



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 Daiane Mangueira PORTADOR(A) DO RG Nº 522363 EXPEDIDO POR SSP/PP EM 17/08/09  
 CPF 288279454-15 CNPJ 12.345.678/0001-00, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE 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 a 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 Salario 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 Económica 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](http://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 N° da AGÊNCIA (com digito, se existir) 4020-7 N° da CONTA (com digito, se existir) 147858-3

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com digito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com digito, 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 DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. Pessoa, 15 de Setembro de 2017 e Maria Daiane Mangueira  
 LOCAL E DATA:  ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

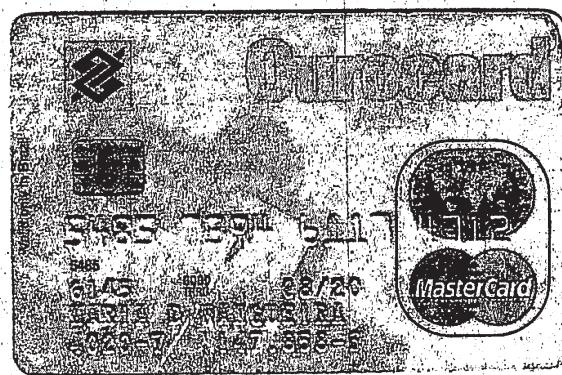
**ATENÇÃO**

- 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 25/01/2018 15:28:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012515275766300000011968858>  
 Número do documento: 18012515275766300000011968858

Num. 12242532 - Pág. 1



141.858-3



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Dáglia Mangueira,  
RG nº 522 363, data de expedição 17/08/09, Órgão SSP/PB

CPF nº 288 279 454-15 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>Baixio</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: 1. Pessoa 15-09-2017

Assinatura do Declarante: Maria Dáglia Mangueira



APOLONIO BATISTA DA SILVA  
RUA BALBINO MENDONÇA, 220- SAO BENTO  
BAYEUX / PB CEP: 58305310 (AG. 1)

ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230, Km25- Cristo Redentor- João Pessoa / PB- CEP58071-690  
Roteiro: 1-8-81-7790 Referencia: Mai/2017  
Nº medidor: 00000823831 Emissao: 04/05/2017  
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°000.027.177  
Código para Débito Automatizado: 00002682192

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

Conta referente a

Canal de contato

Mai / 2017

Declaração de Outorga Anual de Débitos:

Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informemos 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.

Data prevista da  
próxima leitura

02/06/2017

CPF/ CNPJ/ RAN

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
4692441480					
Insc. Est.:					
	Data	Leratura	Data	Leratura	
	03/04/17	22118	04/05/17	22288	1
					177
					31

03/04/17 22118 04/05/17 22288 1 177 31

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	9,16
JUROS DE MORA 03/2017	1,89
MULTA 03/2017	2,41

Histórico de Consumo  
(kWh)

Abr/17	162
Mar/17	179
Fev/17	185
Jan/17	162
Dez/16	163
Nov/16	158
Out/16	140
Set/16	122
Ago/16	131
Jul/16	142
Jun/16	144
Mai/16	151

	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	113,87	27,00	30,74
PIS	113,87	1,0757	1,22
COFINS	113,87	4,8449	5,83

Média dos últimos meses  
155

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

Indicadores de Qualidade 2/2017 - Ilha do Bipe

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	4,85	2,26	Seniores do Dist. da Energia/PB	27,48	21,80
DIC TRIMESTRAL	8,91	NOMINAL	Compra de Energia	37,04	28,14
DIC ANUAL	18,22	220	Serviço de Transmissão	1,68	1,48
FIC MENSAL	3,23	1,00	Encargos Sobrepreço	9,80	7,79
FIC TRIMESTRAL	8,47	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	50,84	39,69
FIC ANUAL	12,95	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DNIC	2,77	2,26	Total	127,12	100,00
DICR	12,22	LIMITE SUPERIOR			

Valor do EUJD (Ref. 2/2017) R\$3827

PARAIBA

03/04/17 0 81 7790

**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 Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maria Dagua Mangueira**, CPF nº 288.279.454-15, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Funcionaria Federal, filho(a) de Joaquina de Sousa Mangueira e Joao de Sousa Mangueira, natural de Santana de Mangueira/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: Binario 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigacao

  
MARIA DAGUIA MANGUEIRA  
Noticiante

Procedimento Policial: 01660.01.2017.1.00.420

1/1



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Manica Daínia Marquesina, portador da carteira de identidade nº 521 363 e inscrito no CPF/MP sob o nº 288 279 454-15, residente e domiciliado na Rua Balhino Mendonça nº 220 s. Ponto, Cidade Bayá-Mex, Estado Pará, 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.

