



17/11/2020

Número: **0000810-07.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **01/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71158129	17/11/2020 16:45	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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190691799

Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

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,

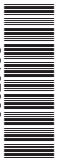
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15250504

Pag. 00265/00266 - carta_01 - INVALIDEZ

00020133





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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190691799

Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000914**

Conta: **0000039779-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190691799 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO. PÁG 3,5
FRATURA DISTAL RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - OSTEOSÍNTESE)DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Andressa Raiane da Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Andressa Raiane da Conceição 6 - CPF: 121.776.024-59
7 - Profissão: Acamiladora 8 - Endereço: Rua Lindinalva Nunes 9 - Número: 1036 10 - Complemento: AP-13
11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Senna Talhada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56903-100
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☒ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0914

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 39779

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0000

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0000

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de resqumimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Senna Talhada 28.11.2019

Andressa Raiane da Conceição

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Silva paraicante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 600/2019, LIVRO nº 003/2019.

DATA: 27/11/2019

HORA: 10h30min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Notificante: ANDRESSA RAYANE DA CONCEIÇÃO

Estado civil: solteira RG: 9.871.948 SDS/PE

CPF: 121.776.024-59

Sexo: masculino Nascimento: 24.03.1996 Idade: 23

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Petrolândia/PE

Profissão: agricultora

Filiação: Maria Aparecida da Conceição

Endereço: Quadra 41, Lote 16, vila Bela, Serra Talhada/PE

NARRATIVA

QUE na data de hoje 02.06.2019, por volta das 16:00 horas, seguia de garupa em uma moto conduzida por Evandro Rodrigues de Siqueira, quando nas proximidades do Sítio Pinto, zona rural de Tavares/PB, colidiu com uma animal cachorro, vindo a perder o controle da moto chagando a cair ao solo; Que fui socorrida pelo SAMU de Princesa Isabel, dando entrada No hospital Regional de Princesa Isabel/PB, onde após exame de RAIOS X, constatou fratura no punho do braço direito, e escoriações pela face; Que Evandro conduzia uma Moto Honda/CG 150 TITAN ES, de cor preta, Placa PES 9176/PE, MODELO E FABRICAÇÃO 2010/2010, Chassi Nº 9C2XC1610AR070254, Registrada em nome de Evandro Rodrigues de Siqueira.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

Andressa Rayane da Conceição



155.680-1

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Andressa Raiane da Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Andressa Raiane da Conceição 6 - CPF: 121.776.024-59
7 - Profissão: Anceltona 8 - Endereço: Rua Lindinalva Nunes 9 - Número: 1036 10 - Complemento: AP-13
11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Senna Talhada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56903-100
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 39779 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de resqumimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Senna Talhada 28.11.2019

Andressa Raiane da Conceição

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rafaela de Menezes

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Silva paraicante

FPS.001 V002/2019





SAMU
192

PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU- 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		DN: <u>24/03/1996</u>	SUS: <u>705008610789158</u>	
DATA: <u>02.06.19</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>85</u>	PACIENTE: <u>Andressa Raiane da Conceição</u>	IDADE: <u>23</u>	SEXO: <u>MASC</u> ☐ <u>FEM.</u> ☒
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>BR 230</u>		BAIRRO: <u>Itaipava</u>	MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. Jordana</u>	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDRIÁTICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO	☐ AVC	☐ DROGA
☐ DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	☒ QUEDA METROS	☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS	☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ F.A.B.	☐ OUTROS	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ F.A.F. (P.A.F.)		☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ GINECO-OBSTÉTRICO		☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS
☐ LESÕES TÉRMICAS			

DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇO MÉDICO: HRPI RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☒ APOIO DIAGNÓSTICO SIMPLES ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Sangramento na face por corte profundo + epistaxe + náusea USD

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30lpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mmHg ☐ <90mmHg
P.A.: 120 x 80 mmHg FC: 92 FR: 20 TEMP.: 37.3 °C GLUCEMIA: 88 mg/dl Esc. Coma: 15 SpO2/O2: 100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Desambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☐ Integridade de Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☒ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de gases prejudicada ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada
☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Paciente vítima de queda de moto, apresentando ferimento de USD e MIE, sangramento por corte profundo na face. Encaminhado para o HRPI para apoio e diagnóstico. Paciente consciente e orientado.



