



Número: **0114118-20.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/11/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REJANE BATISTA DA SILVA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97044 958	19/01/2022 11:12	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210036935 **Cidade:** Itaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REJANE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 24/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA P.10,11,13)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210036935 **Cidade:** Itaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REJANE BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 06/09/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

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

**Data da análise:** 24/02/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA P.10,11,13)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>





COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A  
01 FEV 2022  
PROTOCOLO  
AGENCIA REGISTRO



VALOR EM TODOS TERCEIROS DIAS  
1.738.518 16.07.1997  
Regina Batista da Silva  
Antonino Batista da Silva  
Rizalva Barbosa da Silva  
Itaíba - PE. 07.02.1971  
Cart. Nasc. Nº 1967 L.28 Fla.265V  
Itaíba - PE.  
027.930.204-51

COMPENSAÇÃO  
COMPENSAÇÃO E PREVIDÊNCIA SIA  
01 FEV 2022  
PROTOCOLO  
SOLICITAÇÃO DE RITO





CCMPREV  
CCMPREVUNDA E PREVIDENCIA SIA  
01 FEV 2022  
PROTOCOLO  
AGENCIA FISCAL



**Dados de Identificação**

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20  
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40  
 Procedimento: RENUELA ZUCRISTA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo  
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

**Informações antes do procedimento**

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia ( ) Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim ( ) Não ( )<br/>Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua ( ) Sim (x) Não<br/>Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim ( ) Não<br/>Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u><br/>Quem informou? (x) Paciente ( ) Familiar<br/>( ) Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS ( ) Sim (x) Não DM ( ) Sim<br/>( ) Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>8. Etílica: ( ) Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> <p>12. Próteses: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> |
|---|--|

**Sinais Vitais e Antropometria**

13. PA: 160/90 mmHg  
 14. FR: 17 lpm  
 15. T: 37 °C  
 16. Glicemia: \_\_\_\_\_  
 17. Peso: 92  
 18. Altura: \_\_\_\_\_  
 19. FC: \_\_\_\_\_  
 20. FC/P: 87 bpm



**Monitorização**

20. AVF (x) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim ( ) Não 22. Monitorização ( ) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) Sim ( ) Não  
 24. Risco de aspiração ( ) Sim ( ) Não 25. Risco de perda Sanguínea ( ) Sim ( ) Não 26. ABT Profilático ( ) Sim ( ) Não se aplica  
 27. Exames de imagem ( ) Sim ( ) Não se aplica 28. Placa de bisturi ( ) Sim ( ) Não local

**Observações:**

Procedimento realizado por intermédica  
Essencialidade no R.O. e culca do paciente

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV  
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA  
 6-1 FEV 2021  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA REGISTRO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA - DP160ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E025000029**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2021** às **09:23**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **6/9/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA CRUZ, 01, DISTRITO DE NEGRAS, MUNICIPIO DE ITAIBA** - Bairro:  
**CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **00000-000**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA / ENTRADA DE NEGRAS, PROXIMO AO CEMITERIO**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

REJANE (AUTORA E VITIMA) (AUTOR \ AGENTE )  
JOSE MARCIO DOS SANTOS (OUTRO )  
REJANE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): REJANE BATISTA DA SILVA

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**REJANE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **RIZALVA BARBOSA DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/2/1971** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1738518/SSP/AL (RG), 02793020451 (CPF)** Profissão: **CABELEIREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 087981094333**

**JOSE MARCIO DOS SANTOS (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA** Data de Nascimento: **1/1/1990** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **06630993403 (CPF)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

**REJANE (AUTORA E VITIMA) (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **RIZALVA BARBOSA DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/2/1971** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1738518/SSP/AL (RG), 02793020451 (CPF)** Profissão: **CABELEIREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 087981094333**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARCIO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REJANE BATISTA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PGV8727 (PERNAMBUCO/ITAIBA)** Renavam: **109318853** Chassi: **9C2JB0100GR201632**  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

file:///C:/Users/invi/Infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

01 FEV 2021

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



19/01/2021

Boletim de Ocorrência

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA POP 100**

Complemento / Observação

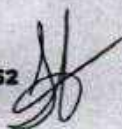
**A VÍTIMA VEIO HOJE NESTA DP REGISTRAR O BO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, POIS AO PILOTAR A MOTOCICLETA ACABOU DERRAPANDO NA ESTRADA DE TERRA NA ENTRADA DO DISTRITO DE NEGRAS, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO, POR VOLTA DAS 17:30, NO DIA 06/09/2020, O QUE POR CONSEQUÊNCIA DA QUEDA ACABOU FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO E TENDO QUE FAZER CIRURGIA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO EM ANEXO.**