Manica Daínia Marquesina

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

1000 Pessoa, 15 de Setembro de 2017

Local e data





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
522.363 - 2 VIA	17/08/2009
NOME	
MARIA DÁGUA MANGUEIRA	
PARECER	
JOÃO DE SOUSA MANGUEIRA	
JOAQUINA DE SOUSA MANGUEIRA	
NATURALIDADE	
SANTANA DE MANGUEIRA PB	
DOC. ORIGINAL	DATA DE NASCIMENTO
NASC. N. 192 FLS. 48 LIV. 1A	
CARTÓRIO SANTANA MANGUEIRA	
CRF	288.279.454/45
Data Processada: 01/09/2013	
Data de Emissão: 17/08/2009	
LEIAPE 7/116 DE 26/08/08	



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 trastrocantérica 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, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, quadril

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura transtrocantérica de fêmur D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura trastrocantérica de fêmur direito

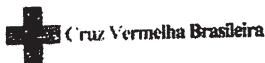
ALTA HOSPITALAR: 31/10/16  
DATA DA EMISSÃO: 29/08/17



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



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO:O 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	Prontuário 98156
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			Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalde 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 <b>59863815</b>		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA 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		Véio 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 []
Ultrasonorografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES					
Imprimir					

Principles of Arterial and Venous Medicine

98933285  
SERRA DOURA MANGUEIRIN  
DT. MASC. 01/09/1983  
MRS. JORGINHA DE SOUSA MANGUEIRIN  
NUNO

**EXAME SECUNDÁRIO**

ALERGIAS:	( <input type="checkbox"/> Não) ( <input type="checkbox"/> Sim: _____)																																								
MEDICAMENTOS:	( <input type="checkbox"/> Não) ( <input type="checkbox"/> Sim: _____)																																								
IMUNIZAÇÃO:	( <input type="checkbox"/> Não) ( <input type="checkbox"/> Sim: _____)																																								
PATOLOGIA:	( <input type="checkbox"/> Não) ( <input type="checkbox"/> Sim: _____)																																								
ALIMENTOS INGERIDOS:	( <input type="checkbox"/> Não) ( <input type="checkbox"/> Sim: _____)																																								
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado																																								
																																									
