

---

**Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190214088**

**Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

**Data do Acidente: 14/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190214088**                      **Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

**Data do Acidente: 14/12/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

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](http://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 ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 107.982.274-78 Nome completo da vítima: Maria Janny Abrantes Vieira

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

Nome completo: Maria Janny Abrantes Vieira CPF: 107.982.274-78

Profissão: Recuso Endereço: Rua Dr Carlos Pires Número: 166 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: São José Cidade: Sousa Estado: PB CEP: 58804-200

E-mail: Verasdprate@hotmail.com Tel.(DDD): (83) 99919-4307

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0558 CONTA: 38124 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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

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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Sousa-PB, 20/02/2019

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Janny Abrantes Vieira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

21 MAR. 2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190214088  
Nome do(a) Examinado(a): Maria Joanny Abrantes Vieira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Carlos Pires 166, S/N  
Sao Jose Sousa PB CEP: 58804-200  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3925143  
Data local do acidente: [ 14/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 07/05/2019 ] Pombal [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO FÊMUR DIREITO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE HASTE INTRAMEDULAR MAIS PARAFUSOS DE BLOQUEIO NO DIA 19/12/2018, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

**Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA  
Data da Alta: 21/12/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM  
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II  
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°  
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II  
DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°  
DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°  
DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Tiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO FRANCISCO-PB

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 021 - 2019.

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08-03-2019- Às 09h20min.

COMUNICANTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, brasileira, divorciada, agricultora, natural de São Francisco -PB, com 20 anos de idade, CIRC nº 3925.143 SSDS-PB CPF nº 107.982.274-78, filha de José Nilton Gonçalves Vieira e de Francisca Abrantes Sarmiento Vieira, residente na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, Bairro: São José, Cidade: Sousa-PB. Telefone para Contato: (83) 9-9153-3183.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 14 de dezembro de 2018, por volta das 22h00, aproximadamente, seguia na garupa da motocicleta Honda/Pop100, ano/mod.2008/2009, cor preta, placa MOU3685/PB, chassi 9CZHB02109R010864, licenciada em nome de Maria do Socorro Gonçalves Vieira, que na ocasião era conduzida por Mateus Cazé, pela BR 230, quando ao passarem pela curva em frente a Churrascaria o Pelxão, zona rural de Marizópolis, cruzou a pista de rolamento um animal (cachorro), tendo o condutor do veículo desviado o referido animal e logo em seguida cruzou a pista de rolamento outro animal (jumento), tendo colidido no mesmo, ambos caindo ao solo. Afirma a declarante que devido a queda teve corte na região occipital, fratura em fêmur direito, sendo socorrida pelo Samu, para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médico. Que não teve despesa hospitalar. Que é conhecedor (a) das sanções civis, penais e administrativas, caso o declare aqui não seja(m) estritamente a verdade.

São Francisco-PB, 08 de março de 2019.

COMUNICANTE: Maria Joanny Abrantes Vieira  
COMUNICANTE

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor  
Dr. Vicente Honório Filho  
Delegado de Polícia Civil.

Sebastião de Paula Lima  
Escritório de Polícia Civil  
Ad-Hoc

21 MAR. 2019

# 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 ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:  | Nome completo da vítima:    |
|                                                                                                                                       | 107.982.274-78  | Maria Janny Abrantes Vieira |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                 |                             |
| Nome completo:                                                                                                                        | CPF:            |                             |
| Maria Janny Abrantes Vieira                                                                                                           | 107.982.274-78  |                             |
| Profissão:                                                                                                                            | Número:         | Complemento:                |
| Recuso                                                                                                                                | 166             |                             |
| Endereço:                                                                                                                             | Cidade:         | Estado:                     |
| Rua Dr Carlos Pires                                                                                                                   | Sousa           | PB                          |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:         | CEP:                        |
| São José                                                                                                                              | Sousa           | 58804-200                   |
| E-mail:                                                                                                                               | Tel. (DDD):     |                             |
| Verasdprate@hotmail.com                                                                                                               | (83) 99919-4307 |                             |

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

**AGÊNCIA:** 0558 **CONTA:** 38124 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

**Nome do BANCO:** \_\_\_\_\_

**AGÊNCIA:** \_\_\_\_\_ **CONTA:** \_\_\_\_\_

(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.

## 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

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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

|                                                              |                                                |                    |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>Sousa-PB, 20/02/2019</u>      | <b>TESTEMUNHAS</b> |
|                                                              | Nome: _____                                    | 1ª   Nome: _____   |
|                                                              | CPF: _____                                     | CPF: _____         |
|                                                              |                                                | Assinatura _____   |
|                                                              | (*) Assinatura de quem assina A ROGO           | 2ª   Nome: _____   |
|                                                              | <u>Maria Janny Abrantes Vieira</u>             | CPF: _____         |
|                                                              | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | Assinatura _____   |
|                                                              | 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 ROGO, 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.

21 MAR. 2019

**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data: <u>24/12/18</u>                                                                                                                                                                                                                                                            | ID da Ocorrência: <u>040</u> | <input checked="" type="checkbox"/> USB<br><input type="checkbox"/> USA<br><input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe: <u>02</u> | Plantão:<br><input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite                                                                                                                                                                                                               | Hora da Saída da Base: <u>22:21</u> Hs                                           | Hora de Chegada no Local: _____ Hs |
| Paciente / Usuário: <u>Maria Joane Abontes Vieira</u>                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                        |                        | Idade: <u>00</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc.<br><input checked="" type="checkbox"/> Fem. | Telefone: _____                    |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Viarópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                              |                                                                                                        |                        | Logradouro: <u>BR 230</u>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                  | Bairro: _____                      |
| 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 no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTTRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                                  |                                    |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                        |                              |                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                    |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento                                                |                              |                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                    |
| Destino (Unidade Hospitalar): <u>HRS</u>                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                        |                        | Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):<br><u>Dr. Danilo Queiroz G. Batista</u><br>MEDICO<br>CRM/PR 40.023                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |                                    |

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO<br>Motivo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Hospital de Origem: _____             |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>CAUSAS EXTERNAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto<br><input type="checkbox"/> Queda de moto<br><input type="checkbox"/> Atropelamento por:<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Outro: _____<br><input type="checkbox"/> F.A.F.<br><input type="checkbox"/> F.A.B.<br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____<br><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento<br><input type="checkbox"/> Choque Elétrico<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                       |                                            | Responsável: _____<br>Hospital de Destino: _____<br>Responsável: _____<br><b>ANTECEDENTES</b><br><input type="checkbox"/> AIDS<br><input type="checkbox"/> Alcoolismo<br><input type="checkbox"/> AVC<br><input type="checkbox"/> Convulsões<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca<br><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa<br><input type="checkbox"/> Doença Mental<br><input type="checkbox"/> Doença Renal<br><input type="checkbox"/> Droga<br><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial<br><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores<br><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios<br><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo<br>Quais? _____ |

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encontrada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afenda SSVU, AVP, imobilizações curativas.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: condicionada ao HRS

Diagnósticos de Enfermagem: Queda de moto fêmur (D)

Intervenções: \_\_\_\_\_

Evolução do Enfermeiro:  
ASBR acionada p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral entre galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo protocolo de APH e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA:  
Remover p/ HRS.