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Realizado SSUV, posição de conforto ativo na posição
lateral esquerda de membros medicação intravenosa
EPM. Dado acentuado gest. color cervical.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

- atadura
- equipo
- Soro glicosado
- plca
- fute de glicose
- álcool - algodão

E.C.G.

☐ NORMAL ☒ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☒ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTARRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA ☐ RESPIRAÇÃO
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ SÍLVESICA
☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL ☐ TALAS/TRACÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

Ketorolac 60 mg + Dipirona 500 mg + Dexametazona 4 mg +
AD = EV.

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O
ATENDIMENTO ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA
(CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

RG: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____

ENFERMEIRO(A): _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____

CONDUTOR: _____

CRM: _____

COREN: _____

COREN: _____

CNH: _____

MAT.: _____

MAT.: _____

MAT.: _____

MAT.: _____



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:	27/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000039779-3

Nr. da Autenticação 8939564F13050A74



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1410826410

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LUIZ DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-900
CNPJ 10.555.992/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005949-99

CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei nº 430, de 28.12.12
COMERCIAL - 113 - PROTEÇÃO - 113
Atendimento ao deficiente suscitado pela Lei nº 5051, de 03.06.1966
Código de 0001, 100 0000
Agência de Regulação dos Serviços Públicos de Energia do Estado de Pernambuco - ARES 0000 000 0000
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia e Petróleo - ANEEL 0800 080 0800
Ligação Gratuita de telefones fixos e telefones
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE

ELISSON CAIQUE SOARES SANTOS

DATA DE VENCIMENTO

22/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/11/2019

CONTA CONTRATO

7032101342

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/11/2019

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásica
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL

084812711

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,85

ENDEREÇO

RUA LINDINALVA NUNES 1036 AP- 13 -
ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
-56903-100 SERRA TALHADA PE -

PERÍODO CONSUMO

15/10/2019 a 14/11/2019

CONSUMO

44

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 18,15

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7032101342

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,85

VENCIMENTO

22/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 818500110070 032101342100 142884587730





Terça Social de Energia Brincos Celpe pelo Celpe
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.435.932/0001-06 | Ins. Est. 028543-32 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA:
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 304-15

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

IPBEM/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

074839430	UNICA	26/08/2018
26/08/2018	2000128288	367221



Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contab. Rum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 087383544-25/08/19
Multa por atraso-NF 087383544-25/08/19
Juros por atraso-NF 087383544-25/08/19
Atualização ICPM-NF 087383544-25/08/19
PRO-CRANCA-(081)0412-8360 0600 031 5888

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
118.000000	0,77645172	91,72
		0,48
		5,44
		4,23
		0,22
		1,42
		0,06
		0,92
		0,98

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO	VALOR	CONSUMO (kWh)
30121219	CAT	25-07-2018	18.015,00	26-08-2018	18.135,00	32	120,00	118,00	118,00

Mês/ano kWh

AGO 18	118
SET 18	120
OCT 18	120
NOV 18	120
DEZ 18	120
JAN 19	120
FEB 19	120
MAR 19	120
ABR 19	120
MAY 19	120
JUN 19	120
JUL 19	120
AUG 19	120

ICMS	PIS	COFINS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
			96,17	25,00	24,04
			96,17	0,74	0,71
			96,17	3,42	3,36

Descrição de Energia	RS	34,26	24,04%
Transmissão	RS	1,42 <th>1,19%</th>	1,19%
Distribuição (Custos)	RS	21,21 <th>17,97%</th>	17,97%
Fundo de Energia	RS	6,82 <th>5,74%</th>	5,74%
Recursos Sociais	RS	4,80 <th>4,06%</th>	4,06%
Tributos	RS	28,13 <th>23,84%</th>	23,84%
Total	RS	118,00 <th>100,00%</th>	100,00%

Consumo Ativo (kWh)

545A.E50E 6272 8F98 8E50 D013 E004 8001

Pague no cartão mais perto de você e sem taxa de juros. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor.

