

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2017

Carta nº: 11206826

A/C: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170340592 ASL-0236600/17
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Data Acidente: 14/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11230870

A/C: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Sinistro: 3170340592 ASL-0236600/17
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Data Acidente: 14/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11357557

A/C: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Sinistro: 3170340592 ASL-0236600/17
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Data Acidente: 14/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11922956

A/C: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170340592 ASL-0236600/17
Vitima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Data Acidente: 14/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Sinistro: 3170340592
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Data do Acidente: 14/03/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170340592** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Nº Sinistro: 3170340592

Vitima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Data do Acidente: 14/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAURICELIO MACARIO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170340592**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170340592 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS **Data do acidente:** 14/03/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Luxação do Joelho Direito

Descrição do exame médico pericial: Paciente com importante edema em joelho direito (+++/++++). Apresenta limitação de ADM de flexão do joelho direito de 20 graus.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente de moto no dia 14 de março de 2017. Foi socorrida pelo SAMU, e encaminhada para Hospital Regional de Cajazeiras-PB. Fez analgesia + redução incruenta da luxação. Ainda ficou internada por 15 dias, fazendo uso de analgesia.

Sequelas permanentes: Perda funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Paciente apresenta lesão ligamentar em RNM.
Indenização em perda funcional do joelho devido ao edema acentuado e perda da flexão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

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 joelho	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo 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

Nome do(a) Examinado(a): **ANGELA MARIA FERREIRA DIAS** Sinistro: **3170340592** Data: **14/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, S/N - POPULAR - Bom Jesus - PB - CEP 58930000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2539482**

Data local do exame: [**23/01/2018**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE NO JOELHO DIREITO (+++/++++). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXÃO DO JOELHO DE 40 GRAUS. NÃO APRESENTA ATROFIAS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14 DE MARÇO DE 2017, FOI SOCORRIDA PELO SAMU, E ENCAMINHADA PARA HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS - PB. FEZ ANALGESIA + REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA GESSADA POR 24 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES). NO DIA 27 DE JULHO FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA OSTEOSINTESE DOS LIGAMENTOS DO JOELHO DIREITO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE NO JOELHO DIREITO (+++/++++). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXÃO DO JOELHO DE 40 GRAUS.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
JOELHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

PACIENTE TROUXE RNM RECENTE (22 DE DEZEMBRO DE 2017), DEMONSTRANDO QUE AINDA CONTINUA COM FRATURA DE LIGAMENTOS, MESMO APÓS A CIRURGIA.



Raimundo Pereira de Oliveira Neto - CRM: 7416 - PB



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Angela Maria Ferreira Dias

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.539.482 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 28/05/2012 E

CPF (043162174-88) / CNPJ _____, PROFISSÃO casal

E RENDA MENSAL DE R\$ casal (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Angela Maria Ferreira Dias, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Marcos Aurelio Vidal
21 JUN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELI-ME

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 040 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 54.551-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Capoazeiro - PB, 10 de maio de 2012
LOCAL E DATA

Angela Maria Ferreira Dias
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 26/05/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA

PAG: 001

AG: 0040 CAJAZEIRAS

OPER: 013 CONTA: 54.551-1

PERIODO: 26052017 ATE: 26052017

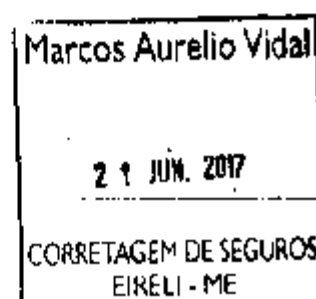
CPF: 043.162.174-88

NOME: ANGELA MARIA FERREIRA DIA

VLR.BLQ.JUD. :

DATA MCV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	------------------	---------	-----------	-----------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	TEW14452
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 241/2017

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO

Data do fato: 14.03.2017 HORÁRIO: 18:15min. Aproximadamente

Data de noticia do fato a Depol: 02.05.2017

PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA



NOTIFICANTE: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS, brasileiro(a), natural de Cajazeiras-PB, solteiro(a), assistente de vendas, nascido(a) em 17.03.1983, com 34 anos de idade, filho(a) de José Dias e Josalice Ferreira Dias, residente na Rua Projêta, 28, bairro Casas Populares, - Bom Jesus - PB. RG 2.539.482 SSP/PB.

VÍTIMA: A PRÓPRIA DECLARANTE E MARCONILDO ABEL DE SOUZA, brasileiro, natural de Cajazeiras -PB, solteiro(a), pescador, nascido em 11.01.1975, com 42 anos de idade, filho(a) de José Abel de Souza e Maria do Socorro Pereira de Souza, residente no Sítio Mata Fresca, zona Rural de Bom Jesus - PB. RG 1.678.058 SSP/PB.

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificada do (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, na data de 14.03.2017, por volta das 18h15, aproximadamente, a declarante afirma que conduzia o veículo HONDA CG 150 TITAN, KS, ANO FAB/MOD 2007/2007, prata, PLACA MNT0576/PB, CHASSI 9C2KC08107R197261, RENAVAM 0093124683-0, MATRICULADA EM NOME DE GERALDO PEREIRA DA SILVA, conduzindo em sua garupa MARCONILDO ABEL DE SOUZA, quando ao trafegar pela rodovia BR 230, nas proximidades da entrada do Sítio Caeiras, em frente a 20ª DSPC, um veículo que trafegava em sua frente, sendo este uma VW/SAVEIRO, de placa K128320-PB, reduziu a velocidade bruscamente, momento em que a declarante veio a colidir na traseira do referido veículo; QUE tentou desviar, mas foi impossível, pois avistou um veículo em sentido contrário; QUE a declarante foi socorrida pelo SAMU e o garupa pelo CORPO DE BOMBEIROS; QUE a declarante sofreu TRAUMA NO JOELHO DIREITO, COM DESLIGAMENTO DO MENISCO, ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE a declarante afirma ainda, que o garupa MARCONILDO ABEL DE SOUZA, foi socorrido pelo corpo de bombeiros, ao Hospital Regional de Cajazeiras - HRC, tendo mesmo sofrido FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO, TENDO SIDO SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRURGICA. QUE EM VIRTUDE DESTA FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 02 de MAIO de 2017.

Angela Maria Ferreira Dias

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA"
A presente fotocópia confere com a original exibida pelo notário
nestas datas. DOU PB - CAJAZEIRAS - Paraíba, 12/06/2017.

[Assinatura]

Sete Digital de Atualização Tipo Normal C.AFN57012-200F
Confira os dados do ato em <https://antidigital.pb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 2,77 FAREN R\$: 0,27 FEPJ R\$: 0,35

[Assinatura]

Delegacia de Polícia
Cajazeiras - PB
Fone: 3371-190

Marcos Aurelio Vidal

POLÍCIA
DISTRITAL

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Angela Maria Ferreira Dias,
portador da carteira de identidade nº 2.339.482 e inscrito no
CPF/MF sob o nº 043.162.174-88, residente e domiciliado no
(a) Rua Provetador SN, Popular, Cidade
Bom Jesus, Estado Pernambuco, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do
laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à
perícia médica à custa 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Angela Maria Ferreira Dias

Assinatura do declarante (conforme documento de identificação)

Capangas - PB 10/05/2017

Local e data

Marcos Aurelio Vidal

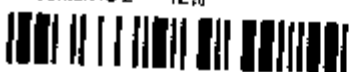
21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

DOCUMENTO 2 *T24*

UNIAZUL
O FUTURO É AÍ

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA

/ USB

05

DATA: 03.17	HORA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE / USUÁRIO: Angela Maria F. Dias	IDADE: 33	SEXO: ☐ MASC. ☒ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua F.R.F.		BAIRRO:		MÉDICO REGULADOR: Paulo	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☒ RESGATE / BOMBEIROS ☒ RESGATE / PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRAN ☐ OUTRO:					
OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO					

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: ARE RESPONSÁVEL: A FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSPARÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: Marcos Aurelio Vidal FUNÇÃO:

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

ASRZ, 1 SE 09%, 1 Dipirona EV + AD 21 JUN. 2017

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >80mm Hg ☐ <90mm Hg
P.A.: X FC: 71 TEMP: °C - GLICEMIA mg/dl - E. Com a: SpO2s/02: 100 SoO2c/02

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAAs ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☒ Outros

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de acidente de trânsito colisão moto carro, consciente, Orientado, Glasgow 15, sinal de fratura fechada no M.I.D. na região tibial, mega talúcia, papilas mucosas, abdome sem alteração, apresenta um bulhoso hematoma localizado de pele que, após imobilização e encaminhamento médico e atendimento ao ARE. Sheldy Silva Sousa Enfermeiro 11446

☐ OBSTRUÇÃO PARCIAL	☐ SUPERFICIAL	☐ FINO	☒ ORIENTADO	☐ RINORRÉIA ☐ D ☐ E
☐ OBSTRUÇÃO TOTAL	☐ REGULAR	☐ CHEIO	☐ DESORIENTADO	☐ OTORRÉIA ☐ D ☐ E
☒ EUPNEIA	☐ IRREGULAR	☐ RÍTMICO	☐ AGITAÇÃO	PUPILAS
☐ DISPNEIA	MURMÚRIOS VESICULARES	☐ ARRÍTMICO	☐ SONOLÊNCIA	☐ MIOSE
☐ BRADIPNEIA	☐ NORMAL	☐ AUSENTE	☐ TORPOR	☐ MIDRIASE
☐ TAQUIPNEIA	☐ DIMINUIDO ☐ D ☐ E	☐ PERFUSÃO	☐ COMA	☒ FOTORREAGENTES
☐ APNEIA	☐ AUSENTE ☐ D ☐ E	☐ NORMAL	☐ CONVULSÃO	☐ NÃO FOTORREAGENTES
	☐ HIPERTIMPANISMO	☐ RETARDADA	☐ RIGIDEZ	☐ ANISOCÓRIA ☐ D ☐ E
	☐ MACICEZ	☐ AUSENTE	☐ PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	

E.C.G. ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRACÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

Realizar imobilização, adm de medicação e monitorização respiratória de acordo com o protocolo

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

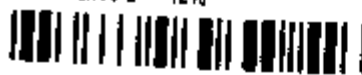
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: *Dr. Roberto Silva* CRM: *7011* MAT: *[assinatura]*

ENFERMEIRO(A): *Shirley da Silva* COREN: _____ MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *[assinatura]* COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: *[assinatura]* MAT: _____



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Angela Maria Ferreira Dias, RG nº 2.539.482, data de expedição 28/05/2012, Órgão SSP/PB,

CPF nº 043.162.174-88, 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 Proptado</u>
Número	<u>510.</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Popular.</u>
Cidade	<u>Bom Jesus.</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58930.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>verasdpvatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jesus - PB 29/05/2017.