**2 - VIA AÉREA**
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração
**2.1 - VENTILAÇÃO:**
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória
**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular
**2.3 - ACHADOS:**
☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido
**3 - CIRCULAÇÃO:**
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal
**3.1 - EDEMAS:**
☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_
**3.2 - PERFUSÃO**
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente
**3.3 - PULSO**
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
**3.4 - E.C.G.**
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado
**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

 Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

 Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado
**PROCEDIMENTOS**
☐ Bomba de Infusão  
☐ Cânula Orofaringea  
☐ Colar cervical  
☐ Controle de hemorragia  
☐ Cricotireoidostomia  
☐ Curativo

☐ DEA  
☐ Desobstrução vias aéreas  
☐ Drenagem torácica  
☐ Desfibrilação / Cardioversão  
☐ Entubação Orotraqueal  
☐ Inalação de Oxigênio (O<sub>2</sub>)  
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto  
☐ KED Infantil  
☐ Massagem cardíaca externa  
☐ Orotraqueal  
☐ Prancha Longa  
☐ Punção venosa  
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical  
☐ Sedação  
☐ Talas / Tração  
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)  
☐ VMI  
☐ VMNI  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

SORO fisiológico os equipo manobrações os guias de os  
 ampolas de dipirona os seringas 10 ml os PD, ataduras

**PERTENCES DA VÍTIMA**
☒ Não  
☐ Sim

 Objetos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: João Café

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

 TEC. ENFERMAGEM: Ricelle Duarte

 COREN: Ricelle Duarte de Brito

 ENFERMEIRO(A): M<sup>te</sup> Betânia F. Dantas

 COREN: 301542

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**M<sup>te</sup> Betânia F. D. Pires**  
 Enfermeira  
 COREN PB 501542

 Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2018

# 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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

---

Nr. da Autenticação 27CAA3F8B065535A

# 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: 14/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

---

Nr. da Autenticação F9746BEDB4880D87

DAMIANA FRANCISCA SARMENTO  
RUA DR CARLOS PIRES, 166 - SAO JOSE  
SCUSA / PB CEP: 58804-200 (AO: 177)

Emissão: 25/12/2018 Referência: Dez / 2018  
Classe/Sucesso: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9/230 Km25 - Centro Redenção João Pessoa - PB - CEP 58711-420  
Roteiro 2 - 177 - AO - 5702 NF medidor: 30000443730

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.085.103/0001-40 Ins. Est. 18.516.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 16.291  
Cód. para Deb. Automática: 68900022772

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:  
Dez / 2018 05/12/2018 07/01/2019 040.979.194-04  
Ins. Est. 18.516.823-0

UC (Unidade Consumidora): 5/2277-2

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, inscreva-se na sua Organização Múscul

| Anterior              |         | Atual               |          | Constante        | Consumo         | Dias             |
|-----------------------|---------|---------------------|----------|------------------|-----------------|------------------|
| Data                  | Leitura | Data                | Leitura  |                  |                 |                  |
| 05/11/18              | 12015   | 05/12/18            | 12016    | 1                | 95              | 30               |
| Demonstration         |         |                     |          |                  |                 |                  |
| CCI - Descrição       |         | Quantidade          | Tarifa   | Valor Base Calc. | Alto. (m) (R\$) | Base Calc. (R\$) |
|                       |         | Tributo Total (R\$) |          | ICMS (R\$)       | ICMS            | Pot. (kW) (R\$)  |
| 0801 Consumo em kWh   |         | 49.000              | 0.829810 | 57.24            | 57.24           | 25               |
| 0801 Adic. B. Amarela |         |                     |          | 0.82             | 0.82            | 25               |
|                       |         |                     |          | 0.20             | 0.20            | 0.00             |
|                       |         |                     |          | 0.82             | 0.82            | 0.00             |

| CCI - Código de Classificação de Item | TOTAL                      | 58.06 | 58.06 | 14.51 | 58.06 | 0.82 | 2.85 |
|---------------------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| Múltiplos últimos meses (kWh)         | VENCIMENTO TOTAL A PAGAR   |       |       |       |       |      |      |
|                                       | 12/12/2018 R\$ 58,06       |       |       |       |       |      |      |
|                                       | Histórico de Consumo (kWh) |       |       |       |       |      |      |

| 99     | 98     | 100    | 93     | 101    | 92      | 93     | 94     | 100     | 111    | 98     | 111    |
|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Maio/18 | Jun/18 | Jul/18 | Agos/18 | Sep/18 | Out/18 | Nov/18 |

RESERVAÇÃO AO FISCAL  
4718.1c57.01d8.6764.9f72.2a8a.53b1.d12b.

| Indicadores de Qualidade |         |                      |                    | Composição de Valor |             |
|--------------------------|---------|----------------------|--------------------|---------------------|-------------|
| Limites da ANEEL         | Apurado | Limite de Tensão (V) |                    | Discriminação       | Valor (R\$) |
| DIC MENSAL               | 8.15    | 1.87                 | NOMINAL            | 223                 | 24.48       |
| DIC TRIMESTRAL           | 11.30   |                      |                    |                     | 24.48       |
| DIC ANUAL                | 24.80   |                      |                    |                     | 24.48       |
| FC MENSAL                | 3.48    | 1.00                 | CONSTATADA         | 202                 | 2.48        |
| FC TRIMESTRAL            | 9.97    |                      | LIMITES INTERIORES | 202                 | 2.48        |
| FC ANUAL                 | 13.95   |                      | LIMITES SUPERIORES | 202                 | 2.48        |
| DMC                      | 3.93    | 1.87                 |                    |                     | 0.00        |
| DTC                      | 12.72   |                      |                    |                     | 0.00        |
| ATENÇÃO                  |         |                      |                    | Faturas em atraso   |             |
| - Letura confirmada      |         |                      |                    |                     |             |

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE

CPF nº 973.419.833-53, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | Rua José Facundes de Lira           |
| Número                            | S/N                                 |
| Apto / Complemento                |                                     |
| Bairro                            | Cato Preto                          |
| Cidade                            | Sousa                               |
| Estado                            | Paraíba                             |
| CEP                               | 58800-000                           |
| Telefone de Contato               | (83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307 |
| E-mail                            | Verasdprate@hotmail.com             |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 21/04/2019

