



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Maria Dâquia Mangueira

PORTADOR(A) DO RG Nº 522363 EXPEDIDO POR SSP/PP EM 17/08/09

(CPF) 298279454-15 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CREDITO, 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 PREVIDENCIA 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 CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4020-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 147858-3

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

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

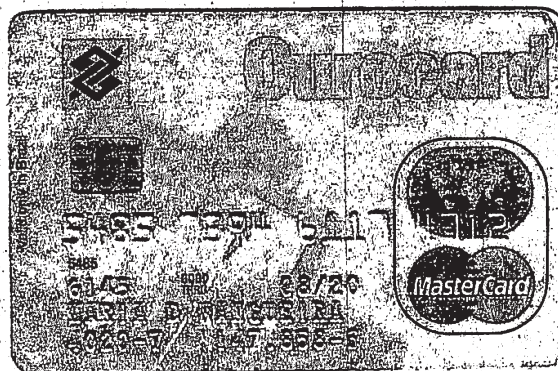
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

15 de Setembro de 2017 e Maria Dâquia Mangueira
LOCAL E DATA 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.





147.858-3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Dárcia Mangueira

RG nº 522368, data de expedição 17/08/09, Órgão SSP/PB

CPF nº 288279454-15 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 Balkino Mendonça</u>
Número	<u>Nº 220</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>São Bento</u>
Cidade	<u>Bayeux</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58305310</u>
Telefone de Contato	<u>98622 2113</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 15-09-2017

Assinatura do Declarante: Maria Dárcia Mangueira



APOLONIO BATISTA DA SILVA
RUA BALBINO MENDONÇA, 220 - SÃO BENTO
BAYEUX / PB CEP: 68305310 (AG. 1)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 1 - 8 - 81 - 7780 Referência: Mai / 2017
Nº medidor: 00000823831 Emissão: 04/05/2017

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.036.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.027.177
Código para Débito Automático: 0000282182

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

Conta referente a

Mai / 2017

Apresentação

04/05/2017

Data prevista da
próxima leitura

02/06/2017

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.037 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

CPF/ CNPJ/ RANI

4692441480
Insc. Est.:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
03/04/17	22118	04/05/17	22268	1

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	177	0,40088	70,87
Adic. B. Vermelha			5,31
ICMS			30,74
PIS			1,22
COFINS			5,83
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			8,16
JUROS DE MORA 03/2017			1,88
MULTA 03/2017			2,41

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	182
Mai/17	178
Fev/17	185
Jan/17	182
Dez/16	183
Nov/16	158
Out/16	140
Set/16	122
Ago/16	131
Jul/16	142
Jun/16	144
Mai/16	151

Média dos últimos meses
155

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	113,87	27,00	30,74
PIS	113,87	1,0767	1,22
COFINS	113,87	4,8449	5,83

7af5.2b29.8cef.b9bc.e73d.a13f.1404.2a6f.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Ilha do Bapo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	4,95	2,28	NOMINAL	220	27,48	21,80
DIC TRIMESTRAL	9,91				31,04	28,14
DIC ANUAL	19,82				1,88	1,48
FIC MENSAL	3,23	1,00	CONTRATADA	202	9,80	7,79
FIC TRIMESTRAL	8,47		LIMITE INFERIOR	231	50,84	39,99
FIC ANUAL	12,95	2,28	LIMITE SUPERIOR		0,00	0,00
DMIC	2,17					
DICRI	12,22					
Total					127,12	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2017) R\$38,27

PARAIBA

Data: 4 9 81 7780



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01660.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01660.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:03 horas do dia 13 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maria Daguia Manguiera**, CPF nº 288.279.454-15, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Funcionária Federal, filho(a) de Joaquina de Sousa Manguiera e Joao de Sousa Manguiera, natural de Santana de Manguiera/PB, nascido(a) em 01/09/1953 (64 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Balbino Mendonça, Nº 220, complemento casa, bairro São Bento, tendo como ponto de referência Delegacia de Policia, na cidade de Bayeux/PB, telefone (s) para contato (83) 98622-2113.

Dados do(s) Fatos:

Local: Binário da Cidade de Bayeux, Outros, Bayeux/PB, bairro São Bento; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/10/16 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE CRM PB 3323, DATADO DE 29/08/2017.

