



Número: **0802793-35.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **19/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO (AUTOR)	ALANA MARTINS MARQUES NAVARRO (ADVOGADO) GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO) CAIO CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
31074 153	28/05/2020 12:38	<u>2721772_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00071/00072 - carta_03 - INVALIDEZ



00060036

Carta nº 14622506



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14622507

Pag. 01511/01512 - carta_01 - INVALIDEZ



00020756



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190446867**

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 000009494-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	045.620.744-93	Maria Emanuella da Silva Targino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF: 045.620.744-93	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Técnica de Empurrar	R. Antônio Augusto Meireles	419	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Caçapé	PB	58340-000
E-mail:		Tel.(DDD):	

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) 04.013 |

AGÊNCIA:

0422

CONTA: 9444

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.

25 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10º DELECAIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPE
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO



Ocorrência nº 736/2019

Aos VINTE E SEIS (26) dias do mês de ABRIL (04) do ano de Dois Mil e DEZENOVE (2019), nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** comigo Escrivão, do seu cargo às 10h12min, compareceu, **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**, RG: 2.840.321-SSP/PB, brasileira, solteira, nascida aos 11/08/1982, natural de João Pessoa/PB, Técnica de Enfermagem, filha de José Sebastião Targino e de Maria Gilzemar da Silva, residente na Rua Antonio Augusto Meireles, nº 418, Bairro Centro - Sapé/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE no dia 21/01/19 por volta das 17h00min, na cidade de Sapé, no loteamento Jardim das Águas, a declarante vinha em UM VEÍCULO DE TIPO CAMINHÃO ABERTO de PLACAS MNN0047/PB, ANO 1987 DE COR CINZA, CHASSI 9BFKXXL52HDB53187 EM NOME DE PRISCILA PRAZERES DE LIMA, quando o mesmo faltou freio e capotou no local; QUE, a declarante foi socorrida para o Hospital de Trauma e lá foi submetida à uma cirurgia na perna direita, ficando internada durante 10 (DEZ) dias naquela unidade hospitalar; Que o referido veículo havia sido comprado recentemente pelo cônjuge da declarante, porém não havia passado pelo seu nome. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme.

Sapé, 26 de Abril de 2019.

NOTICIANTE: *Maria Emanuela da Silva Targino*





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPIÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Ocorrência nº 736/2019

Aos VINTE E SEIS (26) dias do mês de ABRIL (04) do ano de Dois Mil e DEZENOVE (2019), nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** comigo Escrivão, do seu cargo às 10h12min, compareceu, **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**, RG: 2.840.321-SSP/PB, brasileira, solteira, nascida aos 11/08/1982, natural de João Pessoa/PB, Técnica de Enfermagem, filha de José Sebastião Targino e de Maria Gilzemar da Silva, residente na Rua Antônio Augusto Meireles, nº 418, Bairro Centro - Sapé/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE no dia 21/01/19 por volta das 17h00min, na cidade de Sapé, no loteamento Jardim das Águas, a declarante vinha em UM VEÍCULO DE TIPO CAMINHÃO ABERTO de PLACAS MNN0047/PB, ANO 1987 DE COR CINZA, CHASSÍ 9BFKXXL52HDB53187 EM NOME DE PRISCILA PRAZERES DE LIMA, quando o mesmo faltou freio e capotou no local; QUE, a declarante foi socorrida para o Hospital de Trauma e lá foi submetida à uma cirurgia na perna direita, ficando internada durante 10 (DEZ) dias naquela unidade hospitalar; Que o referido veículo havia sido comprado recentemente pelo cônjuge da declarante, porém não havia passado pelo seu nome. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.

23 AGO. 2019

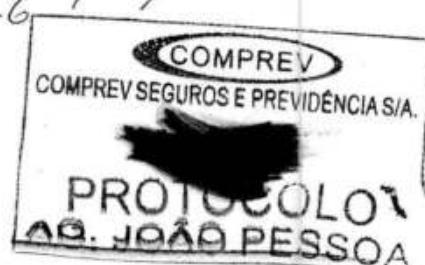
Sapé, 26 de Abril de 2019.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOTICIANTE: Maria Emanuella da Silva Targino

Escrivão de R. Frederico Claudio de Melo Magalhães 4º Ofício de Escrivão

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPIÉ
Paraíba





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	045.620.744-93	Maria Emanuella da Silva Targino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	045.620.744-93
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Técnica de Empurrar	R. Antônio Augusto Meireles	419	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Caçapé	PB	58340-000
E-mail:		Tel.(DDD):	

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) 04.013 |

AGÊNCIA:

0422

CONTA: 9444

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.
25 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 DE SAPE



PREFEITURA
MUNICIPAL DE SAPE
SAMU 192 DE SAPE

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 21/01/19	ID da Ocorrência: 2324529	<input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA	Nº Batalhão: 47	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora da Saída da Base: 17:15 Hs	Hora da Chegada no Local: 17:25 Hs
Paciente: <i>Maria Emanuela da S. Fagano</i>	Local de Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> Sape <input type="checkbox"/> Mari <input type="checkbox"/> Sobrado <input type="checkbox"/> Riachão <input type="checkbox"/> Outro	Idade: 35 Anos	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem	Telefone: 943494802		
Endereço: <i>Centro das Aguas</i>	Bairro: -	Médico Regulador: <i>Dr. Marcus</i>				
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três	Apoio Local: <input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> SMTRANS <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> Outro					
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadido do Local	Trote: <input type="checkbox"/> Outro					