ATENÇÃO: CELPE DE CUIDAR QUE VOCÊ POSSA CONTINAR ENFRENTANDO

Até 15 dias, o cliente pode solicitar a suspensão temporária do serviço. Após 15 dias, o cliente não poderá solicitar a suspensão temporária do serviço.

Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor. O valor do consumo é calculado com base na leitura do medidor.

CONSUMO	VALOR	PREÇO	VALOR	PREÇO	VALOR
CONSUMO	APROXIMADO	PREÇO	VALOR	PREÇO	VALOR
CONSUMO	APROXIMADO	PREÇO	VALOR	PREÇO	VALOR
CONSUMO	APROXIMADO	PREÇO	VALOR	PREÇO	VALOR

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

2278078019 08/2019 02/09/2019 108,00

83690000001-3 08000011002-5 27807801910-0 14142325083-7

108,00





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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.954.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário.

Andressa Raiane da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.776.024 - 59

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Andressa Raiane da Conceição
inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.776.024 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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>Rua Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>lota</u>
Bairro: <u>IPSEB</u>	Cidade: <u>Senna Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56912-130</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Senna Talhada 28.11.2019

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017

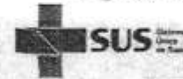




HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

13:58

23 anos



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 128

Data:	03/06/2019	Hora:	13:42
Nome:	Andressia Raiane da Conceição		
Nome Social:		Profissão:	Idolista
Nascimento:	24/03/1996	Sexo:	F
Escolaridade:	1º ano	Estado Civil:	Solteira
Mãe:	Maria Aparecida da Conceição AP. 13		
Endereço:	Rua Lindalva Nunes 1036		
Bairro:	Alt. da Conceição	Município:	Serra Talhada
Cartão SUS:		Fone:	996631826
RG/CPF:	9.871.948		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda X Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

Situação/Queixa: Paciente chega com traumas após acidente.

PA:	130x90	Pulso:		HGT:		T:		SpO2:		Peso:		Glasgow:	
Medicações em uso:	na farmácia												
Intolerâncias/Alergias:	npe												

Fluxograma: Ortopedista

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Prato - Sistema de hastes com 24 h

Tratamento:

1- Diclofenaco - M - 75mg
2- Curativo

Carimbo e Assinatura:

Hipótese Diagnóstica:

- Politravmatismo

Carimbo e Assinatura:



Possíveis Médias

- 1) SPO, 9%, 500 ml, IV, em 12 horas
- 2) Difenoac, 0,5 mg + 0,1 IV, de 6/6 horas, 5/1 N *29.5.2020, 14h*
- 3) Dexametasona 40 mg, 0,5 mg + 0,1 IV, de 6/6 horas, 5/1 N *29.5.2020, 14h*
- 4) Dexametasona, 0,5 mg + 0,1 IV, de 8/8 horas, 5/1 N
- 5) SNU + CCGL

②

Lo Segura - 996399907



SUS

HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

CNPJ: 08.778.268/0039-33

NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL

CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Mãe: MARIA APARECIDA DA CONCEICAO

Pai:

Nascimento: 24/03/1996 Idade: 23 Cor: PARDA

Profissão:

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: CENTRO

Cidade: PRINCESA ISABEL - PB - 58755-000 - 2512309

Naturalidade: PETROLANDIA - PE

CNS: 705-0086-1078-9158

CPF:

Data / Hora: 02/05/2019 18:01:47

Hog. Nasc.:

Recepção/Lista:

Ficha Número: 109951

Identidade: 9871948 SDS PE

Emanuele Florentino

Sexo: F

Num.:

Fome:

CID-10:

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Partido, 23 anos, com relato de queda de um metro de altura, com um braço, impacto em face. Não houve, em princípio, lesão costal - contusões em suprapúbico isquêmico.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

TOMAS, EXAMES E OUTROS

Exame físico: face, 08 cm + 20, 14, no maxilar. 10 cm + 10 cm, 01 cm + 100 cm da SFE 0,97, 1, 14 no maxilar.

