
Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190451730 Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
-----------------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA APARECIDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **0000016956-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

AS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

072.007.017-18

4 - Nome completo da vítima:

MARIA APARECIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

MARIA APARECIDA DA SILVA

6 - CPF:

072.007.017-18

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

R. ANTONIO BARBOSA ALVES

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

AREIAL

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58140.000

15 - E-mail:

geraldonalz2@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDD):

(63) 98899-2405

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1668

CONTA:

00016956

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (vai nosos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

AREIAL, 18 JUNHO 2019

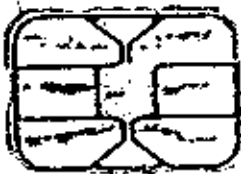
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



6277 8017 1384 4003

6277

VALIDO ATÉ

10/24

MARIA APARECIDA DA SILVA

1668 013 00016956-8

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de ocorrência



Versando sobre ACIDENTE DE TRANSITO

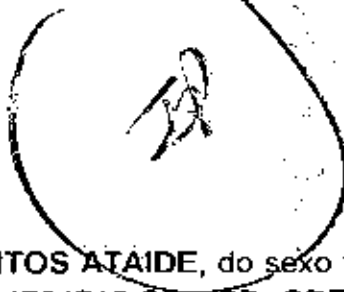
Hora e data do fato: Às 10:30, do dia 13 de maio de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:25, do dia 16 de julho de 2019.

Local do Ocorrido: BR 104, CENTRO, PROXIMO AO RADAR, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA-PB

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DA SILVA, do sexo feminino, nascida no dia 08/12/1962, com 56 anos de idade, ID: 33.995.349 SSP SP, CPF: 072.007.017-18, AGRICULTORA, filha de INACIO VICENTE DA SILVA e de ALUISA LIMEIRA DENOA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, DIVORCIADA, natural de AREIAL, BRASILEIRA, residente na RUA ANTONIO BARBOSA ALVES S/N, bairro CENTRO, na cidade de AREIAL, PB, telefone Nº 988157862

VÍTIMA: A PROPRIA COMUNICANTE,



RECEBIDO

24 JUL 2019

Seguradora Lider DPVAT

TESTEMUNHAS: JOSINEIDE DOS SANTOS ATAIDE, do sexo feminino, nascida no dia 07/08/1974, com 44 anos de idade, ID: 1721715 SSP PB, CPF: 97691097468, filha de VALDEMAR ATAIDE e de MARIA DOS SANTOS ATAIDE, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, natural de ESPERANÇA, residente na RUA JOSÉ BALBINO DOS SANTOS S/N, bairro CENTRO, na cidade de S.S DE LAGOA DE ROÇA, PB. EDNALDO BENTO DE ALMEIDA, do sexo masculino, nascido no dia 23/06/1973, com 46 anos de idade, filho de AUGUSTO BENTO DE ALMEIDA e de JOSEFA ROSA DA CONCEIÇÃO, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, SOLTEIRA, residente na RUA JOSE BARBOSA DOS SANTOS 1 ANDAR, bairro CENTRO, na cidade de S.S DE LAGOA DE ROÇA, PB.

HISTÓRICO: QUE no dia treze de maio do corrente ano estava em transito de carona na motocicleta do seu filho saindo da cidade de Areial para a cidade de Campina Grande quando ao passar pela cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça mas precisamente próximo ao RADAR na BR 104 um veículo da cor preta não identificado teria feito uma ultrapassagem indevida e colidido na motocicleta onde a comunicante estava de carona; QUE o piloto da motocicleta REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR perdeu o equilíbrio da motocicleta fazendo com que viesse ao solo; QUE a comunicante sofreu varias escoriações pelo corpo e quebrando o braço direito; QUE foi socorrida por um carro da prefeitura de Lagoa de Roça e encaminhada ao Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande que

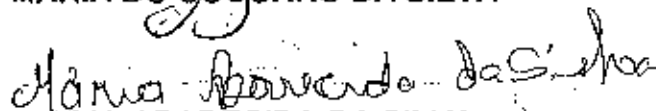


permaneceu hospitalizada naquele hospital por sete dias e que foi submetida a uma cirurgia para colocação de PLACA DE FERRO no Braço; QUE o veículo se trata DE UM MOTOCICLETA BROS 160, PLACA QFH0886/PB, COR PRETA, ANO MODELO 2015, CHASSI 9C2KD0810FR52753 em nome de REGINALDO BERBARNO PEREIRA JUNIOR; QUE o veículo envolvido no sinistro não teria prestado socorro como também não sabe dar maiores informações sobre o veículo que teria causado tal colisão.