Documento de identificação do paciente:

RG: _____; CPF: _____; CNS: _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO
 TRAUMA
MOTIVO: *Esfolamento caminhão*

TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Quase afogamento/ afogamento
<input type="checkbox"/> F.A. B	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Gineco - obstétrico	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: *H. Trauma*

MOTIVO DO TRANSPORTE

Apoio Diagnóstico Serviço de maior complexidade transferência simples Outro

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____

Exame clínico (principais sintomas/queixas):

Febre apresentando movimento fraco de fêmur + lesão escorvada

agitação alergia Ausência de pulso (central) Cianose Convulsão Diarreia Dificuldade respiratória dor local febre Inconsciente/ desmaio Palidez Sangramento Vômito outros: *perna*

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica: *120* PA diastólica: *80* Pulso: *100* FC: *100* FR: *18* TEMP: *36.7* °C Glicem: *167* SPO: *99* Glasgow: *15*

2. VIA AÉREA

Livre obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo Estranho Bronco-aspasão Edema de glote Obstr.

VENTILAÇÃO

Espontânea Parada respiratória Assistida Rítmo irregular

EXPANSIBILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

ACHADOS

Crepitação Enfisema subcutâneo Expectorado Hemoptise Hantase

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Umida Normal Palidez Quente

EDEMA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JUL. 2019

PROTOCOLO
000000 PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 00000009494-8

Nr. da Autenticação F7CC3A3E72C0175C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 10

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Ruas para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 027.345.418



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - www.energia.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO
RUA ANTONIO AUGUSTO MEIRELES 418
SAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/64464-1

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

04/07/2019

CONSUMO

143

VENCIMENTO

11/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 136,92

Acesse: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03359.958174 2 79470000013692

Pagador: MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO CNPJ/CPF: 640.999.334-15

RUA ANTONIO AUGUSTO MEIRELES 418 - CENTRO - SAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003359958	000064464201907	11/07/2019	R\$ 136,92	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código de Beneficiário: 3064-3/2447-3

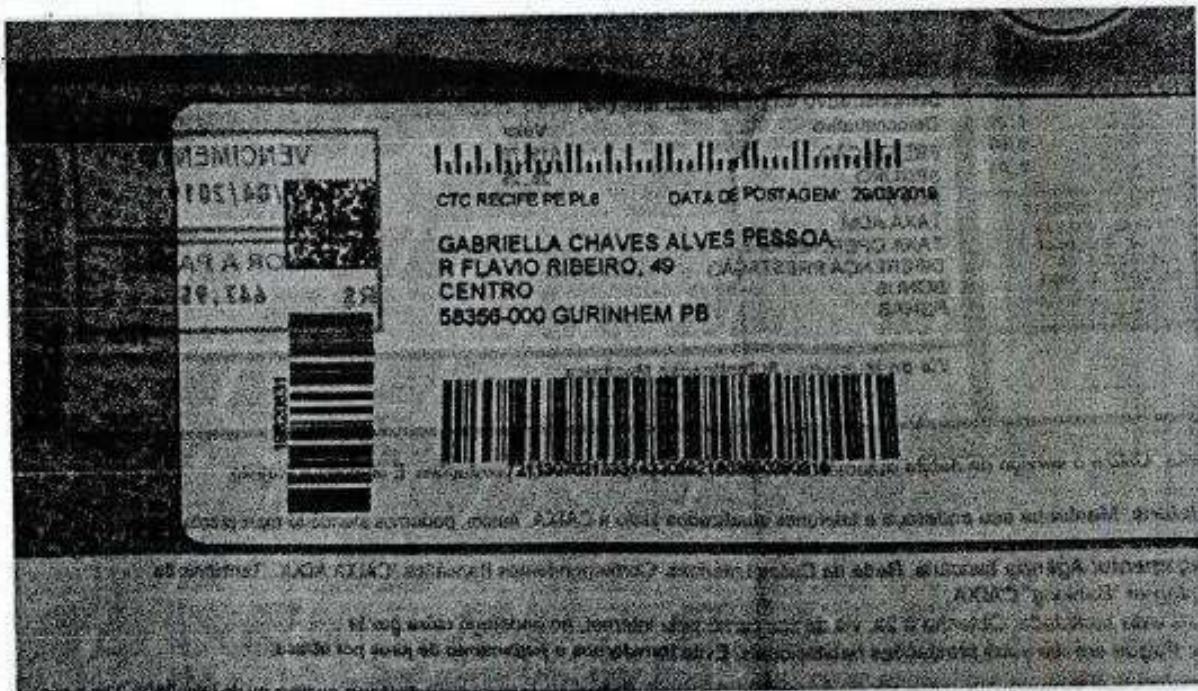


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>

Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 11



outlook.live.com/mail/inbox/fd/AQMkADAwATY3ZmYAZS05N2I4LTrjZgIMDACLTawCgBGAAAdnVTRey12BUmOqKgAjypztYHAmh6yp%... 1/1