Assinatura do Declarante: Carlos Ademir Veras Pinheiro

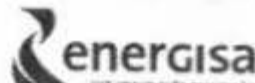
21 MAR. 2019

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Endereço para simples pagamento da rede fiscalizada de energia elétrica : Nº 017.981.401



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400  
CNPJ 08.085.983 / 0001-40 Ins. Est. 15.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JUVINA EVANGELISTA DUARTE  
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA S/N  
BOUSA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

## REFERÊNCIA

JAN/2019

## APRESENTAÇÃO

04/01/2019

## CONSUMO

1038

## VENCIMENTO

11/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETAQUE AQUI

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Roteiro: 01-177-010-1720

83610000009-7 51530054000-9 06961322019-8 01600177019-3

## VENCIMENTO

11/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

## MATRÍCULA

696132-2019-01-8



21 MAR. 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

**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/SIBUOTECAWEB/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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 973.419.833 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Jonny Abrantes Vieira inscrito (a) no CPF sob o nº 107.982.274 / 78

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da vítima Maria Jonny Abrantes Vieira

inscrito (a) no CPF sob o nº 107.982.274 / 78 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 a Seguradora Líder-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. José Falcões de Lira</u> | Número: <u>S/N</u>   | Complemento: _____                 |
| Bairro: <u>Gato Preto</u>                | Cidade: <u>Sousa</u> | Estado: <u>PB</u>                  |
| E-mail: <u>verasdpvat@hotmail.com</u>    | CEP: <u>58800000</u> | Tel. (DDD): <u>(83) 9.998.4307</u> |

Local e Data: Sousa-PB, 20/03/2019



Assinatura do Declarante

21 MAR. 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 do Socorro Gonçalves Vieira,  
RG nº 33.92.631, data de expedição 10/12/05,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 092.622.474-35,  
com domicílio na cidade de Sousa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Projetada, nº S/N,  
complemento 1, 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 Janny Abrantes Vieira, cujo o condutor era  
Matheus Virgíneo Morais.  
Veículo: Honda/Pop100 Modelo: 2009 Ano: 2008  
Placa: MOU3695/PB Chassi: 3C2HB02109R010864  
Data do Acidente: 14/12/2018

Local e Data:

Sousa - PB, 18/03/2019

Maria do Socorro Gonçalves Vieira

Assinatura do Declarante

Matheus Virgíneo Morais

Assinatura do Condutor

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



**JOSÉ NEVES MOREIRA**  
Serviço Notarial e Registral

Titular: Del. Paulo Henrique Rodrigues Neves  
Rua Sargento Estevão do Carmo, 54 - Centro - Sousa/PB  
CEP 58800-000 - Fone: (33) 3371-3072

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
MARIA DO SOCORRO GONCALVES VIEIRA  
Em test. da verdade, Sousa-PB 15/03/2019 09:22:17  
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRITANTE  
CPF 005731780-05 RG 91.449.008-0, 29/03/2019 10:55:45  
SELO DIGITAL A1B24572-NCS  
Confira a autenticidade em <https://selo3d.net/jos-neves>



**Francisco de S. Pedrosa Neto**  
Escrivente Autorizado  
3º Ofício Sousa-PB

21 MAR. 2019

**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Data: <u>24/12/18</u>                                                                                                                                                                                                                                                            | ID da Ocorrência: <u>040</u> | <input checked="" type="checkbox"/> USB<br><input type="checkbox"/> USA<br><input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe: <u>02</u> | Plantão:<br><input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite                                                                                                                                                                                                               | Hora da Saída da Base: <u>22:21</u> Hs                                | Hora de Chegada no Local: : Hs |
| Paciente / Usuário: <u>Marina Jome Abontes Vieira</u>                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                        |                        | Idade: <u>00</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc.<br><input type="checkbox"/> Fem. | Telefone: _____                |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Viarópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                              |                                                                                                        |                        | Logradouro: <u>BR 230</u>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                       | Bairro: _____                  |
| 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 no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTTRAN <input type="checkbox"/> SITTRANS <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                       |                                |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                        |                              |                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento                                                |                              |                                                                                                        |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                |
| <u>HRS</u>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                        |                        | Destino (Unidade Hospitalar): _____                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                       |                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                        |                        | Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):<br><u>Dr. Danilo Queiroz G. Batista</u><br>MEDICO<br>CRM/PR 40.023                                                                                                                                                                                  |                                                                       |                                |

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO<br>Motivo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO<br><input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA<br>Hospital de Origem: _____<br>Responsável: _____<br>Hospital de Destino: _____<br>Responsável: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>CAUSAS EXTERNAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto<br><input type="checkbox"/> Queda de moto<br><input type="checkbox"/> Atropelamento por:<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Outro: _____<br><input type="checkbox"/> F.A.F.<br><input type="checkbox"/> F.A.B.<br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____<br><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento<br><input type="checkbox"/> Choque Elétrico<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                       |                                                                                          | <b>ANTECEDENTES</b><br><input type="checkbox"/> AIDS<br><input type="checkbox"/> Alcoolismo<br><input type="checkbox"/> AVC<br><input type="checkbox"/> Convulsões<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca<br><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa<br><input type="checkbox"/> Doença Mental<br><input type="checkbox"/> Doença Renal<br><input type="checkbox"/> Droga<br><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial<br><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores<br><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios<br><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo<br>Quais? _____ |

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encontrada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afenda SSVU, AVP, imobilizações curativas.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: condicionada ao HRS

Diagnósticos de Enfermagem: Queda de moto fêmur (D)

Intervenções: \_\_\_\_\_

Evolução do Enfermeiro:  
ASBR acionada p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral entre galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo protocolo de APH e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA:  
Remover p/ HRS.