AUTORIDADE


MARIA DO SOCORRO DA SILVA

COMUNICANTE


MARIA APARECIDA DA SILVA

ESCRIVÃ ADHOC


DUCINEIA BARBOSA LUNA



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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

072.007.017-18

MARIA APARECIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

MARIA APARECIDA DA SILVA

6 - CPF:

072.007.017-18

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

R. ANTONIO BARBOSA ALVES

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

AREIAL

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58140.000

15 - E-mail:

Cyralboralf2@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDD):

(83) 988992405

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1668

CONTA:

00016956

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (vol nasoturo)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

AREIAL 19 DE AGOSTO DE 2019

x Maria Aparecida da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA

R. José Rodrigues Coura, 52, Centro • CNPJ: 08.742.439/0001-00 • Tel: (83) 3357-1008 • E-mail: prefeitura@lagoaderoça.pb.gov.br • Site: www.lagoaderoça.pb.gov.br

Governo: "Reconstruindo com Inovação"

SECRETARIA DE SAÚDE

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sr.^a MARIA APARECIDA DA SILVA, RG Nº 33.995.349-4, CPF Nº 072007017-18, sofreu um acidente de moto na BR 104 no dia 13 de maio de 2019, próximo a cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça, sendo a mesma socorrida para o Hospital de Trauma de Campina Grande, onde teve seus cuidados médicos.

Atenciosamente,

Italo Rafael Coura de Alcântara
Secretário de Saúde
Matrícula: 1926

ÍTALO RAFFAEL COURA DE ALCÂNTARA
Secretário Municipal de Saúde
S.S. de Lagoa de Roça-PB.

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: 06/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000016956-8

Nr. da Autenticação 58DB5C54E8142553



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

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

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

Eu, MARIA APARECIDA DA SILVA,

RG nº 3395349-4, data de expedição 29/04/2010

Órgão SSP-BA, CPF nº 072.007.027-18,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ANTONIO BARBOSA ALVES</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>CAD</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>AREIAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.140 000</u>
Tel. de contato	<u>(33) 98899.2405</u>
E-mail	<u>Equaldonofez@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: AREIAL, 18 DE JULHO DE 2019

Maria Aparecida da Silva

Assinatura do Declarante

REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
RUA ANTONIO BARBOSA ALVES, S/N - CENTRO
AREIAL / PB CEP: 58140000 (AG: 71)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 2 - 74 - 400 - 6580 Referência: Jul / 2019
Medidor: 00008114225 Emissão: 05/07/2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.026.123/0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica Nº 027.441.364
Cód. para Déb. Automático: 00913732995

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	05/07/2019	06/08/2019	093.062.924-81
			Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): **5/1373299-5**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
04/06/18	6275	05/07/19	8302	1	27	31
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc. Alq. ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Coluna (R\$)
				ICMS (R\$)	PIS/Coluna (R\$)	(1,0545%) (4,9955%)
0501	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,205120	6,15	0,00	0,00
0601	Adic. B. Amarela			0,02	0,00	0,00
0610	Subsídio			11,48	0,00	0,00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0999	CREDITO A COMPENSAR (-) 07/2019			-6,95	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-10,79	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL -0,00 0,00 0,00 17,65 0,19 0,88
Tarifa s/ Tributos: Até 30kWh 0,192660

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
37	12/07/2019	R\$ 0,00

Histórico de Consumo (kWh)

47	37	26	34	40	33	38	31	39	38	45	31
Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR

RG nº 3 761 966, data de expedição 13/12/2013

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 093 062.924 - 81

com domicílio na cidade de AREIAL, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA ANTONIO BARBOSA ALVES, nº 514

complemento CAIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

MARIA APARECIDA DA SILVA, cujo o condutor era

REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR

Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA/NXR 160 Ano: 2015/2015

Placa: QEH 0886 Chassi: 9C2RDO810FR452753

Data do Acidente: 13/05/2019

Local e Data: AREIAL, 18/07/2019

Reginaldo Bernardo Pereira Junior
Assinatura do Declarante

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



OFÍCIO DO REG. CIVIL E TAB. DE NOTAS
Rua José Rodrigues Coura, SL-02, 53, Centro, São Sebastião de Lagoa de Roça-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
Dou. ff. São Sebastião de Lagoa de Roça/PB - 16/07/2019
Escritor: Ana Lúcia Fernandes Diniz
Selo Digital: A1UB1273-FJF3
Consulte a autenticidade em <https://melodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 10,90 Papéis R\$ 0,25 MP R\$ 0,17 Feij R\$ 0,00



Cartório do Reg. Civil e Tabelionato
de S. S. Lagoa de Roça-PB
Vanderlécia Gomes dos Santos
TITULAR EM EXERCÍCIO



internação: 13/05/2019 Hora: 15:38:50

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARSUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA APARECIDA DA SILVA6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1895885

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
31/12/19699 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor abdominal de + intensidade
geral

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Encefalopatia + alteração de consciência

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Tent. de diagnóstico de AVC

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Hemodinâmica de AVC

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO
0410 0228 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98001628532099930 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
OTAVIO FERREIRA JUNIOR

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BELMTE 38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA 40 - CEARC DA EMPRESA 41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ORGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1895676 CLASS. DE RISCO: **GRAVE**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/05/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Tereza Vinicius Duarte

PACIENTE: MARIA APARECIDA CEP: Nascimento: 31/12/1969

DA SILVA 57 ANOS

Endereço: Sexo: Telefone:

Cidade: Idade: 02/19 Bairro:

Nome da Mãe: RG: Nº:

Responsável: CPM: Profissão:

Estado Civil: Data de Atend: 13/05/2019 CDS:

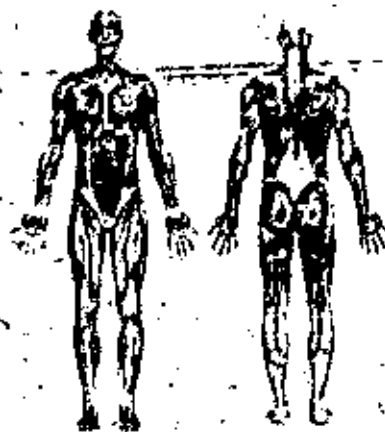
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 10:54:18 CONVENIO: SUS

Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria Venosa |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisipela subcutânea | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágica |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestesia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorrágica |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

ORIS: **POLITRAUMA**

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada: % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA POR
ACIDENTE DE MOTO. NA 30M. AFIRMA
DOR EM MÃO E PUNHO BILATERAIS, DOR EM TORNADO
PELUG E ADOCHOS. NENHUMA OUT CHESOU A
MANHÃ.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Anisocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: TA

1. VA PERGUA 9/SINUS DE POR A MANHÃ CERRADA
2. NÚDA S/R. DOR A PARADA DE TÓRAX
3. PULOS CHEIOS E SIMÉTRICOS, DOR EM PELUG, REC 52
4. ECG: 73, RIFEL
5. LESÕES EM MEMBROS E TÓRAX

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: **ORTOPEDIA** As

Data: / /

Especialista: **NEFR** As

Data: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	DIPIRONA 101 FA + AD, EV	11:15
2	TILACIL 40mg: 1FA + AD, EV	11:15
3		
4		

Dr. Jhonny B. B. B.
MÉDICO - R. 4493
CRM-PB

DIGNOSTICO / CID:
 EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia - B.05.19.

Paciente uturo acidente moto
queimado. C. Qual para avaliação
ortopedica, Causante, subido
EFO -> deformidade no punho @
+ estenose no MMSS + MMIT
S/ hipoxico esse
Radio grafias do punho radio
distal e dir.

Col. ortopedico -> talo antopalmos
paciente deve ser internado
para o punho dir. após
alter. dos demais especificidades

Dr. Peterson J. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-52777 ROR 7516

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

#Neurocirurgia =

CONDIÇÃO SUBORDINADA E CONDIÇÃO
GRUPO B. 150
DOE EM ALIC.
FORA DOBRO TMO V.