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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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 nº9.633/98

Pelo exposto, eu Iphuella Chaves Alves Pessoa Novarro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 090456694, 39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Emanuelle da Silva Torgine inscrito (a) no CPF sob o nº 045.620.744.93

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Maria Emanuelle da Silva Torgine

inscrito (a) no CPF sob o nº 045.620.744, 93, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Pedro Ribino</u>	Número: <u>49</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Curimata</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>—</u>		CEP: <u>58356-000</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 03/07/19

Iphuella Chaves Alves Pessoa Novarro

Assinatura do Declarante

DDRL.001 V001/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

DATA DE NASCIMENTO 11/08/82

NOME DA MÃE MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113579

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1137496

DATA DO ATENDIMENTO 21/01/19

HORA DO ATENDIMENTO 18:35

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE OUTOMOVEL

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DIÁFISARIA DE FÉMUR DIREITO

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM COXA DIREITA, DEVIDO A CAPOTAMENTO DE CARRO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, INTERNADO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA DIREITA, Perna DIR.

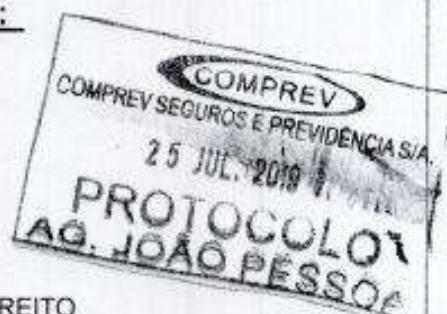
EXAMES HE MATOLOGICOS

ECG com risco cirúrgico.

USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA DIR. - FRATURA DE DIÁFISE DO FEMUR DIR.



TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 30/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/04/19

*Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM: 1873/PB*
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

On/ 18/10
HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Maria Emanuella da Silva Targino
BE: 1137496

II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mutua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal e os profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

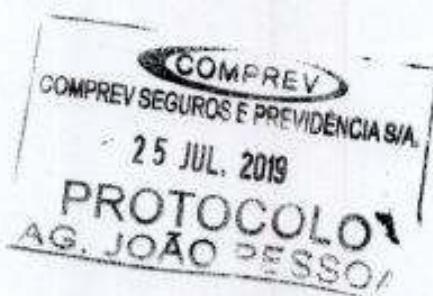
João Pessoa, 22/01/2019

RG 2260335

Paciente - RG

Flávia da Conceição Soárez de Freitas

Representante Legal - RG



Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO	1137496	21/01/2019 18:35:28	
Data de nascimento 11/08/1982	Idade 36a 5m 11d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 993994802
Mãe MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO			Prontuário
Endereço ANTONIO AUGUSTO MEIRELES, 418	Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9803/
Data/Hora Classificação 21/01/2019 18:35:28		Data/Hora Prescrição 22/01/2019 00:46:40	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM QUEIXA DE DOR INTENSA NA COXA ESQUERDA.

RX MOSTRA FRATURA TRANSVERSA NA DIAFISE DO FEMUR DIREITO.

CD.: AO CC PARA TRAÇÃO E INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA;

STAFF: DR ANDRIER.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir:

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir:

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSARIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MAXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir:

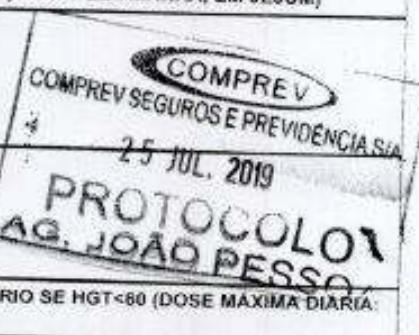
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir:

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSARIO SE HGT<60 (DOSE MAXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)



Bolotim registrado por: JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 21/01/2019 18:38:29

0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=498252&pesquisa=S&pc...

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H
Diluir
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG
HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, DURANTE 5 MIN(S)
CUIDADOS
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)
HGT 6/6HS
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA
INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)
SSVV + CCGG
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TRAÇÃO COM 8KG)
EXAME LABORATORIAL
HEMOGRAMA COMPLETO
COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
REIA
GLICOSE
EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)
Conduta
Internar Paciente

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9803/)

Dr. Francinélio Freitas
CRM: 9803
04579057800



0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=498252&pesquisa=S&pc...

SUS Sistema - Ministério Único de - da Saúde - 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.T.O.P					
Identificação do Paciente 2 - NOME DO PACIENTE MARIA EMANUELLA DA SILVA TANZINO 3 - NOME DO PACIENTE MARIA EMANUELLA DA SILVA TANZINO 4 - NOME DO PACIENTE MARIA EMANUELLA DA SILVA TANZINO					
5 - N° DO PRONTUÁRIO 6 - N° DO PRONTUÁRIO 7 - DATA DE NASCIMENTO 8 - SEXO Mas. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>					
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 11 - TELEFONE DE CONTATO N° DE TELEFONE					
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 13 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 14 - UF 15 - 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/EDU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
<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		
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO CX. 4,5 Praca Larga 10F DCP Parque São nº 32 — 05 Centro nº 36 — 01 nº 38 — 02					
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE PROFISSIONAL SOLICITANTE					
38 - DOCUMENTO CNS / JOPF			39 - N° DOCUMENTO (CNS/JOPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
40 - DOCUMENTO CNS / JOPF			41 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Elio Moreira Bezerra MECILO CRM-PB 31126		
AUTORIZAÇÃO					
42 - DOCUMENTO CNS / JOPF			43 - CÓD. ORGÃO EMISOR / / /		
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
46 - DOCUMENTO CNS / JOPF			47 - N° DOCUMENTO (CNS/JOPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			49 - Número do documento: 20052812380068500000029825035		



RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC/STIC

Name: Maria Beatriz da S. Torquato BE/Prontuário: _____
 Idade: 36 Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 27/01/19
 Clínica/Sector: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fratura Diáfisea do fêmur Direito
 Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Steffens
 2º Assistente: Dr. Felipe R. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fr. Diáfisea do fêmur Direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TTO. Cirúrgico.</u>	

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

Biópsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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



João Pessoa, _____ / _____ / _____

Médico/CRM: _____



Nota de Sala Cirúrgica

HOSPITAL



NOVO PACIENTE	MARIA EMANUELLA DA SILVA VARGAS				
ID-OP	36.1137496	ANO	18		
ENFERMAGEM	LEITO 05				
CIRURGICO	Dr. ELEUTERIO DIAPISARIA DE FENNER ①				
CIRURGICO	Dr. GUSTAVO + Dr. MARCUS VINCENCIUS				
ANESTESIA	BLOQ. PLEXO + RAQUI				
ANESTESISTA	Dra. CAMILA QUEIROGA				
INSTRUMENTADOR	28/05/19				
DATA	OCULOCERGICO	ANESTESIA INICIO	FIM		
OCULOCERGICO	11:00h	FIM 12.25h			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 (SAZEN 1-2) ASA 2 (SAZEN 3-4) ASA 3 (SAZEN 5-6)	ASA 4 (SAZEN 7-8)	ASA 5 (SAZEN 9-10)		
GRAD DE CONTAMINACAO	UMIDA	CONTAMINADA	IMPACTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA		
MEDICACOES ANESTESICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALIMENTANIA	RL	11	JELCO N°16	FIOS CAT GUT CROMADO N°	
SUPITACANA ISOBARICA			JELCO N°20	FIOS CAT GUT CROMADO N°	
BURACANA PESADA			JELCO N°22	FIOS DE ACO N°	
CETAMINA			JELCO N°24	FIOS DE ACO N°	
DRONPERIDOL	38 0,9%	12	KIT SIST. DREN. TORANICA N°	FIOS DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇOES	10	LAMINA BISTURI N°1	FIOS DE NYLON N°	
ENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	06	LAMINA BISTURI N°3	FIOS DE NYLON N°	
FENTANILA	PIPI DEGERMANTE	14	LAMINA BISTURI N°5	FIOS DE NYLON N°	
FU-MALTEZ	PIPI TINTURA	06	LAMINA BISTURI N°7	FIOS POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PIPI TOPICO	06	LAMINA BISTURI N°9	FIOS POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAINA 0,5% VASO	SABAO ANTISEPTICO		LAMINA DE DERMATOMO	FIOS POLIGLACTINA N°	
OBUPIVACAINA 0,5% VASO	MATERIAIS	QTD.	LAMINA DE BANERTO	FIOS POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA 0,5% VASO	AGULHA 12X4,5	06	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIOS POLIPROPILENO N°	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X8,0	06	LUVA ESTERIL N°7,0	FIOS POLIPROPILENO N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	06	LUVA ESTERIL N°8,0	FIOS POLIGLACTINA N°	
NIMBRUM	AGULHA PERIDURAL N°18		LUVA ESTERIL N°8,5	FIOS SEDA N°	
PANCURONIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MASCARA CIRURGICA	FITA CARDIACA	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°16		MULTIVIAS	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PROPOFOL	AGULHA RAQUI N°25		PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PVC	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26		SCALP N°19	CIMENTO CIRURGICO	
ROCURONIO	AGULHA RAQUI N°27		SCALP N°21	CLIP TITANIO LIGADURA	
SEVOFLURANO	ALGODAO ORTOPEDICO		SERINGA 3ML	FIOS DE KIRSCHNER N°	
SUXAMETONIO	ATADURA DE CREPOM	06	SERINGA 5ML	FIOS DE KIRSCHNER N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	06	SERINGA 10ML	FIOS STEINMAN N°	
MEDICACOES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	SERINGA 20ML	FIOS STEINMAN N°	
ADRENALINA		CANULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	GRAMPEADOR CIRURGICO	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	HEMOST. ABSORVIVEL	
ATROFOPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	INT. DERIVA VENTRICULAR	
BESTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	PROTESE VASCULAR	
CETALOGINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	KUT. PAM	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 21VAS N°12	FIXADOR EXTERNO	
EVONA SODICA		CATETER EPIDURAL N°19	SONDA FOLEY 21VAS N°14	EMPRESA	
EVONA		COMPRESAS CIRURGICAS	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	01
FLUOR		COMPRESAS CIRURGICAS	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	05
GLUTOSE 50%		CREM. DE PENOSO	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS CORTICais	01
GLUONIATO DE CAL	25 JUL. 2019	CREM. DE SUCUCA	TORNIRINHA	PARAFUSOS CORTICais	01
PIRA CORTICOSA		CREM. DE SUCUCA	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR	
TECAINA G		CREM. DE SUCUCA	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALLEOLAR	
