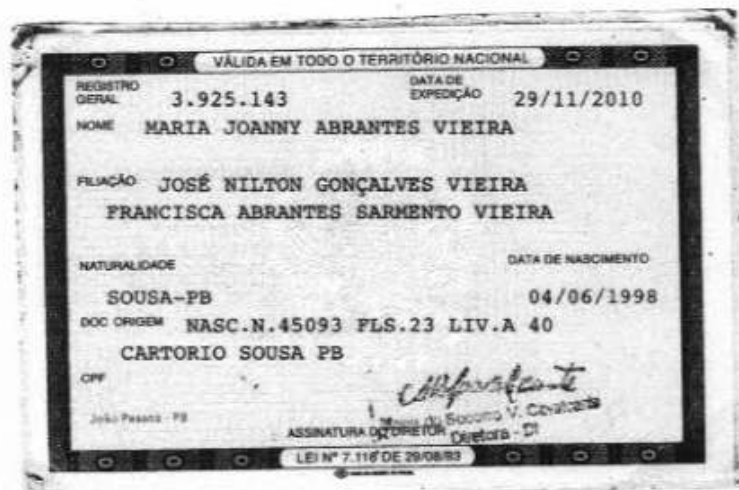
NOME: Alane Janny Liberto Vieira - LEITO: 10

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Diet Zero Líquido Apr 13h.	
31	2. 850,9 x 500ml w 818h.	10 18 06
09-11/01/60	3. Dimpina 2ml w 616h	12 18 24 06
*	4. Tifal 20mg w 12/12h.	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Nafedion 20mg w 818h.	14 22 06
	7. Clorazepato 15mg 1x	16
	8. 8m	
20/12	1. Diet Zero Líquido	12 24 06
	2. 850,9 x 500ml w 818h.	14 22 06
17:15	3. Dimpina 2ml w 616h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Nafedion 20mg w 818h	
	7. Clorazepato 15mg 1x	12
	8. 8m	
	mag	

21 MAR. 2019





21 MAR. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSÍTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

CARLOS ADRIER VERAS PINHEIRO

875039321

04522381397

23/09/2018

29/11/2008

SEN OBSERVAÇÃO:

03/10/2013

03003876578

CE137831269

DETRAN-CE (CLARA)

21 MAR. 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MID.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maria Joanny Abrantes Vieira
RG: 3925143 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 107.982.274-78
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Reverso
Endereço: Rua Dr. Carlos Pires Nº 31N
Bairro: São José Cep: 58804-200 Cidade/UF: Sousa/PB
Telefone: (83) 9.8181-8197 () ()

OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Veras Pinheiro
RG: 2001097006008 Orgão Emissor: SSP/CE CPF: 923.419.833-53
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Empresário
Endereço: Rua José Fernandes de Faria Nº 31N
Bairro: Cato Preto Cep: 58800000 Cidade/UF: Sousa/PB
Telefone: (83) 9.9919-4307 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às 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 DPVAT** referente à:

Vítima: Maria Joanny Abrantes Vieira
CPF: 107.982.274-78 Data do Acidente: 14/12/2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Sousa-PB, 20/02/2019
Local e data

3º OFÍCIO
JUSA-PB



Maria Joanny Abrantes Vieira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

21 MAR. 2019



S. S. Pedrosa Neto



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095793/19

Número do Sinistro: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

CPF: 107.982.274-78

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOANNY
ABRANTES VIEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