**2 - VIA AÉREA**
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração
**2.1 - VENTILAÇÃO:**
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória
**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular
**2.3 - ACHADOS:**
☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido
**3 - CIRCULAÇÃO:**
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal
**3.1 - EDEMAS:**
☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_
**3.2 - PERFUSÃO**
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente
**3.3 - PULSO**
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
**3.4 - E.C.G.**
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado
**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

 Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

 Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado
**PROCEDIMENTOS**
☐ Bomba de Infusão  
☐ Cânula Orofaríngea  
☐ Colar cervical  
☐ Controle de hemorragia  
☐ Cricotireoidostomia  
☐ Curativo

☐ DEA  
☐ Desobstrução vias aéreas  
☐ Drenagem torácica  
☐ Desfibrilação / Cardioversão  
☐ Entubação Orotraqueal  
☐ Inalação de Oxigênio (O<sub>2</sub>)  
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto  
☐ KED Infantil  
☐ Massagem cardíaca externa  
☐ Orotraqueal  
☐ Prancha Longa  
☐ Punção venosa  
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical  
☐ Sedação  
☐ Talas / Tração  
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)  
☐ VMI  
☐ VMNI  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

SORO Fisiológico os equipo manobrações os guias de os  
 ampolas de dipirona os seringas 10 ml os PD, ataduras

**PERTENCES DA VÍTIMA**
☒ Não  
☐ Sim

 Objetos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

 IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: João Café

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

 TEC. ENFERMAGEM: Ricelle Duarte

 COREN: Ricelle Duarte de Brito

 ENFERMEIRO(A): M<sup>te</sup> Betânia F. Santos

 COREN: 301542

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**M<sup>te</sup> Betânia F. D. Pires**  
 Enfermeira  
 COREN PB 501542

 Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG. / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2018

MAT.: 132 007

Nome: M<sup>re</sup> Jeanny Clementes Lima Bloco:  Apt.:  Leito:   
P.N.: 06/06/1968 Est. Civil: MT Resp.: F<sup>ra</sup> Clementes J. Lima  
Rua: Engenheiro Carlos P. de A. Cidade: Joazeira Est.: PB  
Médico Assistente:  Clínica:   
Data da Internação: 15/12/2018 Peso:  Temperatura:  P.A.:

ANAMNESE: Não há M.D.

Queixa Principal: Dificuldade em ir ao banheiro.

História da Doença Atual: Adoção de um novo medicamento em 15-12-2018  
que causou uma alteração na urina, com aumento  
de frequência e dor ao urinar.

EXAME FÍSICO: Boa forma geral  
Estável  
Dificuldade  
Df. urinária  
Oncossgs - febre do fígado

DIAGNÓSTICO: Problema fígado do fígado

Procedimento: (P)

C.I.P.  CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM-PB 7044 CRM-RN 4228

MAT.: 132.593

Nome: Mario Tanny C. Vieira  
D.N.: 04/06/48 Est. Civil: D. Resp.: J. Libantes S. Vieira  
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Sousa Est.: PB.  
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico  
Data da Internação: 29/01/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

## ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fístula em g. prox. coxo @.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.  
Com boa cicatriz de 10 cm  
necrose no local.

## EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15  
NVE.  
necrose no local = fístula proximal  
sem necrose porosa.

## DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.  
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10832 REG: 15149

21 MAR. 2019

Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

Data Operação:

19/12/2018

Enf.: 0

Leito:

Cirurgião:

Dr. Thiago

1º Auxiliar:

Dr. Diego

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Dr. Albert

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fim do osso direito

Tipo de Operação:

RAFI (tutor intramedular)

Diagnóstico Pré-Operatório:

O. mesmo

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

na

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Fecho de pele e de osso direito

2. A+A+AC

3. Incisão por ao grande trocânter com exposição do osso.

4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocânter com punhador manual.

5. Passagem de fio fino, tentativa de redução a fogo fechado onde não foi conseguido para isso fez-se incisão por redução do osso por meio e retirada de cava de osso.

6. Passagem canal femoral até fora no 1º tentado a 11.5, mas não houve progresso

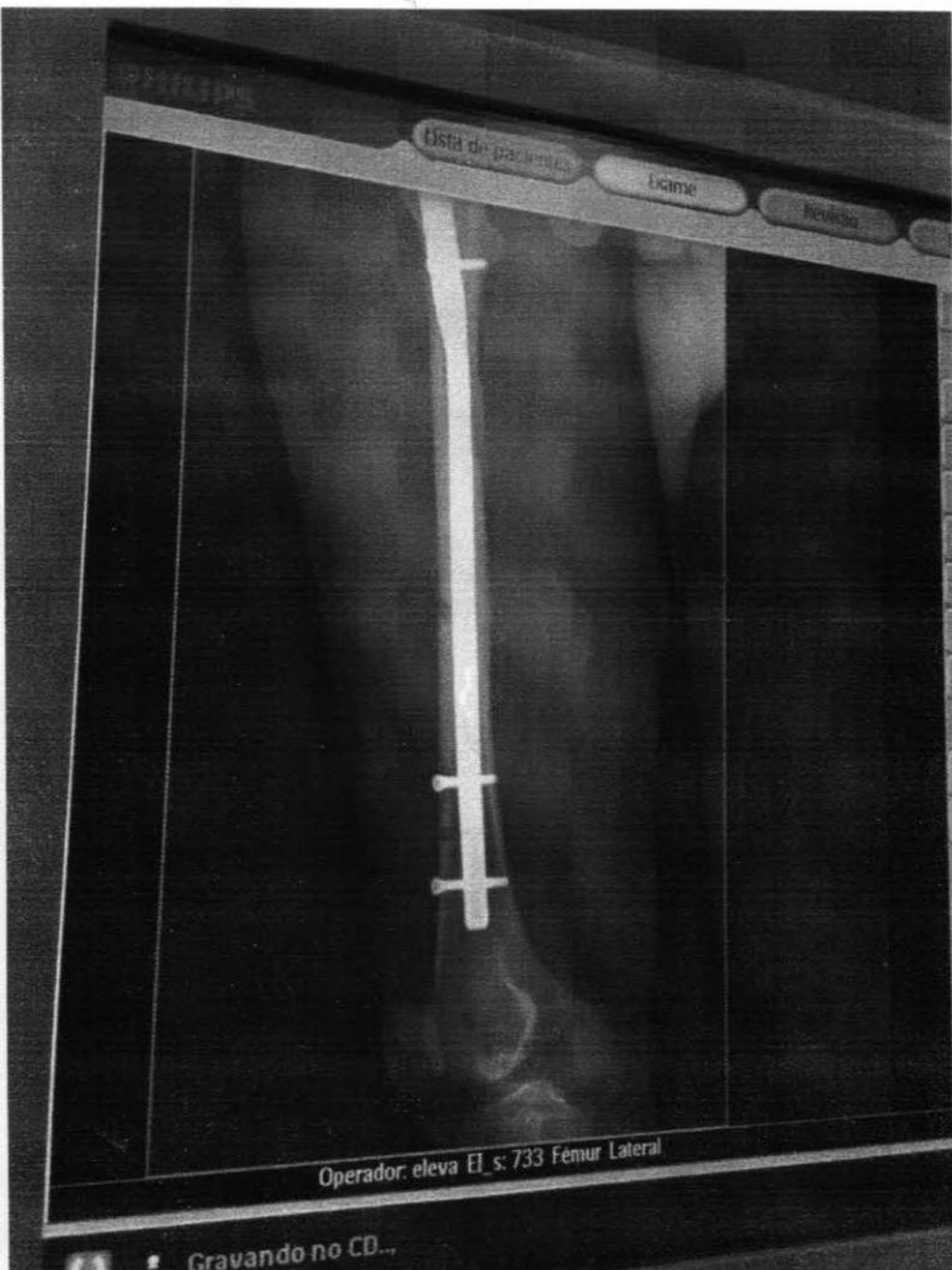
RELATÓRIO DE CIRURGIA

21 MAR 2019

Guilherme Marques - Souza/PB 3571.3535 (171.125)

7. Paragene de tutor sur 40 x 34  
coul. Blégeois max (1 prof) et d'atoll 2 prof.  
Juros! - Jeli uscopie =
8. Suture per planos
9. Cuntivo compunivo.