OND. SEDATIVA		CREM. DE SUCUCA	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
PLASTICO		ESCRIMA TRANS. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PROSTOMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTANINA		ESPOONIA DE PVPI		1) ASPIRADOR	
TECHNICON		ESPA. ADERAPAO		2) BISTURI ELETTRICO	
SENOVADERO		GAZES		3) CARNOGRAFO	
CLONIDINA		GAZES ALCOOLIZADAS		4) CARDIOMONITOR	
KETAMINA		GEL ELETROLITICO		5) DESFIBRILADOR	
		JELCO N°14		6) FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°16		7) FOCO CENTRAL	
				8) MICROSCPIO	
				9) OXIMETRO DE PULSO	
				10) P. A. INVASIVA ANT. PULSATIVA	
				11) RESPIRADOR ELETTRICO	
				12) SERRA	
				CIRCULANTE	
				13) TECNOLOGIA	
				14) TECNOLOGIA	
				15) TECNOLOGIA	
				16) TECNOLOGIA	
				17) TECNOLOGIA	
				18) TECNOLOGIA	
				19) TECNOLOGIA	
				20) TECNOLOGIA	
				21) TECNOLOGIA	
				22) TECNOLOGIA	
				23) TECNOLOGIA	
				24) TECNOLOGIA	
				25) TECNOLOGIA	
				26) TECNOLOGIA	
				27) TECNOLOGIA	
				28) TECNOLOGIA	
				29) TECNOLOGIA	
				30) TECNOLOGIA	
				31) TECNOLOGIA	
				32) TECNOLOGIA	
				33) TECNOLOGIA	
				34) TECNOLOGIA	
				35) TECNOLOGIA	
				36) TECNOLOGIA	
				37) TECNOLOGIA	
				38) TECNOLOGIA	
				39) TECNOLOGIA	
				40) TECNOLOGIA	
				41) TECNOLOGIA	
				42) TECNOLOGIA	
				43) TECNOLOGIA	
				44) TECNOLOGIA	
				45) TECNOLOGIA	
				46) TECNOLOGIA	
				47) TECNOLOGIA	
				48) TECNOLOGIA	
				49) TECNOLOGIA	
				50) TECNOLOGIA	
				51) TECNOLOGIA	
				52) TECNOLOGIA	
				53) TECNOLOGIA	
				54) TECNOLOGIA	
				55) TECNOLOGIA	
				56) TECNOLOGIA	
				57) TECNOLOGIA	
				58) TECNOLOGIA	
				59) TECNOLOGIA	
				60) TECNOLOGIA	
				61) TECNOLOGIA	
				62) TECNOLOGIA	
				63) TECNOLOGIA	
				64) TECNOLOGIA	
				65) TECNOLOGIA	
				66) TECNOLOGIA	
				67) TECNOLOGIA	
				68) TECNOLOGIA	
				69) TECNOLOGIA	
				70) TECNOLOGIA	
				71) TECNOLOGIA	
				72) TECNOLOGIA	
				73) TECNOLOGIA	
				74) TECNOLOGIA	
				75) TECNOLOGIA	
				76) TECNOLOGIA	
				77) TECNOLOGIA	
				78) TECNOLOGIA	
				79) TECNOLOGIA	
				80) TECNOLOGIA	
				81) TECNOLOGIA	
				82) TECNOLOGIA	
				83) TECNOLOGIA	
				84) TECNOLOGIA	
				85) TECNOLOGIA	
				86) TECNOLOGIA	
				87) TECNOLOGIA	
				88) TECNOLOGIA	
				89) TECNOLOGIA	
				90) TECNOLOGIA	
				91) TECNOLOGIA	
				92) TECNOLOGIA	
				93) TECNOLOGIA	
				94) TECNOLOGIA	
				95) TECNOLOGIA	
				96) TECNOLOGIA	
				97) TECNOLOGIA	
				98) TECNOLOGIA	
				99) TECNOLOGIA	
				100) TECNOLOGIA	
				101) TECNOLOGIA	
				102) TECNOLOGIA	
				103) TECNOLOGIA	
				104) TECNOLOGIA	
				105) TECNOLOGIA	
				106) TECNOLOGIA	
				107) TECNOLOGIA	
				108) TECNOLOGIA	
				109) TECNOLOGIA	
				110) TECNOLOGIA	
				111) TECNOLOGIA	
				112) TECNOLOGIA	
				113) TECNOLOGIA	
				114) TECNOLOGIA	
				115) TECNOLOGIA	
				116) TECNOLOGIA	
				117) TECNOLOGIA	
				118) TECNOLOGIA	
				119) TECNOLOGIA	
				120) TECNOLOGIA	
				121) TECNOLOGIA	
				122) TECNOLOGIA	
				123) TECNOLOGIA	
				124) TECNOLOGIA	
				125) TECNOLOGIA	
				126) TECNOLOGIA	
				127) TECNOLOGIA	
				128) TECNOLOGIA	
				129) TECNOLOGIA	
				130) TECNOLOGIA	
				131) TECNOLOGIA	
				132) TECNOLOGIA	
				133) TECNOLOGIA	
				134) TECNOLOGIA	
				135) TECNOLOGIA	
				136) TECNOLOGIA	
				137) TECNOLOGIA	
				138) TECNOLOGIA	
				139) TECNOLOGIA	
				140) TECNOLOGIA	
				141) TECNOLOGIA	
				142) TECNOLOGIA	
				143) TECNOLOGIA	
				144) TECNOLOGIA	
				145) TECNOLOGIA	
				146) TECNOLOGIA	
				147) TECNOLOGIA	
				148) TECNOLOGIA	
				149) TECNOLOGIA	
				150) TECNOLOGIA	
				151) TECNOLOGIA	
				152) TECNOLOGIA	
				153) TECNOLOGIA	
				154) TECNOLOGIA	
				155) TECNOLOGIA	
				156) TECNOLOGIA	
				157) TECNOLOGIA	
				158) TECNOLOGIA	
				159) TECNOLOGIA	
				160) TECNOLOGIA	
				161) TECNOLOGIA	
				162) TECNOLOGIA	
				163) TECNOLOGIA	
				164) TECNOLOGIA	
				165) TECNOLOGIA	
				166) TECNOLOGIA	
				167) TECNOLOGIA	
				168) TECNOLOGIA	
				169) TECNOLOGIA	
				170) TECNOLOGIA	
				171) TECNOLOGIA	
				172) TECNOLOGIA	
				173) TECNOLOGIA	
				174) TECNOLOGIA	
				175) TECNOLOGIA	
				176) TECNOLOGIA	
				177) TECNOLOGIA	
				178) TECNOLOGIA	
				179) TECNOLOGIA	
				180) TECNOLOGIA	
				181) TECNOLOGIA	
				182) TECNOLOGIA	
				183) TECNOLOGIA	
				184) TECNOLOGIA	
				185) TECNOLOGIA	
				186) TECNOLOGIA	
				187) TECNOLOGIA	
				188) TECNOLOGIA	
				189) TECNOLOGIA	
				190) TECNOLOGIA	
				191) TECNOLOGIA	
				192) TECNOLOGIA	
				193) TECNOLOGIA	
				194) TECNOLOGIA	
				195) TECNOLOGIA	
				196) TECNOLOGIA	
				197) TECNOLOGIA	
				198) TECNOLOGIA	
				199) TECNOLOGIA	
				200) TECNOLOGIA	
				201) TECNOLOGIA	
				202) TECNOLOGIA	
				203) T	