<table border="0"> <tr> <td>1 Abrasão</td> <td>19 Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2 Amputação</td> <td>20 Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3 Avulsão</td> <td>21 Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4 Contusão</td> <td>22 Injuriação Nervosa</td> </tr> <tr> <td>5 Crepitação</td> <td>23 Lacerção</td> </tr> <tr> <td>6 Dor</td> <td>24 Lesão Tendinosa</td> </tr> <tr> <td>7 Edema</td> <td>25 Lúngulo</td> </tr> <tr> <td>8 Empaixamento</td> <td>26 Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9 Efirsema subcutâneo</td> <td>27 Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10 Esmagamento</td> <td>28 Objeto Encrevado</td> </tr> <tr> <td>11 Equimose</td> <td>29 Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12 F. Arma Branca</td> <td>30 Paralític</td> </tr> <tr> <td>13 F. Armas de Fogo</td> <td>31 Paresia</td> </tr> <tr> <td>14 F. Contuso</td> <td>32 Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15 F. Cortante</td> <td>33 Quemadura</td> </tr> <tr> <td>16 F. Corto-Contuso</td> <td>34 Riorragia</td> </tr> <tr> <td>17 F. Perfuro-Contuso</td> <td>35 Sinal de Isquemia</td> </tr> <tr> <td>18 F. Perfuro-Cortante</td> <td>36</td> </tr> </table>		1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada	2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta	3 Avulsão	21 Hematoma	4 Contusão	22 Injuriação Nervosa	5 Crepitação	23 Lacerção	6 Dor	24 Lesão Tendinosa	7 Edema	25 Lúngulo	8 Empaixamento	26 Mordedura	9 Efirsema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal	10 Esmagamento	28 Objeto Encrevado	11 Equimose	29 Otorragia	12 F. Arma Branca	30 Paralític	13 F. Armas de Fogo	31 Paresia	14 F. Contuso	32 Parestesia	15 F. Cortante	33 Quemadura	16 F. Corto-Contuso	34 Riorragia	17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinal de Isquemia	18 F. Perfuro-Cortante	36				
1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada																																								
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta																																								
3 Avulsão	21 Hematoma																																								
4 Contusão	22 Injuriação Nervosa																																								
5 Crepitação	23 Lacerção																																								
6 Dor	24 Lesão Tendinosa																																								
7 Edema	25 Lúngulo																																								
8 Empaixamento	26 Mordedura																																								
9 Efirsema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal																																								
10 Esmagamento	28 Objeto Encrevado																																								
11 Equimose	29 Otorragia																																								
12 F. Arma Branca	30 Paralític																																								
13 F. Armas de Fogo	31 Paresia																																								
14 F. Contuso	32 Parestesia																																								
15 F. Cortante	33 Quemadura																																								
16 F. Corto-Contuso	34 Riorragia																																								
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinal de Isquemia																																								
18 F. Perfuro-Cortante	36																																								
OBS.:																																									
<b>QUEIMADURA:</b> Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: _____ ( <input type="checkbox"/> 1º grau) ( <input type="checkbox"/> 2º grau) ( <input type="checkbox"/> 3º grau)																																									
<b>EXAMES SOLICITADOS</b> <table border="0"> <tr> <td>(<input type="checkbox"/> Radiografias</td> <td>(<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal</td> </tr> <tr> <td>(<input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)</td> <td>(<input type="checkbox"/> Gasometria arterial</td> </tr> <tr> <td>(<input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada</td> <td>(<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea</td> </tr> </table>		( <input type="checkbox"/> Radiografias	( <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal	( <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)	( <input type="checkbox"/> Gasometria arterial	( <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	( <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																		
( <input type="checkbox"/> Radiografias	( <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal																																								
( <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)	( <input type="checkbox"/> Gasometria arterial																																								
( <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	( <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																								
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td><i>Intervenimento</i></td> <td>CÓDIGO</td> <td>ASSINATURA E CARIMBO</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td><i>Dra. Ibiráta Medeiros</i></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td><i>CRM-PE 1727</i></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td><i>Medida</i></td> <td></td> <td><i>Assinatura</i></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td><i>Refluxo de Ác.</i></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1	<i>Intervenimento</i>	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	2			<i>Dra. Ibiráta Medeiros</i>	3			<i>CRM-PE 1727</i>	4				5				6				7				8				9	<i>Medida</i>		<i>Assinatura</i>	10	<i>Refluxo de Ác.</i>		
1	<i>Intervenimento</i>	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																						
2			<i>Dra. Ibiráta Medeiros</i>																																						
3			<i>CRM-PE 1727</i>																																						
4																																									
5																																									
6																																									
7																																									
8																																									
9	<i>Medida</i>		<i>Assinatura</i>																																						
10	<i>Refluxo de Ác.</i>																																								
<b>SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO</b> <p>Solicito parecer da _____ JABREVM 102211001351 do dia 01/01/2018</p> <p>Solicito parecer da _____ JABREVM 102211001352 do dia 01/01/2018</p>																																									
<b>DESTINO DO PACIENTE</b> <table border="0"> <tr> <td>DATA</td> <td><input type="checkbox"/> Centro cirúrgico</td> <td>DATA</td> <td><input type="checkbox"/> A pedido</td> <td>DATA</td> <td><input type="checkbox"/> A revista</td> </tr> <tr> <td>DA</td> <td><input type="checkbox"/> Tranferência (unidade de saúde)</td> <td>DA</td> <td><input type="checkbox"/> Decisão médica</td> <td>DA</td> <td><input type="checkbox"/> Decisão médica</td> </tr> <tr> <td>SAÍDA</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Internado (setor) <i>Ortopédica</i></td> <td>SAÍDA</td> <td><input type="checkbox"/> Apresentado</td> <td>SAÍDA</td> <td><input type="checkbox"/> Família</td> </tr> <tr> <td>HORAS:</td> <td><input type="checkbox"/> Alta hospitalar</td> <td>HORAS:</td> <td><input type="checkbox"/> Apresentado</td> <td>HORAS:</td> <td><input type="checkbox"/> SVO</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Até 48 hs.</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Após 48 hs.</td> </tr> </table>		DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	DATA	<input type="checkbox"/> A pedido	DATA	<input type="checkbox"/> A revista	DA	<input type="checkbox"/> Tranferência (unidade de saúde)	DA	<input type="checkbox"/> Decisão médica	DA	<input type="checkbox"/> Decisão médica	SAÍDA	<input checked="" type="checkbox"/> Internado (setor) <i>Ortopédica</i>	SAÍDA	<input type="checkbox"/> Apresentado	SAÍDA	<input type="checkbox"/> Família	HORAS:	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	HORAS:	<input type="checkbox"/> Apresentado	HORAS:	<input type="checkbox"/> SVO		<input type="checkbox"/> Óbito		<input type="checkbox"/> Até 48 hs.		<input type="checkbox"/> Após 48 hs.										
DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	DATA	<input type="checkbox"/> A pedido	DATA	<input type="checkbox"/> A revista																																				
DA	<input type="checkbox"/> Tranferência (unidade de saúde)	DA	<input type="checkbox"/> Decisão médica	DA	<input type="checkbox"/> Decisão médica																																				
SAÍDA	<input checked="" type="checkbox"/> Internado (setor) <i>Ortopédica</i>	SAÍDA	<input type="checkbox"/> Apresentado	SAÍDA	<input type="checkbox"/> Família																																				
HORAS:	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	HORAS:	<input type="checkbox"/> Apresentado	HORAS:	<input type="checkbox"/> SVO																																				
	<input type="checkbox"/> Óbito		<input type="checkbox"/> Até 48 hs.		<input type="checkbox"/> Após 48 hs.																																				
ASSINATURA/CARIMBO <i>Assinatura</i> <i>Assinatura</i> DATA: 17/01/2018 <i>Assinatura</i> <i>Assinatura</i> ATURA/CARÍMBO <i>Assinatura</i> <i>Assinatura</i> 17/01/2018 <i>Assinatura</i> <i>Assinatura</i> <i>Dra. Ibiráta Medeiros</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>CRM-PE 1727</i>																																									
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEIS <i>Assinatura</i> DATA: 17/01/2018																																									