Para a conduta por tempo

não especifica

- Sero o de emisso S

- De PRATO: NDA

ATA NEX

José Ramalho da S. Neto
Neurocirurgia
CRM - 22098
José Ramalho da S. Neto
Neurocirurgia
CRM - 22098

DESTINO DO PACIENTE _____ hs _____ hs.

() Centro cirurgico () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 13/05/2019

Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA 57 ANOS Idade: 02019 N° ATEND: 1895676

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 13/05/2019 HORA : 11:02:03

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO

DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AValiação NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO

() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO

() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA

() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() ANAFILAXIA () FLERITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor					pior dor		

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN

Tereza Viana Duarte 287537

Tereza Viana Duarte
 ENFERMEIRO
 COREN-PB 287.537

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Maria Aparecida da Silva DN: 31/12/69			
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		3.05	50 anos	1895676	
CIRURGIA		Anestesia dos ossos do antebraço direito		CIRURGIÃO Dr. Quêncio	
ANESTESIA		Anestesia de braço Braquial + Geral		ANESTESIA Dr. Ricardo Loureiro	
INSTRUMENTADORA		DATA		FIM	
Odacir		18/05/19		10:00	
				11:30	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Org.		Catgut cromado Sertix
01	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dofantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fenjanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Morocina - 100mg/ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
01	Revulon amp. M22		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
04	Protigmine amp.	015	Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
11	Protaxido 100mg	015	Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Regim amp. Propofol		H.O. ml	01	Mononylon
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
03	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.	015	Luvas 20 maced.	01	Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio lm		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SÓROS
	Kanakion amp.	015	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stupitanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTES E PRÓTESE
	Cefatolina 1g		Sonda Nasogátrica		TM Cirurgica 3,5
	Alfalfa		Sonda Uretral nº	01	para um 13x3
			Sterydrem ml	01	torçoes corticais
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7	02	Gelcon 15		
	Agulha desc. 28 x 28	05	Letex		
	Agulha desc. 3 x 4,5		Letex		
015	Agulha p/ raque nº	01	Letex		
	Alcool de Enfermagem	01	Letex		
	Alcool iodado ml		Letex		
02	Ataduras de Crepon 15cm		Letex		
	Ataduras de Gessada		Letex		
	Azul melileno amp.		Letex		
	Benzina ml		Letex		

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

EQUIPAMENTOS

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (x) Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar |
| () Serra | () Eletrocautêrio |
| () Desfibrilador | (x) Oxícapiógrafo |
| (x) Foco Cirúrgico | (x) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | (x) Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Inês da Silva Registro: Leito: 5.1 Setor Atual:

ANAMNESE

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☐) Orientado (☐) Confuso (☐) Letárgico (☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) OutrGLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia): Pupilas: (☐) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) D>E (☐) E>D (☐) Fotorreagentes (☐) Mióticas (☐) MidríaticasMobilidade Física: (☐) Preservada (☒) Paresia (☐) Plegia (☐) Parestesia Local: Linguagem: (☐) Qual? (☐) Disfonia (☐) Afasia (☐) Disfasia (☐) Disartria.Obs.:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea (☐) Cateter Nasal (☐) Venturi % l/min (☐) Traqueostomia (☐) Ayre/Tubo T(☐) VMNI (☐) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O(☒) Eupnéia; (☐) Taquipnéia (☐) Bradipnéia (☐) Dispnéia (☐) Outros: Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☐) Diminuídos (☐) D (☐) ERuídos adventícios: (☐) Roncos (☐) Sibilos (☐) Estridor (☐) Outros: Tosse: (☐) Improdutiva (☐) Produtiva Expectoração: (☐) Quantidade e aspecto: Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: (☐) D (☐) E (☐) Selo d'água: Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: (☐) Visão (☐) Audição (☐) Tato (☐) Olfato (☐) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo (☐) Agitado (☐) Agressivo. (☐) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular (☐) Irregular (☐) Impalpável (☐) Filiforme (☐) Cheio.

Pele: (☒) Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.