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

**REJANE BATISTA DA SILVA  
(VITIMA)**

**REJANE (AUTORA E VITIMA)  
(AUTOR \ AGENTE)**

B.O. registrado por: **Izabelly Alliny Alves dos Santos** - Matrícula: **3996352**  
(Liberado em **19/01/2021** às **10:36**)



**Dados de Identificação**

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20  
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40  
 Procedimento: RENUELA ZUCRISTA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo  
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

**Informações antes do procedimento**

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia ( ) Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim ( ) Não ( )<br/>Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua ( ) Sim (x) Não<br/>Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim ( ) Não<br/>Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u><br/>Quem informou? (x) Paciente ( ) Familiar<br/>( ) Outro _____</p> <p>6. Doença progressiva? HAS ( ) Sim (x) Não DM ( ) Sim<br/>( ) Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> <p>12. Próteses: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> |
|---|---|

**Sinais Vitais e Antropometria**

13. PA: 160/90 mmHg 14. FR: 17 lpm 15. T: 36,8 °C 16. Glicemia: \_\_\_\_\_ 17. Peso: 92 kg 18. Altura: \_\_\_\_\_ cm 19. FC: 87 bpm 20. Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_



**Monitorização**

20. AVF (x) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim ( ) Não 22. Monitorização ( ) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) Sim ( ) Não  
 24. Risco de aspiração ( ) Sim ( ) Não 25. Risco de perda Sanguínea ( ) Sim ( ) Não 26. ABT Profilático ( ) Sim ( ) Não se aplica  
 27. Exames de imagem ( ) Sim ( ) Não se aplica 28. Placa de bisturi ( ) Sim ( ) Não local

**Observações:**

Procedimento realizado por intermédica  
Essencial para o R.O. e entrega do paciente

*[Handwritten Signature]*  
Assinatura do Enfermeiro

COMPREV  
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA  
 6-1 FEV 2221  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA REGISTRO



# 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: **027.930.204-51** 4 - Nome completo da vítima: **REJANE BATISTA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **REJANE BATISTA DA SILVA** 6 - CPF: **027.930.204-51**  
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **PRÉS GETULIO VAGAS** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**  
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ITAIBA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56550-000**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0915** CONTA: **12671** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 - Graude 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(vários)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou filhos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que estiverem inscritos no SIA desta 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 - Imprimir e colar aqui o original da vítima ou beneficiário (se disponível)  
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 \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: **ITAIBA-PE, 25-01-2021**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Rejane Batista da Silva*  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





**Dados de Identificação**

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20  
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40  
 Procedimento: RENUELA ZUCRISTA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo  
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

**Informações antes do procedimento**

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia ( ) Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim ( ) Não ( )<br/>Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua ( ) Sim (x) Não<br/>Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim ( ) Não<br/>Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u><br/>Quem informou? (x) Paciente ( ) Familiar<br/>( ) Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS ( ) Sim (x) Não DM ( ) Sim<br/>( ) Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> <p>12. Próteses: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> |
|---|---|

**Sinais Vitais e Antropometria**

13. PA: 160/90 mmHg 14. FR: 17 lpm 15. T: 36,8 °C 16. Glicemia: \_\_\_\_\_ 17. Peso: 92 kg 18. Altura: 1,70 m  
 19. FC: 80 bpm 20. FC: 87 bpm



**Monitorização**

20. AVF (x) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim ( ) Não 22. Monitorização ( ) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) Sim ( ) Não  
 24. Risco de aspiração ( ) Sim ( ) Não 25. Risco de perda Sanguínea ( ) Sim ( ) Não 26. ABT Profilático ( ) Sim ( ) Não se aplica  
 27. Exames de imagem ( ) Sim ( ) Não se aplica 28. Placa de bisturi ( ) Sim ( ) Não local

**Observações:**

Procedimento realizado por intermédica  
Essencialidade no R.O. e culca) a pedido

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV  
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA  
 6-1 FEV 2221  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA REGISTRO





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, 14 de Março de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210036935**

**Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/09/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), REJANE BATISTA DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **REJANE BATISTA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000915**

Conta: **0000012671-0**

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

Pag. 01957/01958 - carta\_15R - INVALIDEZ





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, 25 de Fevereiro de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210036935**

**Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/09/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), REJANE BATISTA DA SILVA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. 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

Pag. 01497/01498 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020749



Carta nº 16608159



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: REJANE BATISTA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000000012671-0