F(NG).CC.001-1





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### RESUMO DA EVOLUÇÃO

## BE/PRONTUAR

**NOME DO PACIENTE**

Maria Dagnis

1159



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		Anexo II <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H-6695-12		2 - CNES H-6695-12		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H-6695-12		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE Maria Dagua Mamanguera		6 - N° DO PRONTUÁRIO 055157		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / / /		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE, MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
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
<input checked="" type="checkbox"/> <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <span style="float: right;">31-QTDE</span>		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <span style="float: right;">34-QTDE</span>		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <span style="float: right;">37-QTDE</span>		
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> B. Baum - Agulha Bloqueio Plano 150 (1) ex DHS / DCS TM Cirúrgica Placa DHS 135º 4 Euros (1) Dentes Comprometidos (1) Dentes deslizante 805 mm (1) Dentes Coroa 351124 (1)				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>		
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/10/16				
41 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) DR. MARCOS 1024 10456		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / /		
47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: W. da Cunha M. M. V. M. BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fx PMS transformação em Fúm. (6)  
 Cirurgião: Dr. STEFFENSON 1º Assistente: Dr. M. L. M.  
 2º Assistente: Dr. M. M. V. M. (23) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. L. L. P. P.  
 Tipo de Anestesia: Movi. Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Operação ou Procedimento		CID
<input checked="" type="checkbox"/> Fx transformação fúm.	(6)	

Período de Internação		Código
<input checked="" type="checkbox"/> 1º Interno	or Fúm. com evol. DIAS 135º	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensiva ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Matheus Mozart  
CRM-PB 6403

João Pessoa, 29/10/16.