Tempo de enchimento capilar: () ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()

Drogas vasoativas: () Quais? _____ Precordialgia ()

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: INS Data da punção 17/05/19

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo alimentar: (☒) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: (☒) Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: (☒) VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: _____

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros: _____

Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros: _____

RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros: _____

Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;

Aspecto: () Outros: _____ Observações: _____

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: _____

Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____ Curativo em: _____

Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: _____

Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente (☒) Parcialmente dependente. Observações: _____

Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro: _____

SONO E REPOUSO

(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações: _____

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: (☒) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (☒) Cooperativo () Medo;

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros: _____

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações: _____

INTERCORRÊNCIAS

Paciente E.G.P. em pré-operatório imediato sem sequelas até o momento segue as cuidados da enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: 18/05/19 HORA: _____ h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Maria Aparecida da Silva Registrô: _____ Leito: 5-1 Setor Atual: Ortop

AValiação GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %
HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm; Dor: () Local: _____ Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outr

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríáticas

Mobilidade Física: (X) Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs.: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

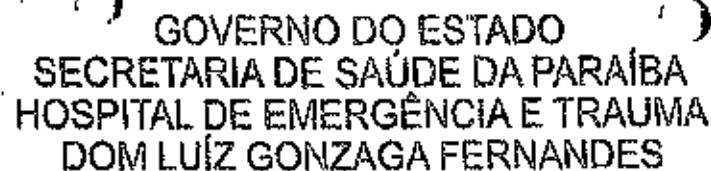
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação: _____

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cifelo.



GOVERNO
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/05/2019

Horas: 09:56:10

Médico (a) Diarista: Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1895885 Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 13/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL DIR - BARTON VOLAR

DIA 16/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE (Dieta zero a partir de 00:00h), digg, a partir de 12:00h	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO. 12h/12h	500 500
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 6h/6h	12 32 24 04
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 24
5	TROMETAMOL CETOCOROLACO 30 MG/ML 1 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h SE DOR MAIS INTENSA	14 22 04
6	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA. 8h/8h Diluir em 100 ML SF	14 22 04
7	BISACODIL 5 MG V.O. 2DRAGEA. 24h/24h (ADM AS 14h)	14
8	CLONAZEPAM 2MG V.O. 1COMP. USO IMEDIATO. 1 CP. VO. A NOITE	24
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	CURATIVOS	

EVOLUÇÃO

DATA: 16/05/2019 HORA: 09:44:07

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA. SEM QUEIXAS. SONO PRESERVADO. DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. BOA ACEITAÇÃO DA DIETA. AO EXAME: BEG, ACIANOTICA, ANICTÉRICA, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, AFEBRIL.

CONDUTA:

PM.

- CIRURGIA PREVISTA PARA 17/05/19. ZERO DIETA A PARTIR DE 00:00 H.

ASSINATURA: CARIMBO
Ana Maria Da Silva Anselmo
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PG 7825

OBS: Cirurgia agendada para hoje à noite

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PG 7825

GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/05/2019

Horas: 07:28:43

Médico(a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1895885 Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA Idade: 02019 Sexo:

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 13/05/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: FX RADIO DISTAL DIR - BARTON VOLAR

DIA 19/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP. 12h/12h 1D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	

EVOLUÇÃO

DATA: 19/05/2019 HORA: 07:28:26

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA. EM 1º DPO, SEM QUEIXAS. EM BEG, ESTÁVEL
HEMODINAMICAMENTE.
FO COM BOM ASPECTO.

CONDUTA:

- PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES GERAIS + ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA + CARIMBO
Ana Maria Da Silva AnselmoDr. Ana Maria Da Silva Anselmo
Méd. Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 7825



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data da Internação: 13/05/2019

Data da Alta: 19/05/2019

Registro: 1895885

Tempo de Permanência: -18030

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO

✓ Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA RADIO DISTAL

Data: 18/05/2019

Equipe:

Cirurgião: LUIZ JUVENCIO MEDEIROS

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Medicamentos: CEFTRIAXONA

Infecção R.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Bacteriologia: NAO

✓ Anatomopatológico: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações):

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL. -
 ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATORIO DE EGRESSOS
 PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS +
 ORIENTO RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRÊNCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

Dieta:

Medicações para Casa::