Angela Maria Ferreira Dias

Assinatura do Declarante



ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
RUA PROJETO DA POPULAR
BOM JESUS/PB/CEP: 53000-000 (AG: 212)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO II 220, km 25 - Cid. Redenção - João Pessoa/PB - CEP: 53011-680
Rua: 6 - 212 - 455 - 8552 Referência: Abr/2017
APreditor: 00008775388 Emissão: 13/04/2017

Energisa

ENERGISA PIAUÍ S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.1507000-40 - Ins. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 472 904
Código para Dúvida Automática: 00017691072

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1769107-2**

Canal de contato

Conta referente a
Abr / 2017
Apresentação
10/04/2017
Data prevista da próxima leitura
11/05/2017

CPF/CNPJ/RANI
4913217488
Ins. Est.

Faturas em atraso
20/03/2017 25,53

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 13/03/17 - 620	Data: 18/04/17 - 803	1	23	29
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh - APB	30	0,14288	4,28	
Adic. B. Amortiz			0,13	
Adic. G. Verificação			0,11	
Subsídio			0,82	
DS			0,13	
COFINS			0,60	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DWIC02/2017			-0,04	
Desoneração Subsídio			-0,92	

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 13/03/17 - 620	Data: 18/04/17 - 803	1	23	29
Histórico de Consumo (kWh)				
Mai/17	80			
Fev/17	49			
Jan/17	45			
Dez/16	52			
Nov/16	46			
Out/16	41			
Set/16	48			
Ago/16	41			
Jul/16	54			
Jun/16	55			
Mai/16	56			
Abr/16	40			

VENCIMENTO 18/04/2017 **TOTAL A PAGAR** R\$ 5,21

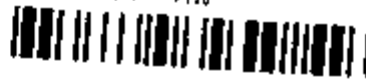
RESERVADO AO FISCO
ff24.54a8.6c53.b424.bb88.3618.9aa4.a538.

Indicadores de Qualidade 2017 - Quedas	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	9,70	3,92	NOMINAL - 220
DC TRIMESTRAL	11,58		
DC ANUAL	23,10		
FC MENSAL	3,48	2,00	CONTRATADA - 202
FC TRIMESTRAL	8,87		
FC ANUAL	13,85		
OWG	3,37	3,78	INFERIOR - 201
OWG	12,22		SUPERIOR - 221

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso haja alguma(s) alteração(es) permanente(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/04/2017. Conforme Resolução 434 da ANEEL, o pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade de dívida suspensão do fornecimento, caso a mesma não seja comunicada às concessionárias. Caso haja alguma(s) alteração(es) em atraso, o pagamento deverá ser efetuado imediatamente. Para suspender o fornecimento em emergência, o consumidor deve entrar em contato com a concessionária de energia elétrica. Sua unidade foi liberada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 0,82. Leitura confirmada.

Marcos Aurelio Vidal
21 JUN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



00300355



OTC RECIFE PE PL14
 MAURICELIO MACAIRO DA SILVA
 R JOSE RODOVALHO ALENCAR 331
 CASA CENTRO
 58900-000 CAJAZEIRAS PB

Atendimento Claro - Ligue 1052,
 Auto-Atendimento - Ligue *1052#
 Na Web - claro.com.br
 Visite o site: minhaclaro.com.br
 para consultar o detalhamento da sua fatura.
 Se preferir receber mensalmente a sua fatura
 detalhada solicite através do 1052.
 Atendimento ao deficiente auditivo e
 da fala - Ligue 0800 036 2323

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83-99415 5835	de 02/04/2017 a 01/05/2017	28/05/2017	R\$ 38,52

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais

Bonus internet controle 400MB
 Assinatura Controle
 Juros e Multa
 Total de R\$ 38,52

R\$	0,00
R\$	37,74
R\$	0,78

Marcos Aurelio Vidal

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 9.613/98.

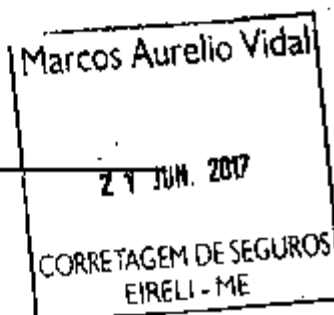
Pelo exposto, eu MAURICELIO MACARIO DA SILVA, portador(a) do RG nº 2.241.541, expedido por DETRAN/PB, em 07/04/2011, CPF/CNPJ nº 035.831.484.44, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a): Angela Maria Ferreira Dias do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Angela Maria Ferreira Dias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: causou Renda Mensal: R\$ causou

Documentos comprobatórios: nao possui

Mauricio macario da Silva

ASSINATURA PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





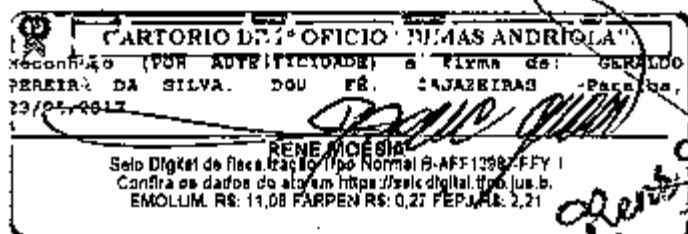
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Geraldo Pereira da Silva
 portador do RG: 2.394.294, data de expedição 09/01/1997
 órgão expedidor SSB / PB, CPF: 030.097.712-01
 com domicílio na cidade de Bom Jesus, no estado de Paraíba
 onde residu na Rua Frei Francisco Barte
 número 42, complemento Alto Boa Vista
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, Angela Maria Ferreira Dias
 cujo condutor era Angela Maria Ferreira Dias
 VEÍCULO: PPS/MOTOCICLE
 ANO: 2007
 MODELO: HONDA/CG 150 TITAN RS 2007
 PLACAS: MNT 0576 / PB
 CHASSI: 9C2KC D8107R197261
 DATA DO ACIDENTE: 14/03/2017

Capangas - PB 23/05/2017
 Local e Data

Marcos Aurelio Vidal
 21 JUN. 2017
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

Geraldo Pereira da Silva
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



Angela Maria Ferreira Dias
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA
 1º OFÍCIO

René Moésia - TABELIÃO
 Robelita da Rocha Alves Moésia
 TABELIÃO SUBSTITUTA
 Robelita da Rocha Moésia - ESCRIVÃO
 CNJ 1.000.000.000.000.000

René Moésia
 1º Tabelião



CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 29/03/2017

AIH DO MÊS DE:

Nome do Paciente ANGELA MARIA FERREIRA DIAS								
Município de Moradia do Paciente BOM JESUS / 58930-000 / 250220								
Profissão NÃO INFORMADO								
AIH		Prontuário		Mês de Atend.		Ano de Atend.		
		1703305		MARÇO		2017		
Idade	Sexo	RG	CPF	RN	Cart Trab	PIS/PASEP	Cartão SUS	Nº do Documento
34 anos	F	☐	☐	☐	☐	☐	☒	700003037895106
Endereço de Residência RUA - PROJETADA								
Data da Internação 14/03/2017		Dia da Alta 28/03/2017		Dia(s) de Permanência 14		Atendimento SUS ☒		
Condições de Alta MELHORA (12)								
Procedimento 0408050683 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO								
CID S82.0 FRAT DA ROTULA								
Médico Assistente - CRM - Matrícula JOSÉ LEITE LANDIM NETO - 5558/AL								
OBS								

quarta-feira, 19 de abril de 2017

Marcos Aurelio Vidal

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

Enrique Co

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

N.º _____

Nome: *Ana Paula M. Ferreira Dias*

Cartão Nacional de Saúde (CNS) *71010101310131718191511016*

Data Nascimento *17/03/1983* Residente à (Rua, Av.) _____

L. Proprietário N.º _____ Bairro _____

Cidade *Bom Jesus* UF _____ Segurado ou Dependente _____

Grau Parentesco _____

no qual dou fé

Cajazeiras, *14/11/2017*

Funcionário Responsável

Paciente Responsável

Marcos Aurelio Vidal
21 JUN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Observação N° 03

Name:

e de

Idade:

Cor

Sexo

Estado Civil

Naturalidade

Profissão:

Internado em

de

de

THOMAS C. JONES

Doc E. McFOWIN

Marcos Aurelio Vidal

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Dr. José Landim Neto
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM 11.911 5807 13284

Diagnóstico:

WAGB0 PORT-MO- DO SOLITA



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

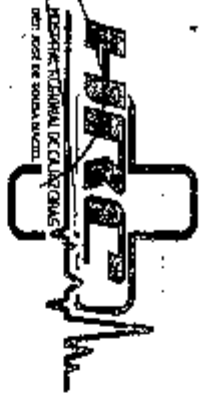
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Angela Ferreira

Idade: Cor: Enfermaria: Leito: Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
28/05/2017	1. D. 100mg 1x ao dia 2. D. 100mg 1x ao dia 3. D. 100mg 1x ao dia 4. D. 100mg 1x ao dia	12h12h	Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia
28/05/2017	1. D. 100mg 1x ao dia 2. D. 100mg 1x ao dia 3. D. 100mg 1x ao dia 4. D. 100mg 1x ao dia	12h12h	Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia
28/05/2017	1. D. 100mg 1x ao dia 2. D. 100mg 1x ao dia 3. D. 100mg 1x ao dia 4. D. 100mg 1x ao dia	12h12h	Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia Leito 100mg 1x ao dia

21 JUN 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME
MARCOS AURELIO VIDAL



Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Críngela Mendes L. Silva Idade: 33 anos Cor: Enfermaria: 113 Leito: 04 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
------	-------------------	---------	-----------

16/05/17	1 Dieta Branda	OK	# 2: DPV por redução documentada de peso D
	2 SF 0,9% 1500 ml EV em 24h	OK	# fluidos de peso D
	3 Salina 10mg EV 12/12h	OK	EV de infusão no pelo D
	4 Risperidona 4mg + AMB EV 6/6h	OK	Paciente com EGR AMB mantida, eufórica, sem alterações de estado de consciência
	5 Soneto 300mg + 300 ml SF 0,9% EV 5h	OK	sem Q
	6 Omeprazol 40mg + AMB EV 6h	OK	EF SSVV FC 120bpm PR 134mm
	7 Clorazepato 40mg SC 6h	OK	Eufórica, estável de peso D
	8 CEGG - SSVV	OK	Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	9 Amigdalotomia		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	10 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	11 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	12 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	13 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	14 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	15 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	16 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	17 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	18 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	19 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	20 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	21 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	22 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	23 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	24 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	25 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	26 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	27 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	28 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	29 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm
	30 Alta médica		Conduta: SSVV FC 120bpm PR 134mm

Dr. Marcos Aurelio
CRM 4676 - SBU 17370

Marcelo Aurelio
21 JUN 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Verificar se paciente
de febre (verificar)
Não há sinal de
Sintomas de desidratação
Aumento de peso
de 100g em 24h

Present

2

La Vende

Sobres

Profes de percut

William E. Felt

Dr. Fran D. Andrade
Chicago, Illinois
CMAA 550

3234

75

58

2000

384

Chen et al. • Ca^{2+} Diffusion in the
Cerebellar Cortex • J. Neurosci., June 23, 2010 • 30(25):8593–8602 • 8593

$$I^{\frac{1}{2}} \left(\int_0^\infty |f(t)|^2 dt \right)^{\frac{1}{2}} = A \|f\|_{L^2(\mathbb{R})}.$$

$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$



Nome Ana Maria Idade _____ Enf. 153 Leito 04.