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

1 - Acidente com queda de 1 metro de altura, com impacto em face e 2.0 em pulso isquêmico.

DIAGNÓSTICO

Trauma contusivo isquêmico

CID-10:

MEDICACAO

1 - PRESCRIÇÃO

2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

OUTRO HOSPITAL

OBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	3	0	3	2	9
2 -	0	4	0	3	0	3	0	5	8	
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carontes

Médico (a) / (s)

ENCARGOS GONÇALVES, J. 01/11/2019

ASS. AGENTE / ACOMPANHANTE / RESPONSÁVEL

Pagar Direto

ASS. AGENTE / ACOMPANHANTE / RESPONSÁVEL

ASS. REVISÃO ADMINISTRATIVO - CARINTO

ASS. AGENTE / ACOMPANHANTE / RESPONSÁVEL

ASS. REVISÃO ADMINISTRATIVO - CARINTO

Cópia



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA										Nº: 21	
Data: 04.06.2019					Hora: 07:27						
Nome: Andreia Raiane da Conceição											
Nome Social:					Profissão: desempregada						
Nascimento: 24.03.96					Sexo: f		Estado Civil: solteira				
Escolaridade: 2 Grau 4					Responsável: mãe						
Mãe: Maria Aparecida da Conceição											
Endereço: Rua Benedito de Aguiar, 741											
Bairro: Santa Carolina					Município: Talhada (PE) CEP: 55.9822-2678						
Cartão SUS: 898.0039.4223.2166 RG/CPF: 9.871.948											
Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena											
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO										☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL	
Situação/Queixa: dor em NSD + dor em região frontal após acidente de moto no domingo											
PA: 100 x 20		Pulso:		HGT:		T:		SpO2:		Peso:	Glasgow:
Medicações em uso: Nega											
Intolerâncias/Alergias: Nega											
Fluxograma: ortopedista					Carimbo e Assinatura: Joana Cardozo S. Carneiro COREN-PE: 225619-ENF						

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico: Trauma em parte da L1 ± 01 tra Dn + sh	
Tratamento: Rx de Antúscio D API Pulp Tdo Lmco o DS 09/00 En 6 mm de par Cingos. Orintol + subter + Rof	
Hipótese Diagnóstica: Fr. L1 L2 D11 L. paciente	Carimbo e Assinatura: Dr. Erno K. de Carvalho Traumato. Ortopedia CRM 15926





Data Atend: 10/06/2019	Atendimento: 0017121	Quarto/leito: 305 / 2
Paciente: 00130320 - ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
ENTROSSAMENTO RADIO ①	0408020407	
Data: 12/06/19	Início:	Término
Cirurgião: PEDRO A.		
1º Auxiliar: ANDRÉ B		
2º Auxiliar:		
Anestesista: RICARDO		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
① DEFE EM ODH ② ABSCESSO / ANTIABIO ③ APOSTO CAVOT ESTOM ④ REDUÇÃO ENCAVATA ⑤ FIXAÇÃO C/ FIOS K ⑥ CURATIVO + TALA GIPSADA		
 Assinatura do Cirurgião		



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora: 04/06/19 09:33
Profissional Evolução: ENIO KLEPER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição: Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
04/06/19 09:33	Em digitação	0h:0m:49s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
04/06/19 09:33	Aguardando Regulacao	0h:1m:35s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
04/06/19 09:35	Aguardando Regulacao	0h:0m:19s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Atribuindo profissional regulador: EDVALDO.FILHO solicitação: 531435
04/06/19 09:35	Regulado		EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