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

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.



CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação



MARIA DAGUIA MANGUEIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 01660.01.2017.1.00.420

1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marica Dágua Mangueira, portador da carteira de identidade nº 522 363 e inscrito no CPF/MP sob o nº 288 279 454-15, residente e domiciliado na Rua Balduino Mendonça n.º 220 s. Ponto, Cidade Bayeux, Estado Paraíba, 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:

(+) 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 às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

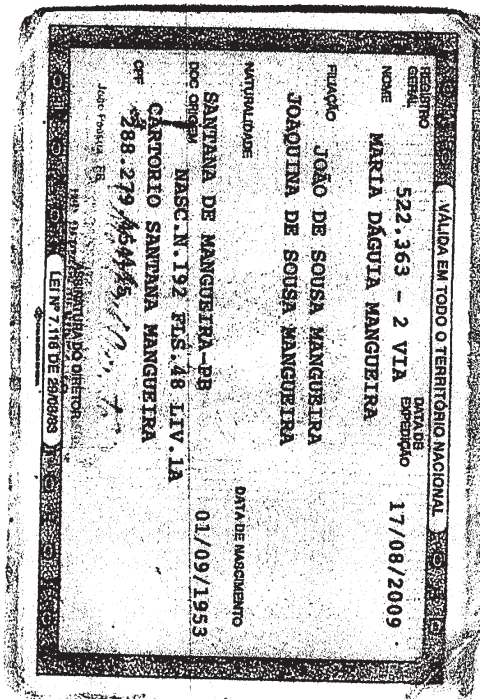
Marica Dágua Mangueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 15 de Setembro de 2017

Local e data







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Maria da Guia Mangueira
DATA DE NASCIMENTO 01/09/53
NOME DA MÃE Joaquina de Siousa Mangueira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 98156
BOLETIM DE ENTRADA N.º 955157
DATA DO ATENDIMENTO 17/10/16
HORA DO ATENDIMENTO 22:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Fratura trocântica de fêmur direito
CID 10 S72.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com quadro de dor e incapacidade funcional em quadril direito, sm outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, quadril

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura trocântica de fêmur D.

TRATAMENTO:

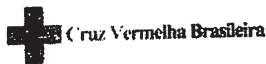
Tratamento cirúrgico de fratura trocântica de fêmur direito

ALTA HOSPITALAR: 31/10/16
DATA DA EMISSÃO: 29/08/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 955157



Identificação do paciente			
ID 1095057	Nome MARIA DAGUIA MANGUEIRA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 01/09/1953	Idade 63 anos 2 meses 2 dias	Estado civil	Religião
Mãe JOAQUINA DE SOUSA MANGUEIRA		Pai JOAO DE SOUSA MANGUEIRA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986222113	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 522363	Nº Cns	
Local de procedência BAYEUX		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTANA DE MANGUEIRA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58305310	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro BALBINO MENDONÇA
Número 220	Complemento	Bairro SÃO BENTO	
Admissão			
Data e Hora 17/10/2016 22:24:27	Número da pulseira 59863815	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			Tempo 03min 29seg

Imprimir



T. ENTRADA:
 DDD: 63
 DDD: 882222113
 CELULAR: (63)
 FONE: ()
 RAYVUX
 N. 220 - SAO BENTO
 END.: BALNEIO MENDONÇA 9
 MAR: JOAQUINA DE SOUSA
 MARIA JOAQUINA MANGUEIRA
 DT. NASC.: 01/09/1953
 BE.: 956157

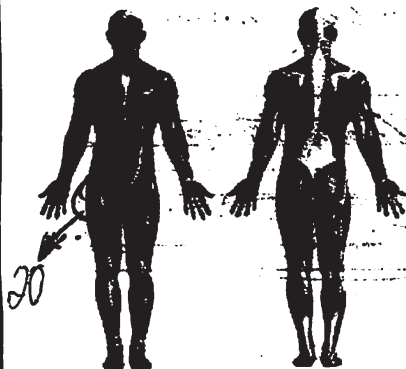


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim:
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim:
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim:
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim:
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique local com o número correspondente ao lado →



- 1 Abrasão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empelamento
- 9 Efisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante

- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Injúria Nervosa
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendinosa
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encaixado
- 29 Otorragia
- 30 Parálise
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUZAS E PROCEDIMENTOS

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de:

Solicito parecer da:

DESTINO DO PACIENTE

DATA: ____/____/____
 DA: ____/____/____
 SAÍDA: ____/____/____
 HORAS: ____:____

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☒ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A revelia☐ Assistência☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ IML☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

Dr. Tibirica Medeiros
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PB 7296

F(NG).CC.001-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

59863016
MAR 19 1981

59863016
MARIA DAQUIZA MANGUEIRA
DT. NASC.: 01/09/1957
MRE: TORQUATO

END.: BALBINO MENDONA R
N. 228 - SAO BENTO
BAYEUX
FONE: ()
CELULAR: (03) 986222113
IDADE: 83
DT. ENTRADA:

BE/PRONTUARI

NOME DO PACIENTE

Maria Vargas

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
02/10/16	13:41	<p>Psicologia</p> <p>Paciente no momento ansioso, agitada, emocionalmente instável, humor deprimido, poliquietos, alegando estar com dores. Realizado apoio psicológico.</p> <p style="text-align: right;"> <i>Luana Damasceno Mendes</i> Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/3249 </p>

Luana Damasceno Mendes
Psicóloga Clínica Hospitalar
Especialista em Saúde Mental
CRP 13/3249





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.C.S. 112

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.C.S. 112

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Maria Daqueia Marmoreira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒ 2

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

B. Buem - Agulha Bloqueio Pleuro 150(1)
CX DHS / DCS TM Cirúrgica
Placa DHS 135° 4 Furo(1)
Painel Compósito (1)
Painel Adesivo 805 mm(1)
Painel Corticais 32(1) 35(1) 4(1)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
CRM 10221
RUBRICA 9456

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: M. da Costa Maciel BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: OBSTETRIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Fx miomectomia de fêmur (P)
Cirurgião: Dr. Jefferson 1º Assistente: Dr. Milton
2º Assistente: Dr. Marcos (R) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Lúcio Elias
Tipo de Anestesia: gên. Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pos-Operatório	Clínica	Clínica
<u>(P) Fx miomectomia fêmur (P)</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>(P) M. Uterino de fêmur com lúmen. D135</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Mathias Mozer
CRM: 1045

João Pessoa, 29 / 10 / 16.

F(NG).ASCIR.009-I



FICHA DE ANESTESIA

HEETSHL

DATA: 23/10/2016

PRONTUÁRIO: 955157

PACIENTE: Maria da Guia Moniz e F. SEXO: F. COR: IDADE: 63A

PRESSÃO ARTERIAL: 100x60 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO: ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: UPM. AP. RESPIRATÓRIO: MV+ em AHT NIRA AP. CIRCULATÓRIO: RCR em 2T CI BCNF

AP. DIGESTIVO: Jejum ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO: ESTADO FÍSICO (ASA): II (HAS)

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura transtrocantérica de fêmur D.

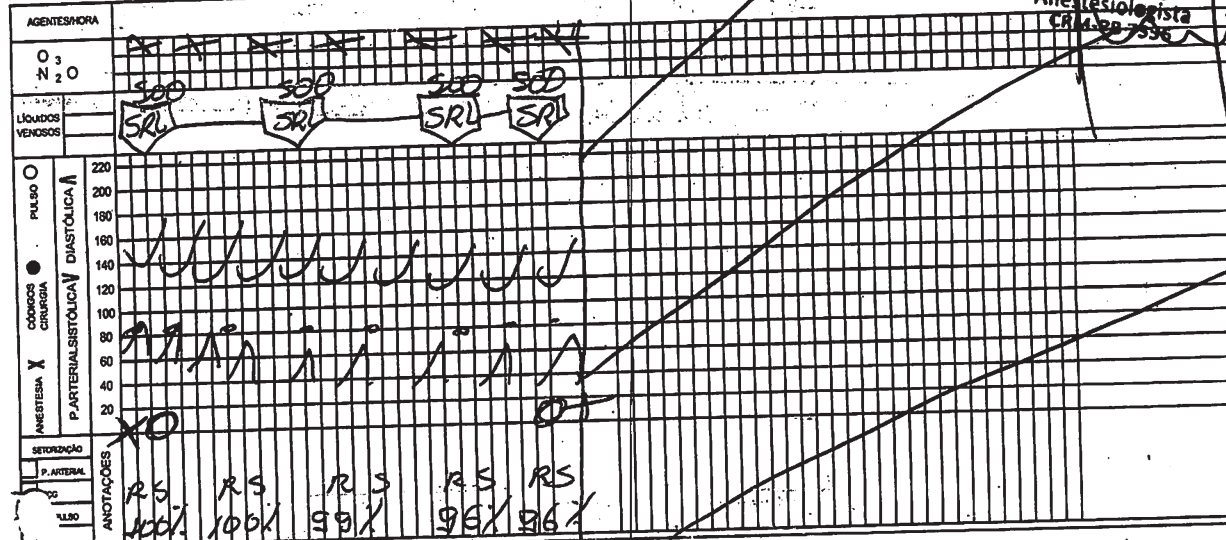
CIRURGIA REALIZADA: Típ de Fratura transtrocantérica de fêmur D.