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES
 AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR
 IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de : em: para revisão Repouso 0 dias

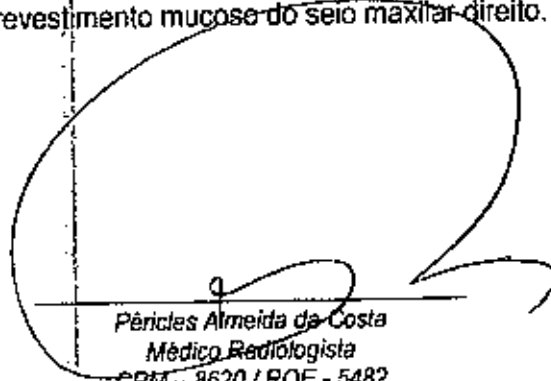
Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA
Data do Exame: 13/05/2019
Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE

Análise:

- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Transição crânio-cervical sem particularidades.
- Não foram evidenciadas fraturas desalinhadas.
- Leve ateromatose na porção intracavernosa das carótidas internas.
- Leve espessamento do revestimento mucoso do seio maxilar direito.


Pêncles Almeida da Costa
Médico Radiologista
CRM - 8620 / RQE - 5482

PACIENTE:	MARIA APARECIDA DA SILVA
DATA DO EXAME:	13/05/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hantoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: M^{re} Marcelino de F. RAO IDADE: 45 SEXO: F

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

(☒) Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopédica
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Atípica () Pós-prandial
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio

Comentários: ortopedico

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
(☒) Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: sem () Tabagismo
() Elitismo () Sedentarismo
() Dislipidemia (☒) Cirúrgico ortopedico
penicilina
logano lina

Medicamentos em uso () Não () Sim

4 - EXAMES FÍSICO

(☒) Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: RRR 2R PB SINT.

FC: 86 b.p.m P.A.: 120 + 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: lucos 81 ml

Addômen - Comentários: lucos no abd RHTD

Membros inferiores - Comentários: lucos

5 - E.C.G.: RRR: Dentro dos limites do normalidade

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

(☒) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Dr. José Maria C. Costa
CARDIOLOGIA - CL. MÉDICA
CPF 219.693.554-53 - CRM 3547-PB.

Ass. do Médico



NOME DO HOSPITAL

Cidade

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

Nº DO FRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TÍT. CORR. A FOL. DE PAZ: 125AL DIREITO

DATA DA UTILIZAÇÃO	DATA DA COMUNICAÇÃO	MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM
--------------------	---------------------	--------------------------

4/25/2017

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Wagner Luiz Espilo de Araujo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8926

HUECCGHOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

FOLHA DE ANESTESIA

NOME

MARIA APARECIDA DO SILVA

IDADE

SEXO

COR

DATA

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

TIPO SANGÜÍNEO

HEMÁCIAS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

GLICEMIA

URÉIA

OUTROS

URINA

AP. RESPIRATÓRIO

curva

ASMA

BRONquite

AP. CIRCULATÓRIO

11

ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO

11

DENTES

PESGOÇO

AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL

2

ATARÁXICOS

CORTICÓIDES

ALERGIA

HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fígado em recuo médio 2

ESTADO FÍSICO

RISCO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

APLICADA

AS

EFEITO

AGENTES ANESTÉSICOS

LÍQUIDOS

CÓDIGOS
VP. ARTERIAL
PULSO: O - RESPIRAÇÃO
AX - ANE
ASIA: O - OPERAÇÃO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TÉCNICA

OPERAÇÃO

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

OBSERVAÇÕES

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica		
Paciente: Maria Aparecida da Silva	Idade: 50 a	
Convênio: SUS	Data: 18/03/19	
Procedimento: Otimização dos Ombros de antebraço		(1)
Cirurgião: Dr. Juvenal	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Ricardo Loureiro
Início: 10:00	Término: 11:30	Anestesia: geral + bloqueio de plexo braquial (2)

[illegible][illegible]

Observações:	Alta da RPD 1330h Ana Dulce
Assinatura Anestesista	Circulante

18/05/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 18/05/2019



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 1

DATA DA CIRURGIA: 18/05/2019

Número do Atendimento: 1895885 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 5 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data da Internação: 13/05/2019