Trag.



21 MAR. 2019

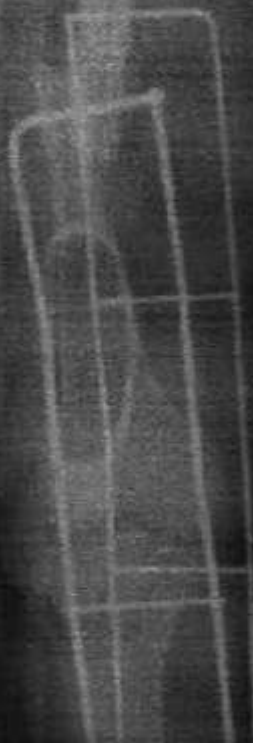


CODE ADP41781

R

011115-01-0002  
01/06/2008

Initial Hospital Name  
Comments: 01  
15 December 2008  
17:11:30



Value: 0

L: 13479.00  
W: 11174.00  
T: 27%

21 MAR. 2019



21 MAR. 20



# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *pat. firmada*

Nome: Maria Fanny Albano Vieira

Sexo: feminino

Data de Nascimento: 24/06/98

Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n.º 166, São José - Moura

Fone: 98339-1513

Médico: Dr. Tiago

Convênio: Particular

Data: 19/12/18

Anamnese:

*paciente vítima queda de moto há 5 dias, com trauma e lesões por escoriações pelo corpo.*

Antecedentes Pessoais e Familiares:

*ndu.*

Exame Físico:

*paciente ativa, pele expulsa, escoriações pelo tronco, membros e*

*per, deformidade, fratura e*  
*enfraquecimento do abd, com trauma do*  
*quadril.*

Exames Complementares:

*Rx.*

Diagnóstico:

*Frnt de fêmur D no 32A2*

Tratamento:

*o Quinés com fixação*



## Estado da Paraíba

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

**Nome:**

**Cor:**

**Enfermaria:**

Leito: 1

**Categoria:** \_\_\_\_\_

## DATA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIO

# RELATÓRIO

|            |      |       |
|------------|------|-------|
| Date       | Time | Place |
| 07-08-1900 |      |       |

Page 1 of 1

close to 0  
 Total 27

November 1 1888  
November 4 1888

060  
5500

[illegible]

|                                   |              |                   |                |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|----------------|
| Hospital                          |              | HRS               |                |
| Nome do Paciente                  |              |                   | Nº Prontuário  |
| M <sup>a</sup> Joanny A. Viana    |              |                   | 132 593        |
| Data Operação                     | 29.1.19      | Enf.              | Leito          |
| Operador                          |              | 1.º Auxiliar      |                |
| Dr. Diego                         |              |                   |                |
| 2.º Auxiliar                      | 3.º Auxiliar |                   | Instrumentador |
|                                   |              |                   |                |
| Anestesista                       |              | Tipo de Anestesia |                |
| Dro. Tônio                        |              |                   |                |
| Diagnóstico Pré-Operatório        |              |                   |                |
| Pós-op. tardio fêmur (D).         |              |                   |                |
| (Fístula) - Secção nova           |              |                   |                |
| Tipo de Operação                  |              |                   |                |
| Limpeza e Remoção fístula.        |              |                   |                |
| Diagnóstico Pós Operatório        |              |                   |                |
|                                   |              |                   |                |
| Relatório Imediato do Patologista |              |                   |                |
|                                   |              |                   |                |
| Exame Radiológico no Ato          |              |                   |                |
|                                   |              |                   |                |
| Acidente Durante a Operação       |              |                   |                |
|                                   |              |                   |                |
|                                   |              |                   |                |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pct. DOR @ Raquianestria  
 Anestesia e antinepsia  
 Colocação campos estéril  
 Remoção de fístula e nova cicatriz.  
 Secção mínima qtd em local novo.  
 SI 1 pun.  
 SI 0192 - Limpeza.  
 Hemostasia plana.  
 Sutura por PDS  
 Curativo estéril  
 Ao colado em F

Dr. Diego S. Siqueira  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 100000-100000



# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB  
**EVOLUÇÃO**

Nome:

| DATA     | HORA |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/12    |      | Paciente submetida a 1 <sup>a</sup> cirurgia para desm. do cecum. Tipo IAI, bloqueio prox e distal. Dose 10x24. Bloq P. 1 e Bloq D. 2.                                                                                                                                       |
|          |      | Obs: Durante abertura da cavidade metálica proximal (cavidade muito estreita), houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falso trajeto da furadeira), o q. ocorreu por comprometimento no entalhe, o q. não afeta a estabilidade conseguida neste implante. |
|          |      | 7 <sup>o</sup> DP.O                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 21/12    |      | Paciente evolui bem sem dor importante. Curva fontânea no teste fixa e estável. Ainda importante em todo abd, especialmente pelvis e axila.                                                                                                                                  |
|          |      | Obs: observação 24h                                                                                                                                                                                                                                                          |
|          |      | 7 <sup>o</sup> DP.O                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 23.12.18 |      | Paciente segue estável e sem dor. Apresenta 1 <sup>a</sup> picos febris in 17h de ontem e não mais, melhora fontânea. Sem dor significativa. Fo limpa. Inscricao da queda.                                                                                                   |



Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome:

Moisés Joazez de Oliveira

Cor:

Enfermario:

07

Leito:

03

Categoria:

7040

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Moisés Joazez de Oliveira

Caso Paciente admitido pelo mo  
do 3010/1119 pelo mo  
do 3010/1119 pelo mo

1) Dito 1119

2) Dito 1119

3) Dito 1119

4) Dito 1119

5) Dito 1119

6) Dito 1119

7) Dito 1119

8) Dito 1119

9) Dito 1119

10) Dito 1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

1119

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PA 10912 REG. 15119

Dr. Antonio Enos do Carmo  
MEDICO - GEM 1112  
CRM 089.74104-87

DATA

HORA

25.12.18

sem mais top UNII.  
NV P.

CD: Alta médica.

Dor cãibra parietal - explicar  
Xorrelto!

Atb, sintomáticos.

Retirar pente 15 dias.

Curativo em escoriação.

Paciente, familiares (cunha).