---

---

Nr. da Autenticação 4B8BA25279412CC5



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033595/21

**Vítima:** REJANE BATISTA DA SILVA

**CPF:** 027.930.204-51

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 06/09/2020

**Titular do CPF:** REJANE BATISTA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### REJANE BATISTA DA SILVA : 027.930.204-51

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](http://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: 01/02/2021  
Nome: REJANE BATISTA DA SILVA  
CPF: 027.930.204-51

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021  
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA  
CPF: 117.852.524-45

REJANE BATISTA DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





# 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: **027.930.204-51** 4 - Nome completo da vítima: **REJANE BATISTA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **REJANE BATISTA DA SILVA** 6 - CPF: **027.930.204-51**  
 7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **PRÉS GETULIO VAGAS** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ITAIBA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56550-000**  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: **0915** CONTA: **12671** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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(vários)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: \_\_\_\_\_ falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou filhos adotivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que eu declarar nesta 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 - Imprimir aqui o nome legível da vítima ou beneficiário (em abreviatura) \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: **ITAIBA-PE, 25-01-2021**  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Rejane Batista da Silva*  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



**Dados de Identificação**

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20  
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40  
 Procedimento: RENUELA ZUCRISTA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo  
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

**Informações antes do procedimento**

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia ( ) Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim ( ) Não ( )<br/>Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua ( ) Sim (x) Não<br/>Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim ( ) Não<br/>Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u><br/>Quem informou? (x) Paciente ( ) Familiar<br/>( ) Outro _____</p> <p>6. Doença progressiva? HAS ( ) Sim (x) Não DM ( ) Sim<br/>( ) Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>8. Etílica: ( ) Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> <p>12. Próteses: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> |
|---|--|

**Sinais Vitais e Antropometria**

13. PA: 160/90 mmHg  
 14. FR: 17 lpm  
 15. FC: 87 bpm  
 16. Glicemia: \_\_\_\_\_  
 17. Peso: 92  
 18. Altura: \_\_\_\_\_  
 19. Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_



**Monitorização**

20. AVF (x) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim ( ) Não 22. Monitorização ( ) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) Sim ( ) Não  
 24. Risco de aspiração ( ) Sim ( ) Não 25. Risco de perda Sanguínea ( ) Sim ( ) Não 26. ABT Profilático ( ) Sim ( ) Não se aplica  
 27. Exames de imagem ( ) Sim ( ) Não se aplica 28. Placa de bisturi ( ) Sim ( ) Não local

**Observações:**

Procedimento realizado por intermédica  
Essencialidade no R.O. e culca da paciente

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV  
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA  
 6-1 FEV 2221  
**PROTÓCOLO**  
 AGÊNCIA REGIOE





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.088 de 20/06/02

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51090-000  
CNPJ 06.638.832/0001-02 | INSC. Est. 09.00842-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
REJANE BATISTA DA SILVA

INDICADOR DA UNIDADE DE CONSUMIDORA  
P113-01

CPF 027.950.204-51

CENTRONEGRAS  
ITAIBA PE  
58500-000

CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL  
Monofásico

7001500250	11/2020
20/11/2020	15/12/2020
75,62	

13/02/2021	13/11/2020
13/11/2020	13/11/2020

Consumo Ativo (Wh) - TUSO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) - TE	101.300.000	0,40417698	40,90
Consum. Rem. Pública Municipal	101.300.000	0,36378113	36,43
ICMS Substituído - CDE PE (24183431-1) 15/09/20			11,11
PROF. CRIANÇA - (0813413-0) 09/01/2021 03/1/2021			0,82
Coop. de PLANEJ. AO TERMO - (087) 3271-1542			1,50
Despesas Pagamento em Duplicidade			4,00
			-24,92

TOTAL DA FATURA

75,62

ÍP. DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	ÍP. DE	CONTRATO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
REGISTRO	PAGAMENTO	(LITROS)	(LITROS)	REGISTRO	Nº	(%)	(M3)

MOV. DE	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DA DESPESA	VALOR	%
03/20	38	38,00	20,20	7,68	Transmissão	19	1,01
07/20	104	104,00	20,20	20,99	Rede Básica (Custos)	19	18,24
10/20	118	118,00	20,20	23,81	Perdas de Energia	19	1,06
12/20	80	80,00	20,20	16,16	Taxas para Setorização	11	1,05
01/21	111	111,00	20,20	22,42	Impostos	19	25,28
04/21	88	88,00	20,20	17,78	Total	88	83,31
08/21	88	88,00	20,20	17,78			
10/21	110	110,00	20,20	22,22			
11/21	88	88,00	20,20	17,78			
01/22	88	88,00	20,20	17,78			
02/22	118	118,00	20,20	23,81			
03/22	88	88,00	20,20	17,78			
04/22	88	88,00	20,20	17,78			
05/22	88	88,00	20,20	17,78			
06/22	88	88,00	20,20	17,78			
07/22	88	88,00	20,20	17,78			
08/22	88	88,00	20,20	17,78			
09/22	88	88,00	20,20	17,78			
10/22	88	88,00	20,20	17,78			
11/22	88	88,00	20,20	17,78			
12/22	88	88,00	20,20	17,78			