CIRURGIÃO: Dr. Eteferzon AUXILIARES: Dr. Milton.

INÍCIO DA ANESTESIA: 07:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 02:30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: ANESTESISTA: Dr. Luiz Priori + Dr. G. G. (R)

ESTESISTA: Dr. Luiz Priori + Dr. G. G. (R)



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOO.PLEXO ☐ BLOO.NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA: Paciente monitorizada e em DDH -> A+A torçao

QUANTIDADE	USADO	USADO
1	midazolam 2mg	11
2	cefazolin 0.2g	12
3	dexametasona 0.1mg	13
4	Naupenzon 0.8mg	14
5	dipirona 0.2g	15
6	midazolam 0.5/20ml	16
7	midazolam 0.5/20ml	17
8	midazolam 0.5/20ml	18
9	midazolam 0.5/20ml	19
10	midazolam 0.5/20ml	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Bloqueio em região inguinal -> Bloqueio no IN Femoral pl via inguinal e/ ou xiplo do 2º e 3º. Prex e agulha de plexo ASD -> Injeção de 6 A + 4 -> Injeção de 22ml de A + A torçao. Puncto Lombar mediana L2 -> Injeção de 2.5. LCR cegado -> Injeção de 2.5. Injeção de 2.5.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1. Paciente em ODA, 503 Anestesia, em mesa de Mayo.	
2. Anti-hipertensão + aspiração	
3. Aspiração de líquido pleural	
Incisão:	
1. Via lateral da costela 1.	
2. Divisão em planos até plano ósseo.	
Achados:	
1. /	
Conduta:	
1. Ponto / encunha em mesa de Mayo	
2. Ponto com placa DRS 135° e fios e pontos contínuos.	
3. Sutura em planos	
4. Curativos usuais	
5. Deixar curativo.	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. ANTONIO MOZAK
CRM 138 9455

João Pessoa, 29 / 10 / 16

F(NG).ASCIR.009-1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417387/17
 Vítima: MARIA DAGUIA MANGUEIRA
 CPF: 288.279.454-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/10/2016
 Titular do CPF: MARIA DAGUIA MANGUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DAGUIA MANGUEIRA : 288.279.454-15

Autorização de pagamento
 Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/10/2017
 Nome: MARIA DAGUIA MANGUEIRA
 CPF/CNPJ: 288.279.454-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2017
 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
 CPF: 423.820.764-53

MARIA DAGUIA MANGUEIRA

Sandra Maria Accioly Pedrosa

F



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: MARIA DÁGUIA MONGEIRA

Qualificação: Marido

CPI/MF: 288.279.454-15 RG: 522.363.883/PB

Endereço: Rua Balbino Mendonça nº 220

Aço Bunto Bayeux CEP. 58305310

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 15 de Setembro de 2017.

Maria Dágua Mongeira
Outorgante



Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito



ATO ORDENATÓRIO:

PELO PRESENTE ATO ORDENATÓRIO, INTIMO A PARTE AUTORA, POR SEU ADVOGADO,
PARA OS TERMOS DO ID Nº 17740769.

JOÃO PESSOA, 18 DE SETEMBRO DE 2019.

BEL. ANTONIO REGINALDO PATRIOTA

MAT. 469.199-7