Dr. Diego Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 14932 TEOT 15149

# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alana Panny Libranter Vieira LEITO: 10

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO

| DATA     | PRESCRIÇÃO MÉDICA          | OBSERVAÇÕES            |
|----------|----------------------------|------------------------|
| 19/12    | 1. Dile Zero, Líquido 13h. |                        |
|          | 2. STG 1500ml w 818h.      | <del>10 18 06</del>    |
| 31/10/16 | 3. Dimpina 2ml w 616h      | <del>12 18 24 06</del> |
|          | 4. Tyatyl 2mg w 12/12h     | <del>12 24</del>       |
|          | 5. Cefazolin 1g w 818h     | <del>14 22 06</del>    |
|          | 6. Tyamedion 2mg w 818h    | <del>14 22 06</del>    |
|          | 7. Clorace 4mg 1x          | <del>12</del>          |
|          | 8. 8m                      |                        |
| 20/12    | 1. Dile Zero               | <del>10 18 06</del>    |
|          | 2. STG 1500ml w 818h.      | <del>12 18 24 06</del> |
| 17/12    | 3. Dimpina 2ml w 616h      | <del>12 24</del>       |
| TAX=3804 | 4. Tyatyl 2mg w 12/12h     | <del>14 22 06</del>    |
|          | 5. Cefazolin 1g w 818h     | <del>12</del>          |
|          | 6. Tyamedion 2mg w 818h    |                        |
|          | 7. 8m                      |                        |



## RELATÓRIO MÉDICO

SOUSA/PB,

12 de abril 2019.

Paciente Joanny Abrantes Vieira, vítima de acidente motociclistico - tipo colisão moto x animal - no dia 14.12.2018 com ocorrência registrada (boletim de número: 021/19). Em decorrência do evento traumático apresentou fratura fechada de fêmur direito - parte proximal.

Ao exame físico: apresentando cicatriz em região lateral do fêmur, joelho e pé direitos (região proximal e distal do fêmur D). Refere ainda: claudicação e dor a mobilização, equilíbrio estático e dinâmico alterados. Rotação interna e externa do quadril alterada. Alteração da marcha, marcha claudicante. Flexão do joelho D e extensão alterada. Dificuldade para subir e descer escadas. Adução e abdução- alteradas. Em posição ortostática, quando se aplica força sobre o joelho comprometido, a mesma não consegue manter-se ereta;

Do exposto, concluo que existe limitação de 60% da capacidade funcional do MID, tais movimentos avaliados durante o exame físico, comprometendo assim a execução de movimentos finos e das atividades laborais, acarretando assim dano a qualidade de vida, sendo necessário auxílio de terceiros para os AVD's (atividades da vida diária).

*Dr. Jefferson Venícios A. Pontes*  
Médico Clínico  
CRM: 9447 - PB

JEFFERSON VENÍCIUS ANDRADE PONTES  
CRM/PB: 9447

Telefone: (83) 999471638  
jeffersonvapontes@hotmail.com  
Rua Joao Mavino Filho,30 - Estação - Sousa - PB

15 ABR. 2019

**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                                                        |                 |                                                                                                        |                                                                               |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Data: 31/12/18                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ID da Ocorrência: 040 | <input checked="" type="checkbox"/> USB<br><input type="checkbox"/> USA<br><input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe: 22 | Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite                        | Hora de Saída da Base: 22:24 Hs                                               | Hora de Chegada no Local: : Hs |
| Paciente / Usuário: Maria Joana abrentes Vieira                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                                                                                        |                 | Idade: 20                                                                                              | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. | Telefone: _____                |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: _____              |                       |                                                                                                        |                 |                                                                                                        |                                                                               |                                |
| Logradouro: BR 230                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                                                                                        | Bairro: _____   |                                                                                                        | Médico Regulador: Dr. Rodrigo                                                 |                                |
| 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 no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                       |                                                                                                        |                 |                                                                                                        |                                                                               |                                |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                      |                       |                                                                                                        |                 |                                                                                                        |                                                                               |                                |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento                                                              |                       |                                                                                                        |                 |                                                                                                        |                                                                               |                                |
| Destino (Unidade Hospitalar): HRS                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                        |                 | Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):<br>Dr. Danilo Queiroga G. Batista<br>MÉDICO<br>CRM 40.673 |                                                                               |                                |

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO<br><input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO<br><input checked="" type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO<br><input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA<br>Hospital de Origem: _____<br>Responsável: _____<br>Hospital de Destino: _____<br>Responsável: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>CAUSAS EXTERNAS</b><br>> Acidente de Trânsito<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto<br><input type="checkbox"/> Queda de moto<br><input type="checkbox"/> Atropelamento por:<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Outro: _____<br><input type="checkbox"/> F.A.F.<br><input type="checkbox"/> F.A.B.<br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____<br><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento<br><input type="checkbox"/> Choque Elétrico<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | <b>ANTECEDENTES</b><br><input type="checkbox"/> AIDS<br><input type="checkbox"/> Alcoolismo<br><input type="checkbox"/> AVC<br><input type="checkbox"/> Convulsões<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca<br><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa<br><input type="checkbox"/> Doença Mental<br><input type="checkbox"/> Doença Renal<br><input type="checkbox"/> Droga<br><input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial<br><input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores<br><input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios<br><input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo<br>Quais? _____ |

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encontrada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur D, afecção SSVU, AVP, imobilização curativa e conduzida ao HRS.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**  
 Diagnósticos de Enfermagem: Queda de moto Fêmur D  
 Intervenções: \_\_\_\_\_  
 Evolução do Enfermeiro: 18h30 acompanhada p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur D e corte na região occipital, feita imobilização protocolo de APIT e AVP.

**ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**  
 Conduzir p/ HRS.

MAT.: 132.002

Nome: M<sup>te</sup> Jeanny Alvarantes Lima Bloco:          Apt.:          Leito:           
P.N.: CA 06/1968 Est. Civil: mt Resp.: F<sup>ca</sup> Alvarantes L. Lima  
Rua: Engenheiro Carlos P. da Silva Cidade: Joazeira Est.: PB  
Médico Assistente:          Clínica:           
Data de Internação: 15/12/2018 Peso:          Temperatura:          P.A.:         

ANAMNESE: Nunca no MIO

Queixa Principal: Dor no M. F. direito

História da Doença Atual: Acusante de um acidente no dia 23/11/18  
com um carro numa curva, resultando  
em fratura fechada do Fêmur direito

EXAME FÍSICO: Boa feição local  
Edema  
Deformidade  
Deformidade  
Ortopédica - Fratura do Fêmur (D)

DIAGNÓSTICO: Fratura fechada do Fêmur direito

Procedimento: (84.9)

C.I.D.          CÓDIGO DO PROCEDIMENTO         

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM/PB 704 CRM/RN 4228

MAT.: 132.593

Nome: Mario Spanny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04/06/98 Est. Civil: Resp.: J. Libranes J. Vieira  
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: São Paulo Est.: PB.  
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico  
Data da Internação: 29/01/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

## ANAMNESE:

Queixa Principal: Fístula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual: Pós op. de fêmur @ 40 dias.  
Com boa cicatrização de 1/2 fêmur.  
Nenhuma dor.

## EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15  
NVC.  
Nenhuma dor = fístula proximal  
Nem nenhuma purulenta.

DIAGNÓSTICO: FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.  
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10822 TERT: 15149

21 MAR. 2019

Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Nº Prontuário:

Mariana Joanny Abrantes

Data Operação:

19/02/2018

Enf.: 0

Leito:

Cirurgião:

Dr. Diego

1º Auxiliar:

Dr. Diego

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Dr. Albert

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fim do osso ósseo

Tipo de Operação:

RAFI (tutor intramedular)

Diagnóstico Pré-Operatório:

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

na

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspetto Visceras

1. Fita em 200g de Adrenalina

2. A+A+AC

3. Incisão por ao grande trocater com exposição do osso.

4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocater com punhador manual.

5. Passagem de fio guia, testagem de redução a foles fechados, onde após nos conseguimos fazer uma pequena incisão pl. redução do palpeço e redução de cara de botas.

6. Passagem canal femoral até fora no osso a 11,5, mas nos houve progressos

RELATÓRIO DE CIRURGIA

21 MAR. 2018

Gratidão Resposta - Soria/PB 2021, 1515 (17112)

7. Paragene de tutor sur 10x34  
coul. Bloqueis max (2 prof) + d'atq 2 points  
Juros! - Jeli incopie =

8. Sotude por planos

9. Cursivo compunivo

mag.

PHILIPS

Lista de pacientes

Exame

Resumo



Operador: eleva El\_s: 733 Femur Lateral

Gravando no CD...

lista de pacientes

Exame

Exames

Imprimir



Operador: eleva El\_s: 720 Fémur AP

. MA

4/jun/199

Operador

13

13

0:

•

•

•

•

•

•

•

•

•

21 MAR. 2019

SCHEMATA

R

PTB1215-81-8081  
June-1978

Tridax vertical flow  
Compact 3M  
15 September 1978  
1:00 PM

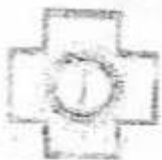
Figure 1

L: 15479.00  
W: 11174.00  
Z: 2.75

21 MAR 21



21 MAR. 2



# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA

prof. *grace*

Nome: *Maria Penney Albano Vieira*

Sexo: *feminino*

Data de Nascimento: *24/06/98*

Endereço: *R. Carlos Faria de Sá, n.º 166, São José - Moura*

Fone: *98339-1513*

Médico: *Dr. Tiago*

Convênio: *Particular*

Data: *19/12/18*

Anamnese:

*Paciente vítima queda de moto há 5 dias, com traços de M.T.D. Escoriações pelo corpo.*

Antecedentes Pessoais e Familiares:

*neg.*

Exame Físico:

*Bela ativa, pele expulsa escoriações pelo tronco, membros e mms.*

*Per. deformidade, crepitação e enchimento do M.T.D., com sinais de fumaça.*

Exames Complementares:

*Rx.*

Diagnóstico:

*Fmt de fumaça do 32A2*

Tratamento:

*fo Oxiútil com fixação*



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

1-6-77

**Idade:**

**Cor:**

**Enfermaria:**

Leito: \_\_\_\_\_

**Categoria:** \_

## DATA

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

## HORÁRIO

# RELATÓRIO

|         |      |      |
|---------|------|------|
| July    | June | May  |
| of 1912 | 1911 | 1910 |

From 1646

1901

Christine Lee

[illegible]

Some of the  
names of

1000

100

|     |   |   |
|-----|---|---|
| 200 | 1 | 1 |
| 200 | 1 | 1 |

7

---

5. of

Dr. V. J. ...

CPA/CPA

---

---

100

---

---

---

21 MAR. 2019

Hospital

HRS

Nome do Paciente

Ma Joanny A. Vilela

Nº Prontuário

132593

Data Operação 29.1.19

Enf.

Leito

Operador Dr. Diego

1.º Auxiliar

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista Dr. Tônio

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Pós-op. torção fêmur (D).  
(Fístula) - Secção nua

Tipo de Operação

Limpeza e Remoção fístula.

Diagnóstico Pós Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pct. DOR @ Raquianestesia

Anestesia e antiespasmódicos

Colocação campos estéril

Remoção de fístula e nova cicatriz.

Secção mínima qtda em local-novo.

5/1 pun.

5/1 dir. - Limpeza.

Hemostasia plana.

Sutura por PDS.

Curativo estéril

Pós-operatório em F.

Dr. Diego S. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 1222-1984-1510

21 MAR. 2019



# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

## EVOLUÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

| DATA     | HORA |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/12    |      | Paciente submetida a 1 <sup>o</sup> Cuiçapas para drenar o abscesso. Injeção de 10x34. Abs P. 1 e Bloq D. 2.                                                                                                                                                           |
|          |      | 10h: Durante abertura da cavidade metálica proximal (cavidade muito estreita), houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falso trajeto da furadeira), o que ocorreu por comprometimento no eixo de fixação da estabilização causejada neste implante. |
|          |      | 7 <sup>o</sup> DPO <span style="float: right;">piaga</span>                                                                                                                                                                                                            |
| 21/12    |      | Paciente evolui bem sem dor importante. Curva fontânea no teste de Brudzky negativa. Exame importante em todo abd, especialmente pelvis e axila: sem observação 24h <span style="float: right;">piaga</span>                                                           |
| 23.12.18 |      | 2 <sup>o</sup> DPO. Paciente age normal e sem dor. Apresenta 1 picos febris in 14h de enferm e na man, melhora tempo. Sem dor significativa. Fo limpa. Inscricao da queda.                                                                                             |



Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome:

Moisés Joanny Soares

Idade:

Cor:

Enfermaria:

07

Leito:

03

Categoria:

Parto

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Arto Joanny A. Vianna

1) Visto final

2) 01.9. 1000 10 34h

3) 01.9. 1000 10 34h

4) 01.9. 1000 10 34h

5) 01.9. 1000 10 34h

6) 01.9. 1000 10 34h

7) 01.9. 1000 10 34h

8) 01.9. 1000 10 34h

9) 01.9. 1000 10 34h

10) 01.9. 1000 10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

10 34h

Caso Paciente atendida pela  
dia 30/01/19 pelo mo  
dos curativos.