**celpe** energia

ATM: PONTO CERTO  
AV. PAJ. ANTÔNIO INACIO, 20 L.J.  
N.º 1180 - ITAIBA

Recife  
V11-7-4  
PE.204-621755

CELPE  
V11 PG. - R\$ 75,62

DOCUMENTO VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
01 FEV 2021  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE



**Dados de Identificação**

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20  
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40  
 Procedimento: RENÚCIO ZUCRISITA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo  
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

**Informações antes do procedimento**

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia ( ) Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim ( ) Não ( )<br/>Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua ( ) Sim (x) Não<br/>Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim ( ) Não<br/>Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u><br/>Quem informou? (x) Paciente ( ) Familiar<br/>( ) Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS ( ) Sim (x) Não DM ( ) Sim<br/>( ) Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> <p>12. Próteses: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> |
|---|---|

**Sinais Vitais e Antropometria**

13. PA: 160/90 mmHg  
 14. FR: 17 irpm  
 15. T: 37 °C  
 16. Glicemia: \_\_\_\_\_  
 17. Peso: 92  
 18. Altura: \_\_\_\_\_  
 19. FC: \_\_\_\_\_  
 20. PCV: 37  
 21. Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_



**Monitorização**

20. AVF (x) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim ( ) Não 22. Monitorização ( ) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) Sim ( ) Não  
 24. Risco de aspiração ( ) Sim ( ) Não 25. Risco de perda Sanguínea ( ) Sim ( ) Não 26. ABT Profilático ( ) Sim ( ) Não se aplica  
 27. Exames de imagem ( ) Sim ( ) Não se aplica 28. Placa de bisturi ( ) Sim ( ) Não local

**Observações:**

Procedimento realizado por intermédica  
Essencial para o R.O. e entrega do paciente

*[Handwritten Signature]*  
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV  
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA  
 6-1 FEV 2021  
**PROTÓCOLO**  
 AGÊNCIA REGISTRO





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHO  
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.  
Av. Simôa Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003  
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns-  
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Regime Botinta do S, G, H

Fristo para 40 dias

21/01/2020



Victor Crispim  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 23144





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE  
EMERGÊNCIA  
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

HOSPITAL MUNICIPAL  
João Vicente

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

### Impressão do Prontuário

#### Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA  
Sexo: Feminino Data 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses  
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:  
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA  
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA  
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

#### Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:  
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 08/09/2020 09:17:57 Número: 22677

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: RETORNO OBSERVAÇÃO  
Data Registro: 08/09/2020 11:01:38  
Descrição:  
Alta  
Data alta: 08/09/2020  
Motivo: Transferido para outro estabelecimento

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: RETORNO OBSERVAÇÃO  
Data Registro: 08/09/2020 11:01:14  
Descrição:  
Encaminhada ao HRDM

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: OBSERVACAO  
Data Registro: 08/09/2020 11:00:53  
Descrição:  
Retomo

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA  
Data Registro: 08/09/2020 10:01:28  
Descrição:  
Paciente vítima da queda de moto há 2 dias, apresentando contusão em punho E, com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

Profissional ( 11850 ) TASSIO GUIMARAES DE FARIAS Tipo Atendimento: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
Data Registro: 08/09/2020 09:18:00  
Descrição:  
Temperatura: 36,10, PA: 150x80, Frequência Cardíaca: 68, Saturação de Oxigênio (%): 99, Aférgias: 16, supratentorial + Volarem. (SIC),  
Motivo Consulta: Paciente relata queda da própria altura (Dor + edema em membro superior esquerdo).