Marcos Aurelio Vidal
 21 JUN 2017
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: Angela Maria Ferreira Ulias Inf.: 113 Leito: 04

DATA	HORA	
26/03/17	08:15	Paciente consciente, orientado verbalizando, em repouso no leito devido fratura MID. Afébil, eufórica, dieta líquida, sem náuseas ou vômitos, higiene adequada, eliminação intestinal e urinária regulares. Segue medicada com analgésicos. Aguardando transferência para o bloco de cirurgia.
		Júlia da Silva Enfermeira COREN-PB 222.551
27-03-2017	14:25	Paciente acordante, orientada, verbalizando bem na presença do médico responsável por MID. Eufórica, afébil, normotensa. Dieta líquida, sem náuseas ou vômitos. Segue medicada conforme prescrição médica e sob cuidados da equipe. Luana Isis da Silva Oliveira Enfermeira COREN/PB: 388423 Aguardando Transferência para Bloco de Cirurgia.
28-03-17	10:40	Paciente acordante, orientado verbalizando bem, eufórico, em repouso no leito, afébil, dieta líquida, eliminações presentes (sic) se que os cuidados. Juliana Pereira Batista Enfermeira COREN-PB: 232.713
	15:30	Alta hospitalar Juliana Pereira Batista Enfermeira COREN-PB: 232.713
		Marcos Aurelio Vidal; 29 JUN, 2017 CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS				ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <u>Angel Maria Fernandes</u>				IDADE	SEXO <u>F</u>	COR <u>B</u>
DATA <u>14/05/2017</u>	PRESSÃO ARTERIAL <u>130 x 80</u>	PULSO <u>72 bpm</u>	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
LIRINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIA			
ESTADO VENTAL			ATARAXICOS	CORTICÓIDES	ALEGRIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
EDUCAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADAS ÀS	EFEITO			
AGENTE ANESTÉSICO	02					INDUÇÃO		
LÍQUIDO						Satisf. _____ Excit. _____ Tos _____		
						Laringo Espasmo: _____ Lente: _____		
CURSO VP - ARTERIAL: 0 PULSO: 0 RESPIRAÇÃO AX ANESTESIA: 0 OPERAÇÃO	250					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
	240					Outras: _____		
	220					MANUTENÇÃO		
	200					Bupivacaína = 0,5% propofol 15mg		
	180					O ₂ → 2L/min		
	160					Fentatil → 100mg		
	140					Propofol → 100mg		
	120							
	100					ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____		
	80					Não Por Que _____		
SÍMBOLO E ANOTAÇÕES						DESPERTAR		
						Rafael <u>Marcos Aurelio Vidal</u>		
ANOTAÇÕES						Obs.: _____ CO _____ Excit.: _____		
AGENTES						Náuseas: _____ Vômitos: _____		
TÉCNICA						Outras: _____		
OPERAÇÃO						Com Cânula _____		
CIRURGIÕES						Para o Leito: Sim _____ Não _____		
ANESTESISTAS						COND. CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME		
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS, OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDAS SANGÜÍNEAS			



PACIENTE: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

Nº: 80147

REQUISITANTE: YASMIN N DUARTE DE OLIVEIRA

DATA: 20/03/2017

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos em T1, T2 e DP com e sem supressão de gordura, para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Ruptura do tipo alça de balde do menisco medial com deslocamento de fragmento para a interlinha média.

Sinais de encurtamento do menisco lateral à custas de amputação do ápice e porção do corno posterior do menisco lateral.

Lesões osteocondrais circundadas por edema nos côndilos femorais e platôs tibiais.

Ligamento cruzado anterior parcialmente individualizado, com indefinição de fibras proximais e evidenciando-se horizontalização de distais, sugestivo de lesão.

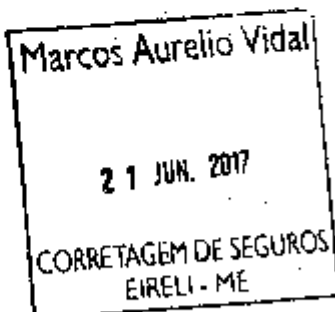
Líquido e edema ao redor do ligamento colateral medial, sem sinais de solução de continuidade do mesmo, sugestivo de estiramento.

Ligamentos cruzado posterior e colateral lateral com continuidade, espessura e sinal conservados.

Superfícies condrais regulares, sem fissuras ou erosões evidentes.

Estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.

Tendões quadricipital, patelar, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e





PACIENTE: **ANGELA MARIA FERREIRA DIAS**

Nº: **80147**

REQUISITANTE: **YASMIN N DUARTE DE OLIVEIRA**

DATA: **20/03/2017**

tendões da pata de ganso sem particularidades.

Derrame articular.

Gordura de Hoffa heterogênea.

Líquido e edema no canto posterolateral e ao redor dos tendões da pata anserina.

Área de limites imprecisos de sinal elevado em T2 acometendo o ventre muscular do gastrocnêmio lateral, podendo corresponder a estiramento.

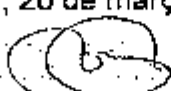
Infiltração edematosa do subcutâneo periarticular.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

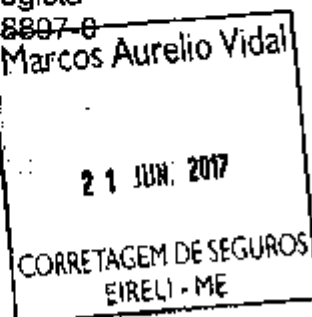
- Ruptura do tipo alça de balde do menisco medial com deslocamento de fragmento para a interlinha media.
- Sinais de encurtamento do menisco lateral à custas de amputação do ápice e porção do corno posterior do menisco lateral.
- Lesões osteocondrais circundadas por edema nos côndilos femorais e platôs tibiais.
- Ligamento cruzado anterior parcialmente individualizado, com indefinição de fibras proximais e evidenciando-se horizontalização de distais, sugestivo de lesão.
- Líquido e edema ao redor do ligamento colateral medial, sem sinais de solução de continuidade do mesmo, sugestivo de estiramento.
- Derrame articular com sinais de sinovite.


Dr. Paulo Bruno Trigo
Médico Radiologista
CRM/RJ: 52-68897-8

SOUSA-PB, 20 de março de 2017


Dr(a). **MARCELL CARTAXO NEVES**
Médico(a) Radiologista
CRM Nº 6089

Obs.: As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





Dr. Márcio Cabral Fagundes Rêgo
Ortopedia e Traumatologia Desportiva
CRM 6574 / TEOT 12506

Angela Maria F. Dias
- A Fisioterapia

- 20 Sessões

TEST: Pri - orunkou
LCA joelho (B)

Clínica Multiméd
R. Cláudio Machado, 601
Petrópolis - CEP 59010-310 - Natal/RN

Dr. Márcio Rêgo
CRM 6574 / TEOT 12506
Tel. (84) 3202-1220
Email: marciocfmed@hotmail.com

Marcos Aurelio Vidal
21 JUN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



NOME:

CÓDIGO DA UNIDADE:

CNPJ:

ENDERECO:

BARRIO:

CEP:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

UF:

PACIENTE

NOME: ANGELA MARIA ARZILLA DIAS

IDADE: 34

PROFISSÃO:

DOCUMENTO:

ENDERECO: Caracas, Venezuela

RAIRO:

ÇEP:

MUNICÍPIO: Bom Jesus

ESTADO:

UF: 0 0

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

CNS: 100 0030 32 89 51 06

DATA DO NASCIMENTO: 17/03/1983

DATA DO ATENDIMENTO 11/04/2017

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

RACA / COR:

SEXO: ☒ F ☐ M

PROCEDIMIENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0302050019

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

RUPTURA (LCA)

CID-10 583.5

TRATAMENTO REALIZADO:

PROFESSIONAL

CNS

ASSINATURA E CARTA D'IDONEITÀ PROFESSIONAL

ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR:

Marcos Aurelio Vidal

A CARGO DO SUS

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELL - ME



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br



FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 27/07/2017 05:51

Paciente: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS Registro: 123078
RG: 2539482 CPF: 043.162.174-88 Nascimento: 17/03/1983 34 anos Sexo: Feminino Est. Civil: Solteira(a)
Endereço: RUA WILLIAM MARINHO DE LEIROS (LOT ALI N: 104 Bairro: PAJUÇARA
Cidade: NATAL UF: RN CEP: 59133500 Fone: 0849966462
Profissão: ASSISTENTE DE VENDAS Mãe: JOSELICE FERREIRA DIAS

Admissão: 27/07/2017 8:51 Entrada: 27/07/2017 8:51 Previsão saída: 29/07/2017 11:00 Atendente: FRANCISCAR
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 700061037895108
Médico: Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO CRM: 6574 **ENFERMARIA 205**

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente admitido em qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento total ou parcial de tratamento médico-hospitalar ou ambulatorial.

Declaro para os fins de direito que assumo plena responsabilidade por qualquer importância que não seja paga ao Hospital Memorial de Natal pela instituição conveniada a qualquer título.