Entregou Medico

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10932 REG. 15119

11/4 10 34h

Dr. Antonio Ennos do Brito  
MEDICO - CRM 2122  
CIC 088.741.04-87

Dr. Antonio Ennos do Brito  
MEDICO - CRM 2122  
CIC 088.741.04-87





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alfonso Pimenta Vieira LEITO: 10

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO

| DATA     | PRESCRIÇÃO MÉDICA              | OBSERVAÇÕES                                             |
|----------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 19/12    | 1. Diet Zero Líquido Após 13h. |                                                         |
|          | 2. 800mg 500ml w 8/18h.        | <del>10</del> <del>18</del> <del>06</del>               |
| 31/12    | 3. Xipreona 2ml w 6/16h        | <del>12</del> <del>18</del> <del>24</del> <del>06</del> |
| 01/11/16 | 4. Tifato 20mg w 12/12h.       | <del>12</del> <del>24</del>                             |
|          | 5. Cefazolin 1g w 8/18h        | <del>14</del> <del>22</del> <del>06</del>               |
|          | 6. Nalmedon 20mg w 8/18h       | <del>14</del> <del>22</del> <del>06</del>               |
|          | 7. Clorazepato 15mg sc 1x      | <del>16</del>                                           |
|          | 8. 800mg                       |                                                         |
| 20/12    | 1. Diet Zero Líquido           | <del>10</del> <del>18</del> <del>06</del>               |
|          | 2. 800mg 500ml w 8/18h.        | <del>14</del> <del>22</del> <del>06</del>               |
| 17/12    | 3. Xipreona 2ml w 6/16h        | <del>12</del> <del>18</del> <del>24</del> <del>06</del> |
| TAX-3804 | 4. Tifato 20mg w 12/12h        | <del>12</del> <del>24</del>                             |
|          | 5. Cefazolin 1g w 8/18h        | <del>14</del> <del>22</del> <del>06</del>               |
|          | 6. Nalmedon 20mg w 8/18h       |                                                         |
|          | 7. Karelto 15mg w 1x           | <del>12</del>                                           |
|          | 8. 800mg                       |                                                         |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-121




*Maria Joanny Abrantes Vieira*  
ASSINATURA TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.925.143 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2010

NOME MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

FILIAÇÃO JOSÉ NILTON GONÇALVES VIEIRA  
FRANCISCA ABRANTES SARMENTO VIEIRA

NATURALIDADE SOUSA-PB DATA DE NASCIMENTO 04/06/1998

DOC ORIGEM NASC.N.45093 FLS.23 LIV.A 40

CARTÓRIO SOUSA PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR *Carla Pereira*  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

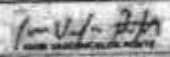
Número de Inscrição  
107 982 274 37

Nome  
MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Nascimento



21 MAR. 2019

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                              |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                                      |                                                               |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                                                                                           |                                                               |
| CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO                                                                                              |                                                               |
| NOME: CARLOS ADRIAR VERAS PINHEIRO                                                                                          |                                                               |
| <div>  </div>                             |                                                               |
| <small>DATA DE EMISSÃO - DATA DE VENCIMENTO</small><br>2001097006008 2008 CE                                                | <small>CPF</small><br>973.419.833-53                          |
| <small>DATA NASCIMENTO</small><br>12/06/1982                                                                                |                                                               |
| <small>ENDEREÇO</small><br>CARLOS EMERY ALVES<br>PINHEIRO<br>ELIDA MARIA VERAS<br>PINHEIRO                                  |                                                               |
| <small>RESIDÊNCIA</small><br><input type="checkbox"/>                                                                       | <small>NCC</small><br><input type="checkbox"/>                |
| <small>VALIDADE</small><br>23/09/2018                                                                                       | <small>VALIDADE</small><br>29/11/2008                         |
| <small>SEM OBSERVAÇÃO:</small><br><div style="height: 50px; border: 1px solid black;"></div>                                |                                                               |
| <small>ASSINATURA DO TITULAR</small><br> |                                                               |
| <small>LOCAL</small><br>QUIXADA, CE                                                                                         | <small>DATA EMISSÃO</small><br>03/10/2013                     |
| <small>ASSINATURA DO DETRAN</small><br>  | <small>NUMERO DO TITULO</small><br>03003876578<br>CE137831269 |
| <small>DETRAN CE (CEARA)</small>                                                                                            |                                                               |

21 MAR 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 011349390016  
EXERCÍCIO 2013

MARIA DO SOCORRO GONCALVES VIEIRA

09262247435  
PLACA  
MOLIS695/PB

NOVO  
MOLIS695/PB

PR3/MOTOCICLETA NOVA  
CONSUMÍVEL  
GASOLINA

HONDA/POP100  
CAP/POST/CL  
2008

2008  
CATEGORIA  
PARTIC

1º  
VENG COTAS  
1º

2º  
VENG COTAS  
2º

3º  
VENG COTAS  
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)  
A A A A A

DATA DE PAGAMENTO  
28/05/2013

A. E. BANCO BRADESCO FINANÇAS GATORIO  
MAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SCUSA - PB

09/05/2013

1436

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011349390016 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodatransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2013

DATA EMISSÃO 09/12/2013

PLACA MOLIS695/PB

RENAVAM 00111793971

MARKA / MODELO HONDA/POP100

ANO FAB 2008

9C2HB02109R010864

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) A A A A A

DEBITAR (R\$) A A A A A

CUSTO DO SEGURO (R\$) A A A A A

CUSTO DO BILHETE (R\$) A A A A A

100% (R\$) A A A A A

SEGURO

PARCELADO

DATA ÚNICA 28/05/2013

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.068/0001-04

www.seguradoralider.com.br

11436-1502048-20131209

1436

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1/3 PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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:** 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/05/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MID.

## 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 médio - 25 %                                 | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Maria Joanny Abrantes Vieira  
RG: 3925143 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 107.982.274-78  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Reverso  
Endereço: Rua Dr. Carlos Pires Nº 5/N  
Bairro: São José Cep: 58804-200 Cidade/UF: Sousa/PB  
Telefone: (83) 9.8181-8197 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Veras Pinheiro  
RG: 2001097006008 Orgão Emissor: SSP/CE CPF: 973.419.833-53  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Empresário  
Endereço: Rua José Fernandes de Lima Nº 5/N  
Bairro: Gato Preto Cep: 58800000 Cidade/UF: Sousa/PB  
Telefone: (83) 9.9919-4307 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Maria Joanny Abrantes Vieira

CPF: 107.982.274-78

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Sousa-PB, 20/02/2019

Local e data

Maria Joanny Abrantes Vieira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



21 MAR. 2019



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095793/19

**Número do Sinistro:** 3190214088

**Vítima:** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

**CPF:** 107.982.274-78

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 14/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA JOANNY  
ABRANTES VIEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 15/04/2019  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL