



Número: **0046512-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIELE FERREIRA DE ARAÚJO (AUTOR)		HILTON PEREIRA DE LIMA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70656 275	06/11/2020 16:44	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200229486

Vítima: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 01/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

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

Carta nº 15903220

Pag. 00707/00708 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229486 Vítima: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 01/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01433/01434 - carta_03 - INVALIDEZ

00050717



Carta nº 15904877





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

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200229486 Vítima: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 01/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 12/08/2020, emitido pelo Dr. YASSER DE LUCENA CORREIA CRM nº 23523 - PE, da Instituição UPA IMBIRIBEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

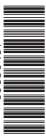
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00873/00874 - carta_31 - INVALIDEZ

00050437



Carta nº 16057802





LIDER		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escritório (seu) da cobertura:		<input type="checkbox"/> HABILITADO PERMANENTE <input type="checkbox"/> HABILITADO TEMPORÁRIO	
2 - Nº do Seguro DPVAT:		10.694.104.18	
3 - Nome completo do segurado:		ADRIELLE FERREIRA DE ARAUJO	
4 - Data de nascimento:		19.09.1984	
5 - Sexo:		F	
6 - Estado civil:		CASA	
7 - Nome completo do representante legal:		BOA VIAGEM	
8 - Nome completo do representante legal:		RECEBO	
9 - CPF do representante legal:		51021.280	
10 - Endereço completo do representante legal:		RUA BRUNO VELLOSO	
11 - Cidade:		PE	
12 - Estado:		CE	
13 - CEP:		61130-000	
14 - Dados do Representante Legal (Pais, Tutor ou Curador) e seus dados pessoais (CPF, RG, Data de Nascimento, Nome Completo):		15 - Dados do Segurado (CPF, RG, Data de Nascimento, Nome Completo):	
16 - CPF do Representante Legal:		17 - CPF do Segurado:	
18 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		19 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
20 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		21 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
22 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		23 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
24 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		25 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
26 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		27 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
28 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		29 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
30 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		31 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
32 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		33 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
34 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		35 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
36 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		37 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
38 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		39 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
40 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		41 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
42 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		43 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
44 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		45 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
46 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		47 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
48 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		49 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
50 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		51 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
52 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		53 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
54 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		55 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
56 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		57 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
58 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		59 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
60 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		61 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
62 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		63 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
64 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		65 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
66 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		67 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
68 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		69 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
69 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		70 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
70 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		71 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
71 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		72 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
72 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		73 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
73 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		74 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
74 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		75 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
75 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		76 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
76 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		77 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
77 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		78 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
78 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		79 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
79 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		80 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
80 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		81 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
81 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		82 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
82 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		83 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
83 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		84 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
84 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		85 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
85 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		86 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
86 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		87 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
87 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		88 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
88 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		89 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
89 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		90 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
90 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		91 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
91 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		92 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
92 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		93 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
93 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		94 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
94 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		95 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
95 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		96 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
96 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		97 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
97 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		98 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
98 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		99 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	
99 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:		100 - Declaração de que o segurado não possui nenhuma outra cobertura de Seguro DPVAT:	

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

☒ Declaram, sob as penas da Lei, que não houve impedimento de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 4.134/64), em um dos seguintes casos:

- Não foi possível atender a solicitação de exame ou de visita médica;
- O IML que atendeu a solicitação de exame ou de visita médica não possui condições para emitir o laudo;
- O IML que atendeu a solicitação de exame ou de visita médica não possui condições para emitir o laudo;

Assinatura e rubrica do segurado: _____

Assinatura e rubrica do representante legal: _____

Assinatura e rubrica do representante legal: _____

DECLARAÇÃO DE PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Declaram, sob as penas da Lei, que não houve impedimento de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 4.134/64), em um dos seguintes casos:

- Não foi possível atender a solicitação de exame ou de visita médica;
- O IML que atendeu a solicitação de exame ou de visita médica não possui condições para emitir o laudo;
- O IML que atendeu a solicitação de exame ou de visita médica não possui condições para emitir o laudo;

Assinatura e rubrica do segurado: _____

Assinatura e rubrica do representante legal: _____

Assinatura e rubrica do representante legal: _____

32 - Estado civil do segurado: ☐ Solteiro ☐ Casado (pro CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Data de Nascimento: _____

26 - Nome completo do segurado: _____

27 - Se a vítima possui condições para emitir o laudo: ☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se vítima falecida, informar data da morte: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima falecida, informar data da morte: ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima falecida, informar data da morte: ☐ Sim ☐ Não

32 - Vítima falecida, informar data da morte: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima falecida, informar data da morte: ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima falecida, informar data da morte: ☐ Sim ☐ Não

35 - Nome legível de quem assina a petição (a cargo): _____

36 - CPF legível de quem assina a petição (a cargo): _____

37 - Assinatura de quem assina a petição (a cargo): _____

38 - Nome: _____

39 - CPF: _____

40 - Assinatura da testemunha: _____

41 - Assinatura da testemunha: _____

42 - Assinatura do representante legal (se houver): _____

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

073-711470160-9
13/MAR/2020 HORA DF 19:59
LOT: 15.017947-2 TERM: 013
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0867 CONTROLE: 229980

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
0867 013 00052832-0
ADRIELE FERREIRA ARAUJO

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTO
073-711470160-9

1ª VIA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM - DP7ªCIRC
DIIM/3ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E0097003576

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2020** às **15:45**
ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **1/3/2020** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ERNESTO DE PAULA SANTOS, 1 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 51021-330**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvido(s)

ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: VERONICA LOURENCO FERREIRA Pai: ADEMILSON FRANCISCO DE ARAUJO Data de Nascimento: 19/11/1997 Naturalidade: PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 11969410418 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª GRAU COMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: 979023759

Endereço Residência: **RUA BRUNO VELOSO, 734, COMUNIDADE ENTRA APULSO - CEP: 55000-000 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO DESCONHECIDO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE FOI ATREVESSAR A AV. ERNESTO DE PAULA SANTOS A FIM DE CHEGAR NA CASA DE SEU PAI QUANDO FOI ATROPELADA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO. ALEGA QUE FICOU DESMAYADA, TENDO SIDO SOCORRIDA POR POPULARES, QUE FOI ENCAMINHADA PARA A UPA DA INHIRIBEIRA, QUE A VITIMA FEZ DIVERSOS RX, QUE FOI DIGNOTICADA COM TCE LEVE/ GLASGOW 15 COM TRAUMA DE ALTO IMPACTO. INFORMA A VITIMA QUE FICOU INTERNADA DURANTE 08 HORAS, QUE TAMBEM FOI MEDICADA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA DPQUE A VITIMA FOI



ATENDIDA PELO MEDICO YASSER DE LUCENA CORREIA - CRM 23823-A VITIMA VEIO A ESTA DP A FIM DE REGISTRAR O OCORRIDO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Adriele Ferreira de Araujo
ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: MURILO DOS SANTOS NEVES - Matrícula: 221.224-2
(Liberado em 11/03/2020 às 16:25)



[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
DEPARTAMENTO DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2020
Veículos Usados

|||||
NEUZA MARIA DO NASCIMENTO FRANCA
RUA BRUNO VELOSO 734

BOA VIAGEM
51021-280 RECIFE PE

OYZ6080

1/CHEVROLET CLASSIC LS



PERNAMBUCO



UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

MANCHESTER V2

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 01-03-2020 17:49

Nome Paciente: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Cód. Paciente: 460343

Data de Nascimento: 19/01/1997

Sexo: Feminino

Idade: 23

Senha: A0161

Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO

Atendimento: 1335357

SAME:

Período: 01-03-2020 17:53 - 01-03-2020 17:54

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Alergia(s): - DIFONIA - DIPIRONA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HA 30 MINUTOS , COM QUEIXA

Fluxograma sintoma: CEFALÉIA

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLINICA GERAL)

Sinais Vitais Livres: - ESCALA DE GLASGOW: 15

- REGUA DE DOR: 7

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 IRPM

- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância

- DIPIRONA

Observação:

Dr. Ricardo José Olímpio

Acolhido(a) por: RICARDO JOSE OLÍMPIO - COREN: 7362 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04-03-2020 11:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social *
Diag	Espontânea	Vigi / Alerta	Ausente

Queixa Principal / História:

PTE BELTA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, BELTA DOI EM REGIÃO PARIETAL ESQUERDA, NEGA VÔMITOS, NEGA CONVULSÃO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEUROLOGICAMENTE ASSINTOMÁTICA.

ANTECEDENTES:

Infecção Otorrinngica: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐
Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolismo: ☐ Medicamento: ☐

Observações:

EXAME FÍSICO

EC Bpm	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas	Corado
Nutrido	Eupneico	Alerta		Acenolico

Avaliação Cardio Vascular
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:

Avaliação do Aparelho Respiratório
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:

Avaliação Neurológica
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:

Avaliação Aparelho Digestivo
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:

Avaliação Aparelho Locomotor
☐ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada:

Observações:

Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas

SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	TEMP	SATO2	HGT
		120/80	20		36	36		

Médico Responsável: Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Cremépe: 23523

Dr. Marcello Silva

LID 24H - UPA IMBIRIBEIRA

MANCHESTER V2

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Dia e hora retirada da senha: 01-03-2020 17:49

Nome Paciente: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Cód. Paciente: 400343

Data de Nascimento: 19/01/1987

Sexo: Feminino

Idade: 23

Série: A0161

Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO

Atendimento: 1335357

SAME:

Período: 01-03-2020 17:53 - 01-03-2020 17:54

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Alergia(s): - DIPIRONA - DIPIRONA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 30 MINUTOS / COM QUEIXA

Fluxograma sintoma: CEFALÉIA

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLINICA GERAL)

Sinais Vitais Lúbia:

- ESCALA DE GLASGOW: 15

- REGUA DE DOR: 7

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 IRPM

- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância

- DIPIRONA

Observação

Dr. Ricardo José Olimpio

Acolhido(a) por: RICARDO JOSE OLIMPIO - COREN: 7362 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04-03-2020 11:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Tempo da Doença * Acesso à UPA * Nível de Consciência * Vulnerabilidade Social *
Diagnóstico Especificado: Vigil / Alerta

Queixa Principal / História:

ACITE REITA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, REITA DOR EM REGIÃO PARITAL ESQUERDA, NEGA VÔMITOS, NEGA CONVULSÃO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEUROLOGICAMENTE ASSINTOMÁTICA.

ANTECEDENTES:

Infecção Orofaríngea: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐
Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐

Observações:

EXAME FÍSICO

ECG Norm Hidratado Anestésico Sem Edemas Corado
Nutrição Eupneico Alterado Acandótico

Observações: Avaliação Cardio Vascular: ☒ Normal ☐ Alterada

Observações: Avaliação do Aparelho Respiratório: ☒ Normal ☐ Alterada

Observações: Avaliação Neurológica: ☒ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada

Observações: Avaliação Aparelho Digestivo: ☒ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada

Observações: Avaliação Aparelho Locomotor: ☒ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada

SGU: ☒ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada

ORL: ☒ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada

Pele: ☒ Não Examinado: ☒ Normal ☐ Alterada

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT

36

Médico Responsável: Dr. RESERTE LUIZ ENRY CORDEIRO

Cremepi: 21523

Dr. Marcello Silveira

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbituba - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel: (81) 3184-4328

UPA IMBIRIBERAMARCELLOJS

2ª VIA

Prescrição: 1888496 Data: 01/03/2020 18:20

Usuário: YASSER L C
Atendimento: 1335357 Dt Nasc: 19/01/1987 (22a 1m 15d)
Código: 00000000000000000000000000000000
Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Peso: 60,00 kg Altura: 1,70 m Sup: Cor: Branco
Internação: 01/03/2020 17:58 (3 Dias) Int
Módulo: YASSER DE LUCENA CORREIA - CRM 235203
FUNÇÃO: MEDICINA I Serviço: CLÍNICA GERAL
Unidade: 5000 TRAILIN SUPER DO COURO CABELUDO
Cód.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: URG



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Alergias: DIPIRONA

Medicamentos	Qtd	Unidade	SN	Apil	Frequência	Data/Horário
1 CETOPIROFENO IM SOL INJ 100MG - 2ML -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1 UN	AMP		IM	Agora	[01/03] 18:20
2 DEKAMETASONA FOSFATO DISSODICO SOL INJ 10MG - 2,00ML -> AGULHA 30X7 DESCARTAVEL -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1 UN	AMP		IM	Agora	[01/03] 18:20
3 CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% - 250ML FRESNIUS/BAXTER BRUM -> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL -> ESCALPEL N. 21	1 UN	FA C250ML		IV	Agora	[01/03] 18:20

(Assinatura)
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 235203
Médico



UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCELLOJCS
Em: 06/03/2020 11:38

Prescrição: 1848399 Data: 01/03/2020 18:21

Atendimento: 1335357 De Nas: 1901/1997 (23a 1m 15d)

Convênio: SUS - AMBULATÓRIO

Paciente: 460343 - ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Altura: 1,60m Sup. Corporal: 60kg

Indicação: VASSER DE LUCIANA CORREIA - CRM 20020

Função: MEDICINA - Serviço: CLÍNICA GERAL

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Unid. Tr: 0000 THAUM SUPERE DO COURO CAIELEUDO Cód.: 11

Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

Alergias: DIPIRONA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS

Ordem	Unidade	SI	Apel	Frequência	Data/Válida
2	REPOUSO (POLTRONA CONFORTO)	1			01/03/2020
3	REPOUSO (POLTRONA CONFORTO)	1			01/03/2020

COM TUMOR DE ALTO IMPACTO


Dr. Marcello Silva
CRM 20020

MV 2000 - A SEÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarellojcs



UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emissão por MARCELLO JCS
Em: 05/03/2020 11:36

Prescrição: 1688801 Data: 01/03/2020 18:23

Assunto: YASSER L C
Atendimento: 1325337 Dr. Marc: 180111997 (2da 1m 1hd)

Condição: 1325337
Paciente: 460342 - ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

Peso: 60,00kg - Altura: 1,60m - Sexo: F - Sup. Corporal: 24,0

Interação: 01/03/2020 17:36 0 Diálogo Int

Médico: YASSER DE LUCENA CORREIA - CRM 23523

Função: MEDICINA - Serviço: CLINICA GERAL

Local: 5000 TRAJE SUPETIF DO COURO CABELUDO

Diagnóstico: CID: /

Protocolo: /

Classificação de Risco: URG

Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

Alergias: DIPIRONA

EXAMES IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data/Horário
3	RX CRÂNIO P.A. / LATERAL	Exame: 330999	1		01/03/2020

COPIA
da
Prescrição
Elaborada em 01/03/2020
Dr. YASSER DE LUCENA CORREIA

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 01-03-2020 17:49

Nome Paciente: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO
Cód. Paciente: 460343
Data de Nascimento: 19/01/1997
Sexo: Feminino
Idade: 23
Senha: A0161
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1335357
SAME:



Período: 01-03-2020 17:53 - 01-03-2020 17:54

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Alergia(s): - DIPIRONA - DIPIRONA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ 30 MINUTOS, COM QUEIXA CEFALÉIA, RELATA VÔMITOS NO MOMENTO DO ACIDENTE.

Fluxograma sintoma: CEFALÉIA

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CONSULTORIO (CLÍNICA GERAL)

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 7
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 IRPM
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância Observação

- DIPIRONA -

- NEGA ALERGIAS -

IMPRESSÃO
UPA IMBIRIBEIRA
Dr. Fulano Emergência
Data 12/1/20
Coord. Med. Adm.

Acolhido(a) por: RICARDO JOSE OLIMPIO - COREN: 7362 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 12-08-2020 11:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Tempo da Doença * Dias	Acesso à UPA * Espontânea	Nível de Consciência * Vigil / Alerta	Vulnerabilidade Social* Ausente
Queixa Principal / História: PCTE RELTA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. RELTA DOR EM REGIÃO PARIETAL ESQUERDA. NEGA VOMITOS. NEGA CONVULSAO. NEGA PERDA DA CONSCIENCIA. NEUROLOGICAMENTE ASSINTOMÁTICA.			
ANTECEDENTES: Infecção Orofaringe: <input type="checkbox"/> Alergia: <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus: <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial: <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar: <input type="checkbox"/> Doença Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Nefropatia: <input type="checkbox"/> Tabagismo: <input type="checkbox"/> Dislipidemia: <input type="checkbox"/> Alcoolista: <input type="checkbox"/> Medicamento: <input type="checkbox"/> Observações:			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Observações: Avaliação Cardio Vascular <input type="radio"/> Não Examinado: <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações: Avaliação do Aparelho Respiratório <input type="radio"/> Não Examinado: <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações: Avaliação Neurológica <input type="radio"/> Não Examinado: <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações: Avaliação Aparelho Digestivo <input type="radio"/> Não Examinado: <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações: Avaliação Aparelho Locomotor <input type="radio"/> Não Examinado: <input checked="" type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			
Observações: Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas SGU: <input checked="" type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada: ORL: <input checked="" type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada: Pele: <input checked="" type="radio"/> Não Examinado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Alterada:			

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT
36 20

Médico Responsável: YASSER DE LUCENA CORREIA

Crepepe: 23523

Dr. Fernando Finerenciano
CRM 17.173
Cof. Médico

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328



Prescrição.: 1888496 Data: 01/03/2020 18:20
Usuário.: YASSERLC
Atendimento: 1335357 Dt Nasc: 19/01/1997 (23a 6m 23d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 460343 - ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 01/03/2020 17:56 0 Dias(s) Int
Médico.: YASSER DE LUCENA CORREIA - CRM 23523
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S000 TRAUM SUPERF DO COURO CABELUDO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: DIPIRONA, NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1 1 1	AMP UN UN		IM	Agora	[01/03] 18:20
2 DEXAMETASONA FOSFATO DISSODICO SOL.INJ. 10MG - 2,5ML -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1 1 1	AMP UN UN		IM	Agora	[01/03] 18:20
3 CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9% - 250ML(FRESENIUS/BAXTER/BBRUM -> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL -> ESCALPE N. 21	1 1 1	FA C/250ML UN UN		IV	Agora	[01/03] 18:20

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/11/2020 16:44:12
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616441211000000069279038
Número do documento: 20110616441211000000069279038

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Prescrição.: 1888499 Data: 01/03/2020 18:21
Usuário.: YASSERLC
Atendimento: 1335357 Dt Nasc: 19/01/1997 (23a 6m 23d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 460343 - ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 01/03/2020 17:56 0 Dias(s) int
Médico.: YASSER DE LUCENA CORREIA - CRM 23523
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S000 TRAUM SUPERF DO COURO CABELUDO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: DIPIRONA, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 REPOUSO (POUTRONA CONFORTO)	1					01/03/2020 18:21
Obs.: SOLICITO 8 HORAS DE OBSERVAÇÃO. DEVIDO A TCE LEVE: GLASGOW 15 COM TRAUMA DE ALTO IMPACTO.						

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: JESSYCAMRGS
Em: 12/08/2020 11:18

Prescrição.: 1888501 Data: 01/03/2020 18:23
Usuário.: YASSERLC
Atendimento: 1335357 Dt Nasc: 19/01/1997 (23a 6m 23d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 460343 - ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 01/03/2020 17:56 0 Dias(s) Int
Médico.: YASSER DE LUCENA CORREIA - CRM 23523
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S000 TRAUM SUPERF DO COURO CABELUDO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Alergias: DIPIRONA, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 RX CRÂNIO P.A. / LATERAL ; Exame: 339999	1					01/03 18:23

UPA IMBIRIBEIRA
Rel. Evolução Emergencial
01/03/2020
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1335357 Prontuário: 460343 Data do atendimento: 01/03/2020 17:56:00
Paciente: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO Idade: 23 anos e 6 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 19/01/1997
Médico(a) Assistente / CRM: YASSER DE LUCENA CORREIA / CRM - null - 23523
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 01/03/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S000 - TRAUM SUPERF DO COURO CABELUDO (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

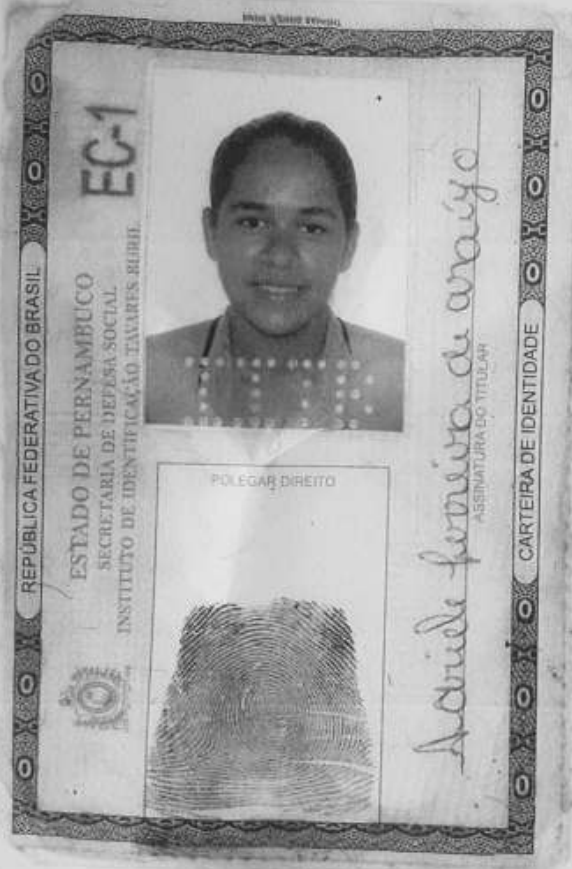
DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

COPIAS PARA
UPA Imbiribeira Emergência
Dr. F. 17 173
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

8.772.636

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27/06/2016

NOME

<< ADRIELE FERREIRA DE ARAÚJO >>

FILIAÇÃO

<< ADEMILSON FRANCISCO DE ARAÚJO >>
<< VÉRÔNICA LOURENÇO FERREIRA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

19/01/1997

DOC. ORIGEM

<< 074211 01 55 2000 1 00042 012

0488003 12 CAMARAGIBE-PE >>

CPF

119.694.104-18

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: PAULISTA C. GABRIEL
LEI Nº 11.6 DE 29/08/83

116178682/06100313.6907811

F-72 5.128 - 4322



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200229486 **Cidade:** Quixaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 01/03/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE . P 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P 4
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177545/20

Vítima: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 119.694.104-18

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/03/2020

Titular do CPF: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO : 119.694.104-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177545/20

Número do Sinistro: 3200229486

Vítima: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 119.694.104-18

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/03/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIELE FERREIRA DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