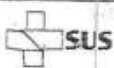


Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/06/2019		Atendimeto: 0017121		Quarto/leito: 305 / 2	
Paciente: 00130320 - ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO					
Data Nasc: 24/03/1996		Idade: 23 Anos		Sexo: Feminino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: DO LAR		Naturalidade: PETROLANDIA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai:		Nome Mãe: MARIA APARECIDA DA CONCEIÇÃO	
Endereço: RUA BENICIO NDE SOUSA RAMOS, 741				- ALTO DA CONCEIÇÃO - SERRA TALHADA	
- PE					
Telefones: () . / () . / (83) 9982.22678					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()					
Sofrimento () Casual () Outros ()					
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Lesão de fratura distal do rádio e ulna, com deslocamento e angulação, sem lesão de vasos e nervos. Sem fratura de ulna.</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>FRAT. RADIO DISTAL (D)</i>					
SADT:					
Diagnóstico Final: <i>FRATURA RADIO DISTAL (D)</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada (X)		Descição Médica (X)			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Óbito em ____/____/____		Data do Internamento: <i>10, 6, 19</i>			
Hora: ____:____		Data da Alta: <i>12 / 06 / 19</i>			
		Local: <i>LA</i>			
		Médico Responsável			





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00130320

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 9 4 2 2 3 2 1 5 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

24 / 03 / 1996

9 - SEXO

Masculino ☐ Feminino ☒

10 - MARCAÇÃO

04711

11 - NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA DA CONCEIÇÃO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA BENICIO NDE SOUSA RAMOS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SEKRA TALHADA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 9 0 0 0 0

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Processo febril MSD, de início insidioso, com febre alta, tosse, dor e supuração funcional MSD

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

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

Aspirado brônquico SPE 2pf

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Infecção respiratória

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atendimento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040.9020.4107

29 - CLÍNICA

Antônio Rodrigues de Farias

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Antônio Rodrigues de Farias

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10.06.19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO FÓLHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CEGR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261910502865-0

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 6503

Médico Autorizador

XI GERES

Od

12

10.06.19 12.06.19





PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO** portador (a) do RG 9871948 SDS-PB, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **JUNHO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 04 De Setembro 2019.


SANDRO FIGUEIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat. 019.035

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 08.888.963/0001-05
Fone: (83) 3457-2419 - Email: sec.saude@princesaibabel.pb.gov.br - ouvidoria@princesaibabel.pb.gov.br
Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeitura.princesaibabel> - Instagram: @prefeituradeprincesa



SEDEX

Correios

peso (kg) **AR MP**

Recebedor

Assinatura

Documento

OD 14856662 8 BR

FCB17137

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DPVAT

AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Andreza Raiane da Conceição

portador(a) do documento de identidade nº 9.871.948, expedido por SDS-PE, em

17/01/2019, inscrito no CPF sob o nº 121.776.024-59, residente na

Lindinalva Nunes, nº 1036

complemento AP-13, Bairro Alto da Conceição, cidade

Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

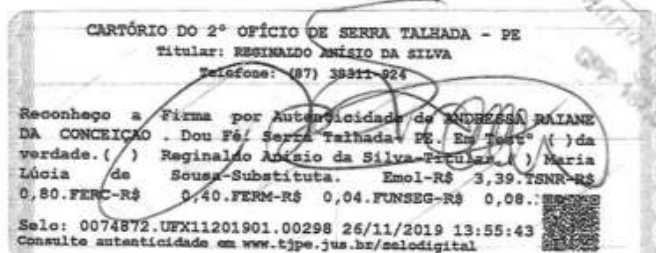
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 26 de Novembro de 2019

Outorgante ☒ Andreza Raiane da Conceição



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445036/19

Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

CPF: 121.776.024-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO : 121.776.024-59

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.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