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/01/19

PRONTUÁRIO: 1137496

PACIENTE: *Maria Brunella da S. Togni* SEXO: F COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 111/80 RESPIRAÇÃO: 16/MIN. TEMPERATURA: 36.5°C PESO: 60 KG GRUPO SANGUÍNEO: A

ESTADO GERAL: BOM / REGULAR / MAU / PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM / REGULAR / MAU / PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: *hirsúcia* AP. RESPIRATÓRIO: *ausculta* AP. CIRCULATÓRIO: *extremidades* GRUPO SANGUÍNEO:AP. DIGESTIVO: *gástrica* ESTADO MENTAL: *lote* DROGAS EM USO: *extremidades*PRE-ANESTÉSICO: *gástrica* ESTADO FÍSICO CASA:HISTÓRICO: *Fractura de Displasia de Femur Direito* ESTADO FÍSICO CASA:DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *Fractura de Displasia de Femur Direito* ESTADO FÍSICO CASA:CIRURGIA REALIZADA: *Intervenção de redução da Fractura de Femur Direito* ESTADO FÍSICO CASA:

CIRURGIA: ALVILARES CRM-PB:

INÍCIO DA ANESTESIA: TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA:

TÓCICO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS:

ANESTÉSICO: *D.筒状* CRM-PB:CPF: *1030 1130 1130* CRM-PB:AVD: *1030 1030 1030* CRM-PB:MSE: *1030 1030 1030* CRM-PB:PAC: *1030 1030 1030* CRM

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

paciente em D. O N. sob anestesia
fisiológica + anti-arritmico
Suturação do campo estéril

Incisão:

longitudinal antero medial do coxa direita

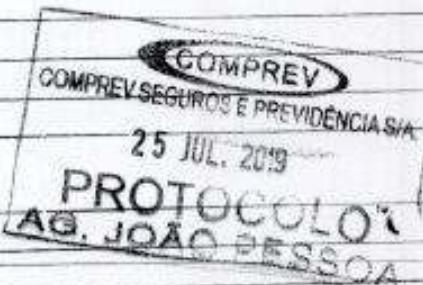
Achados:

fx desfavorável do fêmur distal

Conduta:

- Redução anatômica aberta
- Fixação com placa DCP largo de 10 furos com parafuso 03 imid. parafusos
- Limpeza ósteocondral com SFC 97
- Reabilitação de planos e partes moles, pele
- Fissura por Scapula
- Suturação estéril
- PT de reabilitação
- Fixação

Fechamento:



Observação:

AB cirúrgico sem intercorrências



Médico/CRM:



28/01/2019

SUS	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(A/S)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HEET SHL		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE Ms Emanuelle da Silva Torges		6 - DATA DO PREDATORI	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / / / /	
9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		10 - GÊNERO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
11 - ENDEREÇO (RUA/Nº, BAIRRO)		12 - TELFONE DE CONTATO / / / / / / / /	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		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(A/S)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO E/OU 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 II	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Atividade: exame de fundo de olho N: 00 (1)			
COMPREV PROFISSIONAL SOLICITANTE			
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO / / / / / /	
41 - DOCUMENTO CNS/CPF: 11.100.100-00		42 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CNS: 11.100.100-00	
43 - DATA DO DOCUMENTO 13 JUL 2013		44 - ASSINATURA E CARIMBO (INÍCIO DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Francisco de Souza Moreira CRM PB 0003 Nº 7040479057800	
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA		AUTORIZAÇÃO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZANTE AG. JOÃO PESSOA		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / / / / /	
47 - DOCUMENTO CNS: / / / / / / / /		48 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CNS: / / / / / / / /	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (INÍCIO DO REGISTRO DO CONSELHO)			





RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO BE/PRONTUÁRIO 1137496
 IDADE: 36 SEXO: MASC FEM COR: DATA: 22/1/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
 CIRURGIA: TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA
 CIRURGÃO: DR ANDRIER 1º ASS: MR1 FRANCINELIO
 2º ASS:
 INSTRUMENTADOR:
 TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA

 RESIDÊNCIA _____

TERAPIA INTENSIVA
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO
 Dr Francisco Freitas
 CRM-PB 102414
 202414

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 22/1/2019



Nota de Sala Cirúrgica



NOVÉO DO PACIENTE	Maria Enaullah do Nascimento Terezinha					
IDADE	36					
SEXO	F					
CHURGADA	Dr. Júnior + Neto (R1)					
ANESTESIA	Geral					
ANESTESISTA	Dr. Flávio (Guedes)					
INSTRUMENTADOR	Dr. Flávio (Guedes)					
DATA	20/05/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INICIO	230			
DATA	20/05/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA FIM	22'58			
SÍNTESE DE RISCO DE CIRURGIA - BRAZILIAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS						
ASA I (ASA 2-ASA 3) (ASA 4-5-ASA 5)						
NÍVEL DE CONTAMINAÇÃO (1-LIMITE CONTAMINADA) / INFECTADA (2-POTENCIALMENTE CONTAMINADA)						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS	QTD.	FROS	QTD.	
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº		
SUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº		
SUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº		
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº		
DRONERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº		
HEMOHABITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº		
MENTANILA	PPV: DESGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº		
FLUMAZENIL	PPV: TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº		
FLURANO	PPV: TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº		
OBSPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPRÓPILENO Nº		
OBSPIVACAÍNA C/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	1A		
LIDOCAINA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPRÓPILENO Nº		
LIDOCAINA C/VASO	AGULHA 22X30		LUVA ESTÉRIL Nº7,4	FIO POLIGLACRÔNE Nº		
MIDAZOLAM	AGULHA 25X30		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº		
MORFINA	AGULHA 40X12	1	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDEADA		
MÍNDIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PAXILTRONICO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PIPERILADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIQUIDAURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	1
SOQURONIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEOFELERANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SUVAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
TOPIENTAL	ATADURA CRISSADA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº5		
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		HEMOST. ABSURVÍVEL
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT DERIVA VENTRICULAR
ATROFIMA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		PROTESE VASCULAR
EXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		KIT PAM
FLACOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		FIXADOR EXTERNO
IMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		EMPRESA
PIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		COMPROV. SECURISÉ PREVIDÊNCIA SIA
EDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		25 JUN 2019
HIBOREMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESTÔMICO
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESTÔMICO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATERIAIS
HIDROCORRISTONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATERIAIS
EDRINA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MATERIAIS
ONDASENTRONA		ESQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PARAFUSOS MATERIAIS
PLASIL		ESQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTROMINE		EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA		ESPINHA DE PVA		FROS	QTD.	EQUIPAMENTOS
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº		ASPIRADOR
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº		BISTURI ELÉTRICO
		GAZES ALGODoadAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		CAPNOGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		CARDIOMONITOR
		JELCO Nº14				DESFIBRILADOR
		JELCO Nº16				FOCO AUXILIAR
						FOCO CENTRAL
						IMCROSCÓPIO
						OXÍMETRO DE PULSO
						P.A. INVASIVA/NO INVASIVA
						REFRIGERADOR ELÉTRICO
						SERRA
						CIRCULANTE

25 JUN 2019
PROTÓCOLO
40.9040 PESSOA
Somur

Assinado em 28/05/2020 12:38:01
Por: SUELIO MOREIRA TORRES
CJ: N° 357.237



Médico/CRM:

João Pessoa

22/1/2019

21 Francisco Freitas
1000-0003
21405378037800
21405378037800



MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO
11/08/1982
ID: 000000086368
Sex: Female
36 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
Ac. Nb: 300002056498
Acq.: 22/01/2019
Acq.: 06:28:46 000337

20 cm

D

Frame: [1002] 2 / 2
Zoom: 25.64%
Window/Level: 1.023/511
CR (1760x2140)

Series Nb: 1001

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 29



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sessão Humberto Lucena

Atendimento: 201931853269

Data Nasc: 11/08/1982 - 36 anos

Paciente: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data Exame: 22/01/2019

RADIOGRAFIA DA Perna Direita AP

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares tibiotalar e tibiofibular sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionado com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi liberado em 20/02/2019 11:02

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB

COMPREENSÃO: 100%

20 JUN. 2019

PROTÓCOLO
Scanned with CamScanner
AG. JOÃO PESSOA



MARIA EMANUELLA DA SILVA, TARGINO
11/08/1982
ID: 00000086368
Sex: Female
36 years

HTOP
RX COXA BILATER
Ac. Nb: 300002073136
Acq.: 28/01/2019
Acq.: 13:52:28.000296

10 cm

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 10.54%
Window/Level: 1.024/512
CR (4280x3520)

Series Nb: 1



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 31



Atendimento: 201931868158

Data Nasc: 11/08/1982 - 36 anos

Paciente: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data Exame: 28/01/2019

RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA

Osteossíntese femoral diafisária mediodistal com haste e parafusos metálicos para fixação de fratura sem desvios do terço médio do fêmur, associada a aumento das partes moles locais.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionado com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi gerado no dia 28/01/2019

Dr. Valdir Alves Ribeiro Guedes
CRM: 278.933

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>

Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 32

Lauda Médico/Resumo de Ata

25 JUL 2019

PROTOCOLO
DE
200 PESSOAS

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 34

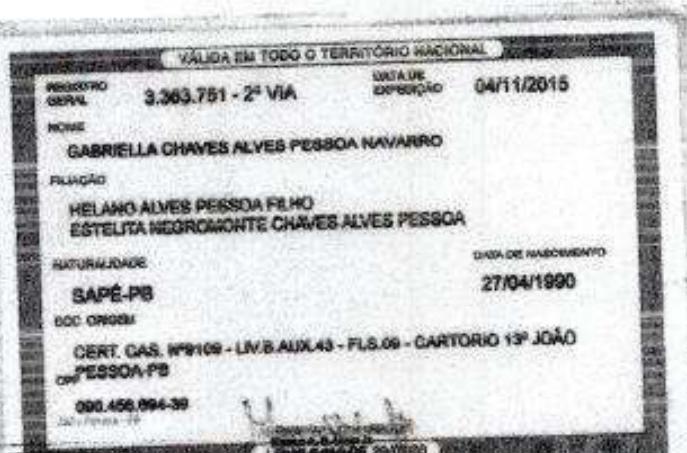


Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 35



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25 JUL. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

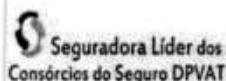
Num. 31074153 - Pág. 36



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Núm. 31074153 - Pág. 37

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Número do Sinistro: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO
CPF: 090.456.694-39

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190446867 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: P.1(RELATÓRIO) P.5(BAM) P.11(CIRURGIA) P.16,18(IMAGEM) P.17,19(EXAME) P.20(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190446867 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: P.1(RELATÓRIO) P.5(BAM) P.11(CIRURGIA) P.16,18(IMAGEM) P.17,19(EXAME) P.20(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Emanuella da Silva Targino
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** solteira
PROFISSAO: Técnica de Enfermagem **Nº DO RG:** 2840321
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 10/03/2015
Nº CPF: 045.620.744-93 **ENDEREÇO:** R. Antônio Augusto
Meinels, nº 419, Centro, Sape - PB, cep nº 58340-000.

OUTORGADO: Ipiruella Chaves Alves Pereira Maraville
NACIONALIDADE: brasileira **ESTADO CIVIL:** casada
PROFISSAO: Advogada **Nº DO RG:** 3363151
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 04/11/2015
Nº CPF: 090.456.694-39 **ENDEREÇO:** R. Florio Ribeiro
nº 49, Centro, Quiximé - PB, cep nº 58356-000.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Maria Emanuella da Silva Targino, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

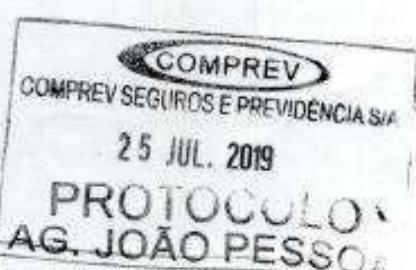
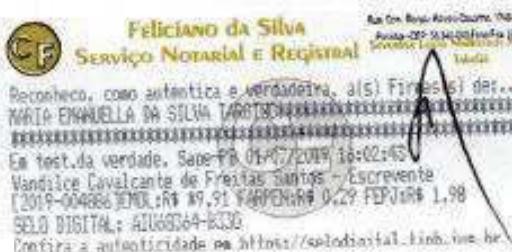
Sape - PB

01 de julho de 2019

Ipiruella Emanuella da Silva Targino
Assinatura



OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO : 090.456.694-39

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO : 045.620.744-93

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.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 25/07/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO
CPF: 090.456.694-39

Data do cadastramento: 25/07/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 42

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Número do Sinistro: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO
CPF: 090.456.694-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812380068500000029825035>
Número do documento: 20052812380068500000029825035

Num. 31074153 - Pág. 43