Declaro ainda a validade das despesas já mencionadas até a liquidação total do débito, que autoriza-se a ser acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora está autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

Assinatura: ☒ Paciente ☐ Responsável

Angela Maria Ferreira Dias

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-060 Natal / RN
Contato: 084 3133-4200
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br

Observações:
**PACIENTE ACOMPANHANDO AIIH - EXAMES LABORATORIAIS + RISCO CIRÚRGICO + ECG + ECG DE REPOUSO
RMM COM LAUDO**

Médico: _____

Página

31 OUT 2017



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 978 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@hmemorial.com.br

Data: 27/07/2017 05:52

FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Um. RG: 2539482 CPF: 043.162.174-28 Nascimento: 17/03/1983 34 anos Sexo: Feminino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: RUA WILLIAM MARINHO DE LEIROS (LOT AL N. 104 Bairro: PAJUÇARA
Cidade: NATAL UF: RN CEP: 59133500 Fone: 08499654695
Profissão: ASSISTENTE DE VENDAS Mãe: JOSELICE FERREIRA DIAS

Adm. Internamento: 1 Entrada: 27/07/2017 5:51 Previsão saída: 29/07/2017 11:00 Atendente: FRANCISCA R
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 760003037896106
Médico: Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO CRM: 6574

ENFERMARIA 205-A

Data/Hora Alta:	Motivo:	No. de US:
Data de Baixa:	No. de dias de hospitalização:	
Doc. Apresentado:	Diagnostico Definitivo:	
Procedência:		
História da Doença atual:		
Interrogatório sobre diversos aparelhos:		
Antecedentes pessoais:		
Antecedentes familiares:		
Estado geral:		
Ap. Cardiorespiratório:		
Ap. digestivo:		
Ap. Locomotor e Neurológico:		
Ap. Urinário e Ginecológico:		
Impressão geral:		
Conduta:		

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 978
Tirol 59.022-920 Natal / RN
Confira com original
Em: 27/07/2017

MedicWare

Página

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: **ANGELA MARIA FERREIRA DIAS**

Idade: **17/03/1983 34 anos** Data Internação: **27/07/2017 05:51:22**

Registro: **123078** Nº Internação: **1**
 Leito: **ENFERMARIA 205-A**

Estado Geral:

Higiene: ☒ Com auxílio
 Respiração: ☒ O2 Ambiente
 Deambulação: ☒ Restrito ao leito

Alto

nutrição

ingestão

VITAIS

Arterial: **120** x **70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36,7**

°C Respiração:

Eliminação Intestinal:

Saturação O2:

Glicose no sangue:

DIETA

Obs:

Alimentação Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

Exames Gerais:

EM POS DE LIGAMENTO COM MEDICAÇÃO INJ. FOI ADM. CONF.

RECUPERAÇÃO MÉDICA NA HV COM ESQ. DE ATB SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA

ENFERMAGEM

27/07/2017 05:54:38

COREN - 615213

LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA

Larissa Regina

OBSERVAÇÕES GERAIS

PACIENTE SAÍ DE ALTA HOSPITALAR, CONCIENTE ORIENTADA EM O2 AMBIENTE, E POR

LABORATÓRIO DE LIGAMENTO DO JOELHO "O", LEVANDO TODOS SEUS PERTENCENES E ESTÁVEL

[Assinatura]

28/07/2017

COREN - 185845

EUGENIO BEMCIO DA COSTA



Hospital Memorial do Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 978 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO

Paciente: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Nascimento: 17/03/1983 34 anos
Acompanhante:

Registro: 123078 Nº Internação: 1
Data Internação: 27/07/2017 05:51:22
Parentesco:

PROCEDÊNCIA: PACIENTE ORIENTADA ADMITIDA NO POSTO 2, PROVENIENTE DE SUA RESIDÊNCIA EM PRÉ OPERATÓRIO DE UGAMENTO DE JOELHO DIREITO. A MESMA INFORMOU QUE SOFREU UM ACIDENTE A 4 MESES, AOS CUIDADOS DE DR. MARCIO CARRAL.

ESTADO GERAL

☒ Consciente ☒ Responsivo
☐ Inconsciente ☐ Sonolento
☒ Corado ☐ Cianótico
☐ Hipocrato ☒ Acianótico
Respiração: Observações:
☒ O2 Ambiente
Máscara de Venturi

Higiene Observações:
☒ Com Auxílio
☒ Sem Auxílio

Deambulação Observações:
☐ Com Auxílio
☒ Sem Auxílio
Restrito ao leito

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: 100x70
Temperatura: 36,8°C

Pulso: 80
Respiração: 19

ANAMNESE

Doenças Crônicas

Uso de Medicamentos

Alérgias Medicamentosas
NEGA

Integridade da Pele
INTEGRA

ACESSO VENOSO

Tipo: S/ACESSO

Hiperemia Dor Edema Temperatura:
Tempo:

DIETA

Tipo: ☒ Oral ☐ Sonda Nasogástrica ☐ Sonda Nasoenteral

Acelta Acelta Parcial ☒ Não Aceita

Observações: ZERO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: PRESENTE EM WC

Observações Gerais:

PACIENTE PERMANECE EM SEU LEITO AGUARDANDO SER CHAMADA PARA O CENTRO CIRÚRGICO PELA MANHÃ, INFORMADO A NUTRIÇÃO SEM PRESCRIÇÃO MEDICA ATÉ O PRESENTE MOMENTO, SEGUE EM SEU LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Documentação e Exames:

ECG + EXAMES LABORATORIAIS + RM + LAUDO +

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 978
Tirol 59.022-420 Natal / RN
Confere com original
Em: / /

27/07/2017 06:35:33
COREN - 1060671
ITAMAR SOARES DA

Pixen - 27/07/2017 07:00 (U341/ASSIST.754)

Px:

31 OUT 2017



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANGELA MARIA-FERREIRA DIAS

Idade: 34 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 123078

Prontuário:

Unidade: POSTO II

Peso: 50,0 kg Altura: 1,73m

Leito: ENFERMARIA 205-A

Admissão: 27/07/17 08:51

0 dia(s) de Internação

Diag.: M242 - Transtornos de ligamentos | Frouxidão ligamentosa SOE | Instabilidade

27/07/2017 13:00

Horários de Aplicação

657

1) DIETA LIVRE	DO	(BND)	
2) DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	DO	06:00, 12:00, 18:00	12:00
3) DICOLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	DO	08:00, 16:00	16:00
4) TRAMADOL, CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	DO	(SN)	
5) CEFAZOLINA SÓDICA 1G (KEFZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE ABD.	DO	08:00, 16:00	16:00
6) METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	DO	(SN)	
7) RANITIDINA 150MG COM (ANTAX) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO	12:00	12:00
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	DO	08:00, 16:00	
9) SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	DO	08:00	
10) RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. En após cirurgia	DO	08:00	
11) SINAIS VITAIS (SSVV + CGG)	DO	08:00	
12) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	DO	(SN)	
13) ALTA HOSPITALAR, Pela manhã	DO	MANHÃ	
14) CURATIVO, Pela manhã	DO		

Dr. NARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 6574HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lins, 979
Telf: 50.922-020 Natal / RN
Confere com original
Em: / /

Pixeon - 27/07/2017 14:42 (U246/ASSIST.754) / (DWC:69)

Página: 1/1

31 OUT 2017



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 123078
Unidade: POSTO II
Leito: ENFERMARIA 205-A
Admissão: 27/07/17 05:51
Diag.: M242 - Transtornos do ligamentos | Frouxidão ligamentosa SOE | Inst:

Idade: 34 anos
Prontuário:
Peso: 50,0 kg Altura:

0 dia(s) de internação

Frouxidão ligamentosa SOE | Inst:

27/07/2017 10:02		Horários de Aplicação		C57
1)	DIETA LIVRE	DO	(SND)	
2)	DIPIRONA 500MG/2ML INJ (NOVALGINA) Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	DO	06:00, 12:00	06:00, 12:00
3)	DICLOFENACO SÓDICO 50 MG COM (VOLTAREN) Uso: 1 comprimido, via oral, 09 em 08 horas.	DO	09:00	09:00
4)	TRAMADOL CLORIDRATO 100MG INJ (TRAMAL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	DO	(SND)	
5)	CEFALOXILINA SÓDICA 1G (KEFAZOL) Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	DO	08:00	08:00
6)	METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2ML (PLASIL) Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	DO	(SND)	
7)	RANITIDINA 150MG COM (ANTAR) Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	DO	06:00	06:00
8)	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	DO	500	
9)	SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	DO	(500)	
10)	RIVAROXABANA 10MG COM (XARELTO) Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h após cirurgia	DO	20:00	
11)	SINAIS VITAIS (SSVV + CCOG)	DO	(M x II)	
12)	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	DO	(SND)	

Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
CRM - 6574

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamarline, 9791
Tfno: 59.322-020 Natal / RN
Conferir com original
Em, _____

31 OUT 2017

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Registro: 123078 IH: 1 Paciente: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Nascimento: 17/03/1983 34 anos Internação: 27/07/2017 05:51:22 Leito: ENFERMARIA 205-A

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DIANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUI + SEDACÃO

Tipo: BENÍGNO

Instrumentador: JOSE ROBERTO

Tipo curativo: LIMPO

Material para biópsia/cultura:

Isotermia: NÃO

Profilaxia profilática: Kefazol

Medicação administrada:

Anestesiologista: DR TIAGO

Cirurgião: DR MARCIO

Circulante: ANDRE

Monitoração cardíaca: SIM

Placa de bisturi: NÃO

Informações / Observações:
PACIENTE ENCAMINHADO P/O SUPRA CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O AMBIENTE, APV C/ CURATIVO LIMPO, SEGUIR AOS
CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

Melaira

MARIA CRISTINA DE LIRA
COREN - 29058

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979 -
Tirol 59.922-620 Natal / RN
Conte com original
Em: _____

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Registro: 123078 IH: 1 Paciente: **ANGELA MARIA FERREIRA DIAS**
Nascimento: 17/03/1983 - 34 anos - Informação: 27/07/2017 05:51:22 - Leito: **ENFERMARIA 205-A**

ANTES DO ATO CIRÚRGICO		27/07/2017 05:51:22 - COREN - RN - MARIA EUZABETE FERREIRA	
Observações: PACIENTE ADMITIDO NO C.C. PROVENIENTE DO LEITO NA CADEIRA DE RODAS ACOMPANHADO DO MAQUEIRO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE MENISCOECTOMIA. CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE EM JEJUM. DO MESMO NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA + HAS E DM. PUNÇIONADO COM JELCO Nº 20 VIAB. SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DO SRPA.			
Doença pré-existente: Há reserva sanguínea: NÃO Prótese: NÃO Jóias: NÃO Membro a lado da cirurgia: MID Exams Laboratoriais: SIM Risco Cirúrgico: SIM Raio X: PRE Alergias (medicamentos, lodo, esparadrapo): NÃO Outros Exames: RM			
Assinatura Responsável: _____			
SRPA		27/07/2017 05:51:22 - COREN - RN - MARIA EUZABETE FERREIRA	
Nível consciência: CONSCIENTE Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE Acesso venoso: SIM Diurese: NÃO Aclaração: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO Hipotensão: NÃO Raio X da Contida: 12H-AUM: ONDASETRONA 01 AMPOLA + SF CORRENTE			
Medicação administrada:			
Encaminhamento: PACIENTE DE POI. CONSCIENTE E ORIENTADO. O2 AMBIENTE NA HVR. VIAB. SF0,9% COM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA E OCLUSIVA. DIURESE ESPONTÂNEA. PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO. ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES SEM INTECORRÊNCIA. SEGUE ATE O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM DO POSTO.			
Assinatura Responsável: _____			

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 879
Tel: 3133-4200 / 3102-1228
Confere com original

31 OUT 2017



EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

Dados do Paciente

Paciente: **ANGELA MARIA FERREIRA DIAS**

Nascimento: **17/03/1983** 34 anos

Acompanhante:

Registro: **123078** Num. Internação:

Data Internação: **27/07/2017 05:51:22**

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade: **NATAL**

Bairro:

Ocorrência:

DURANTE A VISITA NA ENFERMARIA E LEITO ESPECÍFICO, PACIENTE INFORMOU CIRURGIA NO JOELHO, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NA DATA 14.03.2017.

Evolução do Prontuário:

☒ - Paciente sem Acompanhante

☒ - Paciente/Acompanhante recebeu(em) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

PACIENTE SEM ACOMPANHANTE MAS CIENTE DOS HORÁRIOS DE VISITA, DAS NORMAS INTERNAS HOSPITALARES.
205A

CONDUITA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (foco da infecção hospitalar).
- O acompanhante não deve usar roupas inadequadas (sacoleiros, shorts, decotes e shorts). Procurar um espaço confortável e adequados ao espaço público.
- Não trazer ou deixar objetos de valor nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes.
- Não fumar nas dependências do hospital, não usar o elevador, não beber, não usar drogas, não usar celular, não usar maquiagem, não usar perfume, não usar óculos de sol, não usar relógio, não usar brincos, não usar anéis, não usar pulseiras, não usar colares, não usar pierces, não usar tatuagens, não usar pierces, não usar tatuagens, não usar pierces, não usar tatuagens.
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente.
- Não é permitida a entrada de animais de estimação nas enfermarias, para impedir a contaminação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma intervenção adequada ao espaço do cômodo do paciente.
- Força síndica nas enfermarias: A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes.
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes de sair, prestar cuidados ao paciente e após o uso do banheiro.
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc.), procurar a enfermeira responsável pelo paciente.
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias.

[Assinatura]

DRIELY CRISTINA BATISTA DE LACE
CRESS - 4403

HOSPITAL MEMORIAL
AV. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-820 Natal / RN
Confira com original
Em, _____

~~ANGELA MARIA F. DIAS~~

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

12/01/2011 14:00:00

TOMAR DIECINUEVE HORAS POR DÍAS

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

[illegible]

ANOTAÇÕES

APARELHO DE
CEFAZOL 25
DEXAMETANONA 10mg

DIPILONA 25

5/24

ANOTAÇÕES

1. Alimentos
 2. Vegetales
 3. Proteínas
 4. Carbohidratos
 5. Vitaminas
 6. Minerales
 7. Grasas
 8. Agua
 9. Alcohol
 10. Nicotina
 11. Cafeína
 12. Medicamentos
 13. Herbal
 14. Suplementos
 15. Alimentos
 16. Vegetales
 17. Proteínas
 18. Carbohidratos
 19. Vitaminas
 20. Minerales
 21. Grasas
 22. Agua
 23. Alcohol
 24. Nicotina
 25. Cafeína
 26. Medicamentos
 27. Herbal
 28. Suplementos
 29. Alimentos
 30. Vegetales
 31. Proteínas
 32. Carbohidratos
 33. Vitaminas
 34. Minerales
 35. Grasas
 36. Agua
 37. Alcohol
 38. Nicotina
 39. Cafeína
 40. Medicamentos
 41. Herbal
 42. Suplementos
 43. Alimentos
 44. Vegetales
 45. Proteínas
 46. Carbohidratos
 47. Vitaminas
 48. Minerales
 49. Grasas
 50. Agua
 51. Alcohol
 52. Nicotina
 53. Cafeína
 54. Medicamentos
 55. Herbal
 56. Suplementos
 57. Alimentos
 58. Vegetales
 59. Proteínas
 60. Carbohidratos
 61. Vitaminas
 62. Minerales
 63. Grasas
 64. Agua
 65. Alcohol
 66. Nicotina
 67. Cafeína
 68. Medicamentos
 69. Herbal
 70. Suplementos
 71. Alimentos
 72. Vegetales
 73. Proteínas
 74. Carbohidratos
 75. Vitaminas
 76. Minerales
 77. Grasas
 78. Agua
 79. Alcohol
 80. Nicotina
 81. Cafeína
 82. Medicamentos
 83. Herbal
 84. Suplementos
 85. Alimentos
 86. Vegetales
 87. Proteínas
 88. Carbohidratos
 89. Vitaminas
 90. Minerales
 91. Grasas
 92. Agua
 93. Alcohol
 94. Nicotina
 95. Cafeína
 96. Medicamentos
 97. Herbal
 98. Suplementos
 99. Alimentos
 100. Vegetales
 101. Proteínas
 102. Carbohidratos
 103. Vitaminas
 104. Minerales
 105. Grasas
 106. Agua
 107. Alcohol
 108. Nicotina
 109. Cafeína
 110. Medicamentos
 111. Herbal
 112. Suplementos
 113. Alimentos
 114. Vegetales
 115. Proteínas
 116. Carbohidratos
 117. Vitaminas
 118. Minerales
 119. Grasas
 120. Agua
 121. Alcohol
 122. Nicotina
 123. Cafeína
 124. Medicamentos
 125. Herbal
 126. Suplementos
 127. Alimentos
 128. Vegetales
 129. Proteínas
 130. Carbohidratos
 131. Vitaminas
 132. Minerales
 133. Grasas
 134. Agua
 135. Alcohol
 136. Nicotina
 137. Cafeína
 138. Medicamentos
 139. Herbal
 140. Suplementos
 141. Alimentos
 142. Vegetales
 143. Proteínas
 144. Carbohidratos
 145. Vitaminas
 146. Minerales
 147. Grasas
 148. Agua
 149. Alcohol
 150. Nicotina
 151. Cafeína
 152. Medicamentos
 153. Herbal
 154. Suplementos
 155. Alimentos
 156. Vegetales
 157. Proteínas
 158. Carbohidratos
 159. Vitaminas
 160. Minerales
 161. Grasas
 162. Agua
 163. Alcohol
 164. Nicotina
 165. Cafeína
 166. Medicamentos
 167. Herbal
 168. Suplementos
 169. Alimentos
 170. Vegetales
 171. Proteínas
 172. Carbohidratos
 173. Vitaminas
 174. Minerales
 175. Grasas
 176. Agua
 177. Alcohol
 178. Nicotina
 179. Cafeína
 180. Medicamentos
 181. Herbal
 182. Suplementos
 183. Alimentos
 184. Vegetales
 185. Proteínas
 186. Carbohidratos
 187. Vitaminas
 188. Minerales
 189. Grasas
 190. Agua
 191. Alcohol
 192. Nicotina
 193. Cafeína
 194. Medicamentos
 195. Herbal
 196. Suplementos
 197. Alimentos
 198. Vegetales
 199. Proteínas
 200. Carbohidratos
 201. Vitaminas
 202. Minerales
 203. Grasas
 204. Agua
 205. Alcohol
 206. Nicotina
 207. Cafeína
 208. Medicamentos
 209. Herbal
 210. Suplementos
 211. Alimentos
 212. Vegetales
 213. Proteínas
 214. Carbohidratos
 215. Vitaminas
 216. Minerales
 217. Grasas
 218. Agua
 219. Alcohol
 220. Nicotina
 221. Cafeína
 222. Medicamentos
 223. Herbal
 224. Suplementos
 225. Alimentos
 226. Vegetales
 227. Proteínas
 228. Carbohidratos
 229. Vitaminas
 230. Minerales
 231. Grasas
 232. Agua
 233. Alcohol
 234. Nicotina
 235. Cafeína
 236. Medicamentos
 237. Herbal
 238. Suplementos

Diploma 2

6224

Dr. João Victor A. Carneiro
Médico - Anestesiologista
2004-01-13

Interconfinancias

DEAN LAFRECORENCIA

DESCRICAÇÃO	
Altímetro	5 unidades
Cardioscópio	5 unidades
Esfigmômetro	
DESCRICAÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	2.000 litros
Proteína Líquida	
Itens	
Itens	

INICIO ANESTESIA: 08h	INICIO CIRURGIA: 08:15h	DATA: 27/07/2017	h ± 5 min
FINAL ANESTESIA: 10h	FINAL CIRURGIA: 10h	ANESTESIOLOGISTA:	CRIM

3:00 PM

Código Solicitação: 208005928

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executora:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro:
AV JUVENAL LAMARTINE - 579 - TIOPI
Control Reguladora:
Data de Solicitação:
Data de Autorização:
Data de Reserva:
Data de Internação:
Data Prevista de Alta:

CRES:
2408252
CRES:
2408252
Município Executora:
NATAL

NATAL
26.07.2017 - 07:03:28 Operador:
20/07/2017 - 07:48:51 Operador:
27.07.2017
26.07.2017
09.12.2044

LUCMAR
42315375415MONTQUE
16129862204LUCMAR

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700003037895108
Nome do Paciente:
ANGELO FERREIRA FERREIRAS
Nome da Mãe:
MISLICE FERREIRA DIAS
Sexo:
FEMININO
Data de Nascimento:
17/03/1983 (34 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
579
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(30) 99921-1070 (Especialidade)

Nome Social/ Apêlido:
Naturalidade:
CAIAZEIRAS - RJ
Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:
Logradouro:
ARIEA GARCIA DI
Bairro:
CANDELAIA
Município de Residência:
NATAL

Complemento:
CEP:
59050-900
UF:
RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
0554048528
CPF do Médico Executora:
0554048528
Diagnóstico (CID):
M22 - TRANSTORNOS DE INJÚRIAS
Caráter:
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC. CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:
MARCIO GABRIEL MAGNINOS REGO
Nome do Médico Executora:
MARCIO GABRIEL MAGNINOS REGO

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco:
Atividade: 3 - Atendimento Clínico
Clínica Complementar:
Resumo:
Código:
0415070054

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
pericite com dor + instabilidade no joelho direito
Principais Resultados de Exames Diagnósticos:
RMN + EF
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirúrgico reconstrução ligamentar + menisco + artroscopia

PARAECER

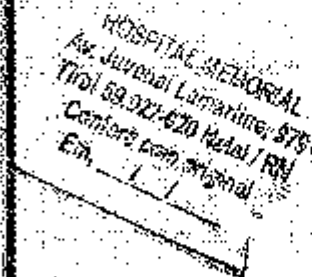
Indício de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador):

CRM:

Data de Solicitação:
26.07.2017 - 07:03:28

Data da Extração dos Dados: 26/07/2017 12:05:14



27 OUT 2017

Código Solicitação: 208005928

Número AIM: 241710056351-5

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MEMORIAL
Unidade Executora:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL
Central Reguladora
Data da Solicitação
Data de Autorização
Data de Reserva
Data de Internação
Data Prevista de Alta
Data de Alta
Motivo da Alta

CMS:
2408252
CMS:
2408252
Município Executora
NATAL

NATAL
26.07.2017 - 07:05:28 Operador LUCIMAR
26/07/2017 - 07:48:51 Operador 4231537941SMONIQUE
27.07.2017
26.07.2017 Operador 19129852204LUCIMAR
09.12.2044
26/07/2017 - 14:28:06 Operador 33391521449FRANCISCA
1.1 ALTA CURADO

DADOS DO PACIENTE

CMS:
700003037895106
Nome do Paciente
ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Nome da Mãe
JOSELINE FERREIRA DIAS
Sexo:
FEMININO
Data de Nascimento:
17/03/1953 (34 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
S/N
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(83) 09501-1670 (Endr. Lista Datasul)

Nome Social/Apêlido:

Naturalidade:
CAJAZEIRAS - PB
Raça:
AMARELA
Tipo Sanguíneo:

Logradouros:
ANITA GARIBALDI
Bairro:
CANDELARIA
Município de Residência:
NATAL

Complementos:

CEP:
59065-320
UF:
RN

CARGO DA SOLICITAÇÃO

CPP do Médico Solicitante:
05544048428
CPP do Médico Executora:
05544048428
Diagnóstico Inicial - CID:
M242 - TRANSTORNOS DE LIGAMENTOS
Caráter:
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

Nome do Médico Solicitante:
MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
Nome do Médico Executora:
MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO

Status da Solicitação:
APROVADA

Classificação de Risco
Prioridade 3 - Atendimento Eletivo
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
0415020034

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
paciente com dor e instabilidade no joelho direito
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
R.N.M + R.F
Condições que Justificam a Internação:
tratamento cirurgico reconstrução ligamentar + meniscos + sinovectomia

PARCERIA

Motivo de Impedimento do Regulador:

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiro 53.022-020 Natal / RN
Confira com original
Em:

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Suplino M. Ferreira Dias</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL SUS <i>309 833 37 833 00</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>17.03.83</i>
9 - SEXO <i>1</i>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Sra. Wilian Rodrigues de Souza</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº)	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - MUNICÍPIO <i>Itaboraí</i>	14 - BAIRRO <i>Parque</i>
15 - UF <i>RJ</i>	16 - CEP <i>33133-500</i>

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dor + instabilidade gástrica</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Emergência</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx M + Sem Obstr.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Leve LCA</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL <i>K50.20</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>K50.20</i>	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ressecção LCA 402050160</i>			
25 - CID DO PROCEDIMENTO <i>41.50/0012</i>			
26 - NOME DO PROCEDIMENTO <i>Ressecção LCA 402050160</i>			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Emergência</i>			
28 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL <i>Dr. João de Deus</i>			
29 - DT. SOLICITAÇÃO <i>17/03/2013</i>			
30 - CNES / CPF			
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNP / DA SEGURADORA	34 - Nº DO SUJEITO	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNP	38 -	
39 - () ACID. TRABALHO TRAVEJO			
40 - () CID 10 PRINCIPAL			
41 - () CID 10 SECUNDÁRIO			

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	43 - NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO CONTRÓLADO	44 - Nº DO ATORIZADOR DE INTERNAÇÃO
45 - DT. AUT.	46 - DT. AUT.	47 - Nº DO ATORIZADOR DE INTERNAÇÃO
48 - CNES / CPF	49 - CNES / CPF	50 - Nº DO ATORIZADOR DE INTERNAÇÃO
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)	53 - Nº DO ATORIZADOR DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. ...
Lamarine 3701
Bela Vista - RJ
Em ...



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 970 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3133-1228
hmemorial@vetjournal.com.br

Data: 27/07/2017 05:52

Dados do Paciente
Paciente: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS
Idade: 34 anos
Sexo: Feminino
Est. Civil: Solteiro(a)
Fam. RG: 2539482
CPF: 043.162.174-89
Nascimento: 17/03/1983
Endereço: RUA WILLIAM MARINHO DE LEIROS (LOT ALI N. 104)
UF: RN
Mae: JOSECE FERREIRA DIAS
Profissão: ASSISTENTE DE VENDAS

Dados do Internamento
Vista Internamento: 1
Entrada: 27/07/2017 5:54
Previsão saída: 29/07/2017 11:00
Atendente: FRANCISCA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Matricula/CNS: 70003037895108
CRM: 6574
Médico: Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO
ENFERMARIA 205-A

Dados do Responsável
Responsável: _____
CPF: _____
RG: _____
Parentesco: _____

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GÊNICAS

1. - Autorizo o(a) Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S6623 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
2. - O(a) Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
- Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente.

Assinatura: ☒ Paciente ☐ Responsável
Angela Maria Ferreira Dias

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO
Certifico que expliquei detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável, o procedimento, cirurgia, seus benefícios, riscos e suas alternativas, respondi satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo o que expliquei.
Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. MARCIO CABRAL FAGUNDES REGO - CRM 6574

MediWare

31 OUT 2017

BOLETIN DE SALA

Feilho 0 por videoatroposcopia

Cirugía Realizada: 15/7/13 INICIO

EQUIPE		LUGAR	
Equipe	1	2	3

2 ALKES	PLAGE ROE
Amphibious	

microperfuração

08h HS:

1000

Arthroscopia

CICINF

CRN-PEZLAW

joethol. ① 3- ginseng
② 5- ginseng ③ 6- curative

4/1/1998

1

COD.	DESCRICAO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRICAO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRICAO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS											
000001	Aspirina 100mg	AMP	02	000002	Aspirina 50mg	AMP	02	000003	Aspirina 25mg	AMP	02
000004	Aspirina 10mg	AMP	02	000005	Aspirina 5mg	AMP	02	000006	Aspirina 2.5mg	AMP	02
000007	Aspirina 1mg	AMP	02	000008	Aspirina 0.5mg	AMP	02	000009	Aspirina 0.25mg	AMP	02
000010	Aspirina 0.125mg	AMP	02	000011	Aspirina 0.0625mg	AMP	02	000012	Aspirina 0.03125mg	AMP	02
000013	Aspirina 0.015625mg	AMP	02	000014	Aspirina 0.0078125mg	AMP	02	000015	Aspirina 0.00390625mg	AMP	02
000016	Aspirina 0.001953125mg	AMP	02	000017	Aspirina 0.0009765625mg	AMP	02	000018	Aspirina 0.00048828125mg	AMP	02
000019	Aspirina 0.000244140625mg	AMP	02	000020	Aspirina 0.0001220703125mg	AMP	02	000021	Aspirina 0.00006103515625mg	AMP	02
000022	Aspirina 0.000030517578125mg	AMP	02	000023	Aspirina 0.0000152587890625mg	AMP	02	000024	Aspirina 0.00000762939453125mg	AMP	02
000025	Aspirina 0.000003814697265625mg	AMP	02	000026	Aspirina 0.0000019073486328125mg	AMP	02	000027	Aspirina 0.00000095367431640625mg	AMP	02
000028	Aspirina 0.000000476837158203125mg	AMP	02	000029	Aspirina 0.0000002384185791015625mg	AMP	02	000030	Aspirina 0.00000011920928955078125mg	AMP	02
000031	Aspirina 0.000000059604644775390625mg	AMP	02	000032	Aspirina 0.0000000298023223876953125mg	AMP	02	000033	Aspirina 0.00000001490116119384765625mg	AMP	02
000034	Aspirina 0.0000000074505805968984375mg	AMP	02	000035	Aspirina 0.00000000372529029844921875mg	AMP	02	000036	Aspirina 0.000000001862645149224609375mg	AMP	02
000037	Aspirina 0.000000000931322574623046875mg	AMP	02	000038	Aspirina 0.0000000004656612873115234375mg	AMP	02	000039	Aspirina 0.00000000023283064365576171875mg	AMP	02
000040	Aspirina 0.000000000116415321827880859375mg	AMP	02	000041	Aspirina 0.0000000000582076609139404296875mg	AMP	02	000042	Aspirina 0.00000000002910383045697021484375mg	AMP	02
000043	Aspirina 0.0000000000145519152278960723125mg	AMP	02	000044	Aspirina 0.00000000000727595761394803615625mg	AMP	02	000045	Aspirina 0.000000000003637978806974018078125mg	AMP	02
000046	Aspirina 0.00000000000181946960348700904296875mg	AMP	02	000047	Aspirina 0.00000000000090973480174350451921875mg	AMP	02	000048	Aspirina 0.000000000000454867400871752259609375mg	AMP	02
000049	Aspirina 0.0000000000002274337004358761298046875mg	AMP	02	000050	Aspirina 0.00000000000011371685021793786490234375mg	AMP	02	000051	Aspirina 0.000000000000056858425108968932451171875mg	AMP	02
000052	Aspirina 0.0000000000000284292125544844662255859375mg	AMP	02	000053	Aspirina 0.00000000000001421460627724223311279296875mg	AMP	02	000054	Aspirina 0.000000000000007107303138621155563984375mg	AMP	02
000055	Aspirina 0.0000000000000035536515693105777789921875mg	AMP	02	000056	Aspirina 0.00000000000000177682578465528888949609375mg	AMP	02	000057	Aspirina 0.000000000000000888412892327644444748046875mg	AMP	02
000058	Aspirina 0.0000000000000004442064461638222223740234375mg	AMP	02	000059	Aspirina 0.00000000000000022210322308191111118701171875mg	AMP	02	000060	Aspirina 0.0000000000000001110516115409555555935078125mg	AMP	02
000061	Aspirina 0.00000000000000005552580577047777779675390625mg	AMP	02	000062	Aspirina 0.0000000000000000277629028852388888978761953125mg	AMP	02	000063	Aspirina 0.000000000000000013881451442619444448937890625mg	AMP	02
000064	Aspirina 0.0000000000000000069407257213097222244689453125mg	AMP	02	000065	Aspirina 0.000000000000000003470362860654861111223447265625mg	AMP	02	000066	Aspirina 0.00000000000000000173518143032743055561171875mg	AMP	02
000067	Aspirina 0.0000000000000000008675907151637152777785859375mg	AMP	02	000068	Aspirina 0.000000000000000000433795357581856388888928953125mg	AMP	02	000069	Aspirina 0.0000000000000000002168976787909281944444644765625mg	AMP	02
000070	Aspirina 0.00000000000000000010844883939546409722223223828125mg	AMP	02	000071	Aspirina 0.0000000000000000000542244196977270486111116119140625mg	AMP	02	000072	Aspirina 0.0000000000000000000271122098488635243055558059375mg	AMP	02
000073	Aspirina 0.000000000000000000013556104924431762152777840296875mg	AMP	02	000074	Aspirina 0.00000000000000000000677805246221588107638889201484375mg	AMP	02	000075	Aspirina 0.000000000000000000003389026231109440538194444007421875mg	AMP	02
000076	Aspirina 0.0000000000000000000016945131155472202690477780037109375mg	AMP	02	000077	Aspirina 0.00000000000000000000084725655775361013451921875mg	AMP	02	000078	Aspirina 0.000000000000000000000423628278876805067259609375mg	AMP	02
000079	Aspirina 0.0000000000000000000002118141394384025336298046875mg	AMP	02	000080	Aspirina 0.00000000000000000000010590706971920126681490234375mg	AMP	02	000081	Aspirina 0.000000000000000000000052953534859600633407451171875mg	AMP	02
000082	Aspirina 0.0000000000000000000000264767674298003167037255859375mg	AMP	02	000083	Aspirina 0.0000000000000000000000132383837149001585018619140625mg	AMP	02	000084	Aspirina 0.00000000000000000000000661919185745007925093046875mg	AMP	02
000085	Aspirina 0.0000000000000000000000033095959287250396254778046875mg	AMP	02	000086	Aspirina 0.00000000000000000000000165479796436251981273890234375mg	AMP	02	000087	Aspirina 0.000000000000000000000000827398982181259906369453125mg	AMP	02
000088	Aspirina 0.0000000000000000000000004136994910906299531847265625mg	AMP	02	000089	Aspirina 0.0000000000000000000000002068497455453149781233690234375mg	AMP	02	000090	Aspirina 0.00000000000000000000000010342487277265748890616953125mg	AMP	02
000091	Aspirina 0.00000000000000000000000005178743030903149781233690234375mg	AMP	02	000092	Aspirina 0.000000000000000000000000025893715154517440403084765625mg	AMP	02	000093	Aspirina 0.0000000000000000000000000129468575772587202015423828125mg	AMP	02
000094	Aspirina 0.00000000000000000000000000647192878862937010077119140625mg	AMP	02	000095	Aspirina 0.0000000000000000000000000032359643943146850503859375mg	AMP	02	000096	Aspirina 0.000000000000000000000000001617982197157342525192796875mg	AMP	02
000097	Aspirina 0.000000000000000000000000000808991098578672525192796875mg	AMP	02	000098	Aspirina 0.0000000000000000000000000004044955492893361262963984375mg	AMP	02	000099	Aspirina 0.00000000000000000000000000020224777464466806314819921875mg	AMP	02
000100	Aspirina 0.00000000000000000000000000010112388732233403157899609375mg	AMP	02	000101	Aspirina 0.000000000000000000000000000050561943661170157899609375mg	AMP	02	000102	Aspirina 0.0000000000000000000000000000252809718305850789498046875mg	AMP	02
000103	Aspirina 0.0000000000000000000000000000126402429151462644724751171875mg	AMP	02	000104	Aspirina 0.00000000000000000000000000000632012145757312623623828125mg	AMP	02	000105	Aspirina 0.0000000000000000000000000000031600607287865631171875mg	AMP	02
000106	Aspirina 0.0000000000000000000000000000015750151859733294016796875mg	AMP	02	000107	Aspirina 0.0000000000000000000000000000007875075929893280083984375mg	AMP	02	000108	Aspirina 0.00000000000000000000000000000039375379649466400419921875mg	AMP	02
000109	Aspirina 0.00000000000000000000000000000019687539824733200020984375mg	AMP	02	000110	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000984376991236600010490234375mg	AMP	02	000111	Aspirina 0.00000000000000000000000000000004921884956183000052451171875mg	AMP	02
000112	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000246485618909125000655859375mg	AMP	02	000113	Aspirina 0.000000000000000000000000000000012324280945456250003279296875mg	AMP	02	000114	Aspirina 0.00000000000000000000000000000000616214047272812500016396453125mg	AMP	02
000115	Aspirina 0.00000000000000000000000000000000307757023659062500081490234375mg	AMP	02	000116	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000015387851182953125000407451171875mg	AMP	02	000117	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000769392559147656250002037255859375mg	AMP	02
000118	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000386996279573671875001018619140625mg	AMP	02	000119	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000193498139786843750005093046875mg	AMP	02	000120	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000096749069893421875000254751171875mg	AMP	02
000121	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000048374534946718750001273828125mg	AMP	02	000122	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000241872674733593750006369453125mg	AMP	02	000123	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000012093633736679687500031847265625mg	AMP	02
000124	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000060470421816843750001593046875mg	AMP	02	000125	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000030235210908343750007965234375mg	AMP	02	000126	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000001511760545417187500039826171875mg	AMP	02
000127	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000007558802727085937500099765625mg	AMP	02	000128	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000003779401363542968750002490234375mg	AMP	02	000129	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000000188970068177148437500012451171875mg	AMP	02
000130	Aspirina 0.00000000000000000000000000000000000009373253404437500062255859375mg	AMP	02	000131	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000000468812850559375000311279296875mg	AMP	02	000132	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000000234406425279687500015563984375mg	AMP	02
000133	Aspirina 0.00000000000000000000000000000000000001171766126398437500077819921875mg	AMP	02	000134	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000000005871950630984375000390498046875mg	AMP	02	000135	Aspirina 0.00000000000000000000000000000000000000293597531549218750001952490234375mg	AMP	02
000136	Aspirina 0.000000000000000000000000000000000000001464743892623046875000244123828125mg	AMP	02	000137	Aspirina 0.00000000000000000000000000000000000000073118471814593750001220619140625mg	AMP	02	000138	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000000003655923590729687500061031459375mg	AMP	02
000139	Aspirina 0.0000000000000000000000000000000000000001819454736671875000305154751171875mg	AMP	02	000140	Aspirina 0.00909727368335937500015257734375mg	AMP	02	000141	Aspirina 0.004548636841679687500076288671875mg	AMP	02
000142	Aspirina 0.005685796052098437500095360819921875mg	AMP	02	000143	Aspirina 0.002842898026049218750004768043984375mg	AMP	02	000144	Aspirina 0.00142144901302460937500023840219921875mg	AMP	02
000145	Aspirina 0.00071072450651230468750001192010984375mg	AMP	02	000146	Aspirina 0.00035536225325619140625000596005490234375mg	AMP	02	000147	Aspirina 0.0001776811266280957031250002980027451171875mg	AMP	02
000148	Aspirina 0.008884056331404687500014900137255859375mg	AMP	02	000149	Aspirina 0.00444202816570234375000745006871875mg	AMP	02	000150	Aspirina 0.00222101408285117187500037250343984375mg	AMP	02
000151	Aspirina 0.000000000000000000000000										

HOSPITAL MEMORIAL
At Juvénal Combarin 879
Trib. 30-22-220 Mises 879
Cartere combarin 879
Em.

ANEXOS

1	Ar Condicionado		
2	Refrigerador Velox		
3	Domínio de Infância		
4	Copelcapim		
5	Cineclube		
6	Distribuidor		
7	Intensificador de Imagem		

00	Microscopio	
01	Quilograma Boba Prensado 140	
02	Quilograma	
03	Quilograma	
04	Quilograma	
05	Quilograma	
06	Quilograma	
07	Quilograma	
08	Quilograma	
09	Quilograma	
10	Quilograma	
11	Quilograma	
12	Quilograma	
13	Quilograma	
14	Quilograma	
15	Quilograma	
16	Quilograma	
17	Quilograma	
18	Quilograma	
19	Quilograma	
20	Quilograma	
21	Quilograma	
22	Quilograma	
23	Quilograma	
24	Quilograma	
25	Quilograma	
26	Quilograma	
27	Quilograma	
28	Quilograma	
29	Quilograma	
30	Quilograma	
31	Quilograma	
32	Quilograma	
33	Quilograma	
34	Quilograma	
35	Quilograma	
36	Quilograma	
37	Quilograma	
38	Quilograma	
39	Quilograma	
40	Quilograma	
41	Quilograma	
42	Quilograma	
43	Quilograma	
44	Quilograma	
45	Quilograma	
46	Quilograma	
47	Quilograma	
48	Quilograma	
49	Quilograma	
50	Quilograma	
51	Quilograma	
52	Quilograma	
53	Quilograma	
54	Quilograma	
55	Quilograma	
56	Quilograma	
57	Quilograma	
58	Quilograma	
59	Quilograma	
60	Quilograma	
61	Quilograma	
62	Quilograma	
63	Quilograma	
64	Quilograma	
65	Quilograma	
66	Quilograma	
67	Quilograma	
68	Quilograma	
69	Quilograma	
70	Quilograma	
71	Quilograma	
72	Quilograma	
73	Quilograma	
74	Quilograma	
75	Quilograma	
76	Quilograma	
77	Quilograma	
78	Quilograma	
79	Quilograma	
80	Quilograma	
81	Quilograma	
82	Quilograma	
83	Quilograma	
84	Quilograma	
85	Quilograma	
86	Quilograma	
87	Quilograma	
88	Quilograma	
89	Quilograma	
90	Quilograma	
91	Quilograma	
92	Quilograma	
93	Quilograma	
94	Quilograma	
95	Quilograma	
96	Quilograma	
97	Quilograma	
98	Quilograma	
99	Quilograma	
100	Quilograma	

ANDRE NEWJW

3 JULY 2017



11 JAN 2018

DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR
MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE – UFCG
MÉDICO PERITO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB

RELATÓRIO MÉDICO:

Trata-se do periciando Ângela Maria Ferreira Dias, de 34 anos, vítima de atropelamento no dia 14/03/2017, número do B.O.: 241/2017, ocorrido na Br 230, no município de Cajazeiras – PB.

Apresentava na ocasião do acidente escoriações em membro superior esquerdo e membros inferiores, trauma contuso em joelho direito, com lesão de meniscos, lesão de ligamento cruzado anterior, derrame articular e lesões de platô tibial evidenciados por ressonância magnética, fratura de patela com luxação associada.

Foi atendido no hospital regional de Cajazeiras, onde foi realizado limpeza e assepsia das escoriações, curativo, medicado e realizado exames que evidenciaram as lesões ligamentares e da fratura. Submetido a correção cirúrgica da fratura e luxação.

Após o exame, constatamos que o periciando apresenta cicatriz em joelho direito. Relata dor e apresenta limitação para realizar flexão e extensão do joelho direito, com prejuízo para deambular.

Do exposto, concluímos que há limitação funcional do joelho direito em torno de 75%, além dor crônica principalmente aos esforços, em decorrência do acidente.

Cajazeiras, dia 13/12/2017.