F(NG).ASCIR.009-1





## FICHA DE ANESTESIA



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

DATA: 28/10/2016

PRONTUÁRIO: 955157

PACIENTE: <i>Nezia da Glória Mangueira</i>		SEXO: <i>F</i>	COR: <i>BR</i>	IDADE: <i>63 A</i>		
PRESSÃO ARTERIAL <i>100/60</i>		PULSO <i>80</i>	RESPIRAÇÃO <i>60</i>	TEMPERATURA <i>36,5</i>	PESO: <i>60</i>	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO:		RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES <i>VPM.</i>		AP. RESPIRATÓRIO <i>MV + em AHT nira</i> AP. CIRCULATÓRIO <i>R CR em 2T C/ BCNF</i>				
AP. DIGESTIVO <i>jejun</i>		ESTADO MENTAL <i>LOTE</i>	DROGAS EM USO			
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) <i>II (HAS)</i>				
DOSE / HORA						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura Transversocontínua de Fémur D.</i>						
CIRURGIA REALIZADA <i>T/10 de Fratura Transversocontínua de fémur D</i>						
CIRURGÃO <i>Dr. Estevezson</i>		AUXILIARES <i>Dr. Vileton</i>				
INÍCIO DA ANESTESIA <i>07:30</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA <i>10:00</i>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>02:30</i>			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$			
ESTESISTA <i>Dr. Luis P. P. + Dr. G. G. (R)</i>		<i>Luis Prior Jr</i> Médico Anestesiologista CRM-SP 7536				
AGENTE(S) / HORA						
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O						
LÍQUIDOS VENOSOS						
PULSO						
CÓDIGO CIRÚRGICO						
ANESTESIA						
PARTEIRAL						
SISTOZIA						
P. ARTERIAL						
TUBO						
ANOTACOES						
TECNICA						
LÍQUIDOS						
Volume em ml:						
GLUCOSE		1. IUDIZOCAM 2mg				
NACL		2. CEFIZOLINA 0,2g				
SANGUE		3. DEXAMETASONE 10mg				
RINGER		4. Naclidex 0,8mg				
TOTAL		5. DIPRIZONA 0,2g				
DESTINO DO PACIENTE		6. Naclabupi CIV 0,5/1000 P.				
<input type="checkbox"/> APT <sup>+</sup>		<input type="checkbox"/> ENFERMARIA				
<input type="checkbox"/> UTI		<input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA				
<input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> URP A				
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		<i>paciente monitorizado e em DIT - A+A</i> <i>em região inguinal - Bexiga, no N.</i> <i>Femoral placa indumenta c/ auxílio do 2º membro</i> <i>plexo e agulha de plexo ASO - injeção de 6</i> <i>4 e 40 ml de 0,5% lidocaina - DIT A 10% de cocaína -</i> <i>punkal lombotérmica L2 - L3 clavícula 26,</i> <i>LCR fez 2 injeções de 10</i> <i>PSI na cocaina</i>				
		ASSINATURA DO ANESTESISTA:				
		F.(NG)ASCR.026-1				





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- ① PEF em ODA, sog mucosa, em mesa de morto.
- ② Anti-Séptico + Antisséptico
- ③ Aquecimento das linhas usadas.

#### Incisão:

- ① Vía branca da costela.
- ② Orifício em prumo na placa óssea.

#### Achados:

0

#### Conduta:

- ⑥ Realizou incisão em placa osso.
- ⑦ Fixação com placa OAS 135° e furos + parafusos contínuos.
- ⑧ Sutura em prumo.
- ⑨ Curativo usúário.
- ⑩ Fita catapolar.

#### Fechamento:

#### Observação:

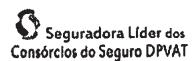
Médico/CRM:

Dr. M. RAQUEL MORAES  
CRM/PE 9456

João Pessoa, 29/10/16

F(NG).ASCIR.009-1

## PROTÓCOLO 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](http://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



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: MARIA DÁGUA MONGEIRA

Qualificação: Advogada

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

Endereço: Rua Balkino Mendonça nº 220

Açú Bento Bayers CEP. 58305-310

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 tiver 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 Dáguia 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO REGINALDO PATRIOTA - 18/09/2019 17:44:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817443709500000023766252>  
Número do documento: 19091817443709500000023766252

Num. 24550253 - Pág. 1