Atendimento: 1895885

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA 1/

Diagnostico Pós-Operatório: 0408020407 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 18/05/2019

Equipe:

Cirurgião: DR LUIZ JUVENCIO

Aux 1: DR RODRIGO AMORIM

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesista: DR RICARDO

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

2- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

3- INCISÃO DE HENRY

4- DIVULSAO POR PLANOS

5- REDUÇÃO CRUENTA DO RADIO DISTAL

6- APOSIÇÃO DE PLACA EM T 3X3 + 3 PARAFUSOS CORTICAIS

7- SUTURA POR PLANOS

8- CURATIVO LOCAL

Data 18/05/2019

Assinatura/Carimbo

Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara

18.05.2019
Luiz Juvencio Medeiros De Arruda Camara
CPF: 000.000.000-00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL

33.995.349-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/ABR/2010

NOME

MARIA APARECIDA DA SILVA

FILIACAO

INACIO VICENTE DA SILVA

E ALUISA LIMEIRA DENOA

NATURALIDADE

AREIAL -PB



Documentos de Identificação

DATA DE NASCIMENTO

08/DEZ/1962

DOC. ORIGEM

ESPERANÇA PB

ESPERANÇA

CC:LV.B7

/FLS.203 /N.002715

CPI

072007017/18

Q. A. L. C. 121 Delegado Divisionário
CARASINATURA DO DIRETOR de Polícia DRGD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ESTADO DE SÃO PAULO

8100-0

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



PROIBIDO PLASTIFICAR

Marina Aparecida da Gama

ASSINATURA DO TITULAR

B546-082752

CARTEIRA DE IDENTIDADE

001



CA FEDERATIVA DO BRASIL NISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº C14355299151

39493806543

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

EST 20182000007697-3

VIA

1

COD. RENAVAM

0105318748-0

RNTC

00/000000000

NOME/ENDEREÇO

REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
 R ANTONIO B ALVES SN CASA
 CENTRO
 58140000 AREIAL-PB

CPF/CNPJ

09306292481

PLACA

QFH0886/PB

NOME ANTERIOR

RODRIGO MARCOS BARBOZA

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KD0810FR452753

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BRÓS ESDD

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2015

CAP/POT/CIL

2 P/162 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

N. Motor KD08E1F452753

LOCAL

AREIAL-PB

DATA

08/01/2013

41998

31054

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190451730 **Cidade:** São Sebastião de Lagoa de Roça **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (PÁG.18)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257024/19

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF: 072.007.017-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA APARECIDA DA SILVA : 072.007.017-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 29/07/2019
Nome: MARIA APARECIDA DA SILVA
CPF: 072.007.017-18

MARIA APARECIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3761966 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
093.062.924-81 27/12/1990

FILIAÇÃO
REGINALDO BERNARDO
PEREIRA
MARIA APARECIDA DA
SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05955609790

VALIDADE
16/07/2018

1ª HABILITAÇÃO
13/12/2013

OBSERVAÇÕES

Reginaldo Bernardo Pereira Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
17/12/2014

Rodrigo Carvalho

ASSINATURA DO EMISSOR

69349265156
PB029772141

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
971699915

PROIBIDO PLASTIFICAR
971699915

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257024/19

Número do Sinistro: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF: 072.007.017-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Dedaração de Inexistência de IML

Outros

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: 28/08/2019

Nome: MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF: 072.007.017-18

MARIA APARECIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019

Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA



1150000 2

Office of the Secretary of the Interior

U.S. DEPARTMENT OF THE INTERIOR

WASHINGTON, D.C. 20540

MEMORANDUM FOR

THE SECRETARY

FROM: [illegible]

SUBJECT: [illegible]

[illegible text]

[illegible text]

Very truly yours,
[illegible signature]

1150000 2

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190451730

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

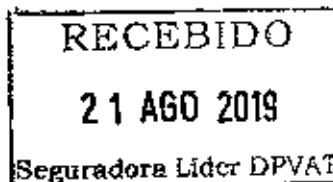
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



SINISTRO 3190451730 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA APARECIDA DA SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 07200701718

Posição em 18-08-2019 10:56:53

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Declaração de Inexistência de IML	Vitima	Pendente	