Dr. Francisco Carlos Oliveira Jr.
Médico
CRM-PB-8790

Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior
Médico – CRM 8790

Rua Tabelião Antônio de Holanda, s/n, centro, Cajazeiras – PB. Tel.: (083) 99371-7003.
Email: carlosoliveiramd@outlook.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

40

Angela Maria Ferreira Dias

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 1072



DOCUMENTO 1072

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.539.482 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 28/05/2012

NOME ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

FILIAÇÃO JOSÉ DIAS
JOSELYCE FERREIRA DIAS

NATURALIDADE CAJAZEIRAS-PB DATA DE NASCIMENTO 17/03/1983

DOC ORDEM NASC.N. 1810 FLS. 172 LEV. A03
CARTÓRIO BOM JESUS-PB

CPF 043.162.174-88

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 5.116 DE 20/05/66

Marcos Aurelio Vidal

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CULTEIRAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: CARLOS VICARIO DA SILVA

COL. NOME / END. NOME: 2421541 **RIO** **PAÍS**

CNP: 033.831.484-44 **DATA NASCIM.** 12/05/1980

RENDA: CELSO VICARIO DA SILVA
 MARIA CAIMIRO DA SILVA

Formação: **ACT:** **EXTRA:**
AD:

Nº Registro: 02386026025 **Válida:** 20/01/2021 **1ª Habilitação:** 20/05/2002

Observações:
 LICENÇA ATIV. REMUNERADA:

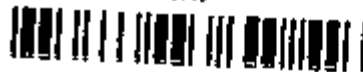
Assinatura do titular
 Assinatura do titular

Local: BOUSA, RJ **Data Emissão:** 25/02/2016

71549061165
59031864783

DETRAN RJ (RJ-ARJBA)

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - PB Nº 012507842492
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RRT 20160600912577
00931246830 0000000000 2016

GERALDO PEREIRA DA SILVA

03009771401 MNT0576/PB

NOVO PB 9C2KC08107R197261

MARCA/MODELO COMBUSTÍVEL
HONDA/CG 150 TITAN KS GASOLINA

ANO FAB. ANO MOD.
2007 2007

CAP. POT. CIL. CATEGORIA COEF. PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA BAGO EM 17/06/2016 1ª

PARCELAMENTO / COTAS
***** 0 ***** 2ª
***** 3ª

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P/A/G/C 17/06/2016

OBSERVAÇÕES
REST. BEN. TRIBUTÁRIO

DATA
17/06/2016 33103

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT
PB Nº 012507842492 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 17/06/2016

VIA CPE / CNPJ PLACA
03009771401 MNT0576/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00931246830 HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB. CATEGORIA Nº CHASSI
2007 9 9C2KC08107R197261

PREMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$) DEBTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA DE QUITAÇÃO
***** SEGURO P/A/G/C 17/06/2016

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 17/06/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

33103-0841041-20160617

Marcos Aurelio Vidal
21 JUN. 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

**Laudo 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

Nome do(a) Examinado(a): **ANGELA MARIA FERREIRA DIAS** Sinistro: **3170340592** Data: **14/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, S/N - POPULAR - Bom Jesus - PB - CEP 58930-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2539482**

Data local do exame: [**01/08/2017**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Luxação do Joelho Direito. Paciente com importante edema em joelho direito (+++/++++). Apresenta limitação de ADM de flexão do joelho direito de 20 graus.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente sofreu acidente de moto no dia 14 de março de 2017. Foi socorrida pelo SAMU, e encaminhada para Hospital Regional de Cajazeiras-PB. Fez analgesia + redução incruenta da luxação. Ainda ficou internada por 15 dias, fazendo uso de analgesia.,

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Paciente com importante edema em joelho direito (+++/++++). Apresenta limitação de ADM de flexão do joelho direito de 20 graus.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
JOELHO DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Paciente apresenta lesão ligamentar em RNM.



Raimundo Pereira de Oliveira Neto - CRM: 7416 - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA GÊNEICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.155

Geraldo Pereira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.394.294

DATA DE EMISSÃO 09 MAR 1957

NOME GERALDO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO Antonio Pereira da Silva
Maria Josefa da Conceição

Cajazeiras-PB

NATURALIDADE 02.06.1957

DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM Cert. Cas. Nº 550, Fls. 73, Liv. B-3

Cart. de Ipaumirim-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

DOCUMENTO 8 T80%

Correios

Correios

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

ADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

030.097.714-01

Nome

GERALDO PEREIRA DA SILVA

Nascimento

02/06/1957

Marcos Aurelio Vidal

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS

EIRELI - ME

JOSEFA ALVES DOS SANTOS SILVA
RUA JOSE FRANCISCO LEITE, 42 - ALTO BOA VISTA
BOM JESUS / PB CEP 58930000 (AG: 212)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R-230, Km 25 - Gruta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: B - 219 - 450 - 3940
Nº medidor: 00000528103

Referência: Mai / 2017
Emissão: 17/05/2017

ENERGISA PARÁRPOIS TREZANOORA DE ENERGISA
CNPJ 03.285.183/0001-40 Insc Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal Cód de Exempção: NNN0339700
Código de Débito Autenticação: 0000009437

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/9648-7

Mai / 2017

Canal de contato

Apresentação

11/05/2017

Data prevista da
próxima leitura

09/06/2017

CPE/ CNPI/ RANI

588760-32
Vss. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 10/04/17 Leitura: 10585	Data: 11/05/17 Leitura: 10635		50	31

Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh	50	0,40378	20,19	
Adic. 3. Verificação			1,60	
FR			0,75	
COPINS			1,13	

Histórico de Consumo
(kWh)

Abri/17	38
Mai/17	49
Fev/17	39
Jan/17	20
Dez/16	65
Nov/16	80
Out/16	56
Set/16	50
Ago/16	51
Jul/16	52
Jun/16	43
mai/16	45

Média dos últimos meses
52

	BASE DE CÁLCULO	AQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,30	0,00	0,00
PIS	23,38	1,0157	0,23
COPINS	23,38	4,9448	1,15

VENCIMENTO
18/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 23,38

SERIALIZADO DO RECIBO

16f4.35c6.1747.71ce.fb54.8b2d.c09a.d8a0.

Indicadores de Qualidade 2017 - Capetina

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCA TENSÃO	5,78	1,18	ACIMA DA
DCA TENSÃO	11,52		
DCA ANUAL	23,16		
FC MENSAL	3,44	1,00	CONTRA TENSÃO
FC TRIMESTRAL	3,67		
FC ANUAL	13,85		
DVMS	3,37	1,18	LIMITES SUPERIOR
DVMS	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia (PIS)	7,97	33,97
Consumo de Energia	10,67	45,64
Tempo de Transmissão	0,54	2,31
Encargos Setoriais	2,65	11,30
Impostos Diretos e Encargos	1,40	5,93
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	23,38	100,00

Valor do Bônus Ref. 3/2017: R\$ 11,30

ATENÇÃO

Marcos Aurelio Vidal

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Outros



A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

VITIMA: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS

SINISTRO: 3170340592

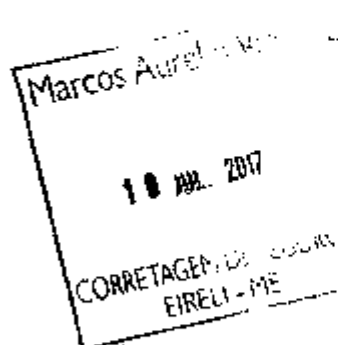
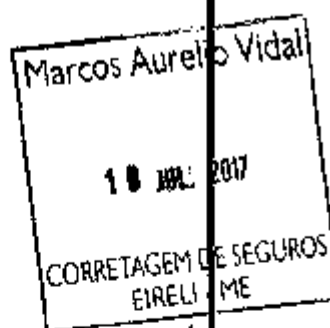
Prezados Senhores.

Venho respeitosamente, solicitar minha pericia, haja visto que na primeira tentativa de marcação houve um desacordo em relação ao Médico.

Grato de sua atenção.

Ângela Maria Ferreira Dias.

CPF : 043.162.174-88



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170340592 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS **Data do acidente:** 14/03/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Lesão em joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170340592 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS **Data do acidente:** 14/03/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM MARCHA CLAUDICANTE. APRESENTA EDEMA IMPORTANTE NO JOELHO DIREITO (+++/++++). APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADM DE FLEXÃO DO JOELHO DE 40 GRAUS. NÃO APRESENTA ATROFIAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO NO DIA 14 DE MARÇO DE 2017, FOI SOCORRIDA PELO SAMU, E ENCAMINHADA PARA HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS - PB. FEZ ANALGESIA + REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA, E TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA GESSADA POR 24 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES). NO DIA 27 DE JULHO FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA OSTEOSSINTESE DOS LIGAMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/01/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: PACIENTE TROUXE RNM RECENTE (22 DE DEZEMBRO DE 2017), DEMONSTRANDO QUE AINDA CONTINUA COM LESAO DE LIGAMENTOS, MESMO APÓS A CIRURGIA.

Vitima já indenizada em 100% de 25% do joelho, portanto, nada a acrescentar ao indenizado.
Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170340592 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANGELA MARIA FERREIRA DIAS **Data do acidente:** 14/03/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: Luxação do Joelho Direito

Descrição do exame médico pericial: Paciente com importante edema em joelho direito (+++/++++). Apresenta limitação de ADM de flexão do joelho direito de 20 graus.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente de moto no dia 14 de março de 2017. Foi socorrida pelo SAMU, e encaminhada para Hospital Regional de Cajazeiras-PB. Fez analgesia + redução incruenta da luxação. Ainda ficou internada por 15 dias, fazendo uso de analgesia.

Sequelas permanentes: Perda funcional do joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Paciente apresenta lesão ligamentar em RNM.
Indenização em perda funcional do joelho devido ao edema acentuado e perda da flexão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

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 joelho	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Anaíla Maria Ferreira Dias
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Solteira
 Identidade: 2.539.482
 CPF: 043.162.174-88
 Profissão: periculosa
 Endereço: Rua Proptanda, SW, Popular, Bom Jesus - PB.

OUTORGADO:

Nome: MAURICELIO MACARIO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 2421541
 CPF: 035.831.484-44.
 Profissão: AUTONOMO
 Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA CENTRO,
 CAJAZEIRAS- PB.

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMA ANDRIOLA".
 Xerografia (SEM AUTENTICIDADE) e firma de: ANGELO MARIA
 FERREIRA DIAS. DOU PE. CAJAZEIRAS - Paraíba.
 23/05/2017.

Selo Digital de Assinatura (Tipo Normal) B-AFF1200-KUPB
 Confira os dados do ato em <https://selodigital.4ps.jus.br>
 EMO: LSA. R\$: 1,08 FARPEN R\$: 0,27 FEPJ R\$: 2,21

Renê Maciel

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 CONSORCIOS 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 ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima

Anaíla Maria Ferreira Dias
 Cajazeiras, 23 de maio de 2017.

Marcos Aurelio Vidal

21 JUN. 2017

CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

ASSINATURA DO OUTORGANTE



Anaíla Maria Ferreira Dias