CCMPRE  
01 FEV 2021  
PROTOKOLO  
SERVICO DE EMERGENCIA

- - CEP -  
ITAIBA - PE FONE





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE  
EMERGÊNCIA  
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

### Impressão do Prontuário

#### Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA  
Sexo: Feminino Data: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses  
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:  
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA  
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA  
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

#### Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:  
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 07/09/2020 10:39:59 Número: 22172

Profissional ( 11656 ) CLECIO DOS SANTOS FERREIRA Tipo Tipo Atendimento  
Medicamentos ALTA COM MEDICAÇÃO  
Data Registro: 07/09/2020 12:12:48  
Descrição:  
Administração de Medicamentos:  
DEXAMETASONA 4MG/ML - 2,5ML - 1 AM - 07/09/2020 - 12:12

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Tipo Atendimento  
Atendimento Alta ATENDIMENTO EMERGÊNCIA  
Data Registro: 07/09/2020 12:03:32  
Descrição:  
Alta  
Data alta: 07/09/2020  
Motivo: Alta Melhorado  
CID: ( S400 ) Contusão do ombro e do braço

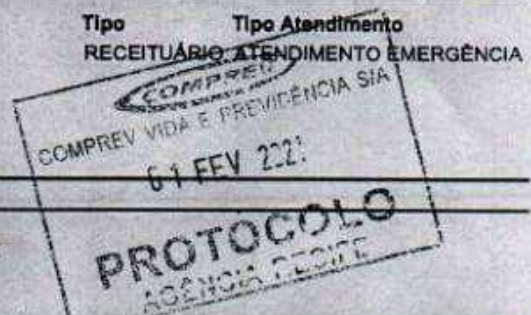
Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Tipo Atendimento  
RECEITUÁRIO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA  
Data Registro: 07/09/2020 12:03:31  
Descrição:  
Medicamentos Recetados - Receita Prescrição Atendimento  
DEXAMETASONA 4MG/ML - 2,5ML - 1 AM - 1 AMPOLA

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Tipo Atendimento  
Exame ATENDIMENTO EMERGÊNCIA  
Data Registro: 07/09/2020 12:03:31  
Descrição:  
Exames Solicitados - RADIOLOGIA  
RADIOGRAFIA DE MAO

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Tipo Atendimento  
Evolução ATENDIMENTO EMERGÊNCIA  
Data Registro: 07/09/2020 12:02:49  
Descrição:  
Paciente vítima de queda de moto, apresentando contusão em punho com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

Profissional ( 11812 ) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI Tipo Tipo Atendimento  
RECEITUÁRIO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA  
Data Registro: 07/09/2020 12:00:57  
Descrição:  
Medicamentos Recetados - Receita Básica (P)  
Flancox 400Mg - Tomar 1 comp 12/12h - 1 ENVELOPE

- - CEP -  
ITAIBA - PE FONE





HOSPITAL MUNICIPAL  
João Vicente

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE  
EMERGÊNCIA  
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

### Impressão do Prontuário

#### Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA  
Sexo: Feminino Data: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses  
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:  
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA  
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA  
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

#### Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:  
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 07/09/2020 10:39:59 Número: 22172

#### Profissional

( 11614 ) AFONSO ALVES DE MELO NETO

Data Registro: 07/09/2020 10:40:02

#### Descrição:

PA: 160x70, Alergias: Alérgica à didifenaco sódico e potássico., Motivo Consulta: Paciente com queixa de dor em antebraço direito.  
OBS: o local citado encontra-se engessado.,



-- CEP --  
ITAIBA - PE FONE





**HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE**  
**EMERGÊNCIA**  
**HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE**

07/09/2020 12:00

**Requisição de Exames**

1ª via / 2ª via

**Dados do Paciente**  
**Nome: REJANE BATISTA DA SILVA**  
**CNS: 703.8000.3937.4436**  
**Dt. Nasc.: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 7 Meses**  
**Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA**  
**Sector: EMERGÊNCIA**

**Atend.: 22172**  
**Sexo: Feminino**  
**Convênio: SUS**  
**Leito:**

Exames Solicitados	RADIOLOGIA	Quantidade
RADIOGRAFIA DE MAO		1

Número da Requisição: 57270

Data da Requisição: 07/09/2020

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

--- CEP ---  
 ITAIBA - PE FONE

*Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti*  
 Clínica Médica  
 CRM 20790



**HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE**  
**EMERGÊNCIA**  
**HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE**

07/09/2020 12:00

**Requisição de Exames**

1ª via / 2ª via

**Dados do Paciente**  
**Nome: REJANE BATISTA DA SILVA**  
**CNS: 703.8000.3937.4436**  
**Dt. Nasc.: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 7 Meses**  
**Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA**  
**Sector: EMERGÊNCIA**

**Atend.: 22172**  
**Sexo: Feminino**  
**Convênio: SUS**  
**Leito:**

Exames Solicitados	RADIOLOGIA	Quantidade
RADIOGRAFIA DE MAO		1

**PROTÓCOLO**  
 AGÊNCIA REGISTRO  
 61 FEV 2021  
 COMPREVIDA E PREVENIÊNCIA S/A

Número da Requisição: 57270

Data da Requisição: 07/09/2020

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

--- CEP ---  
 ITAIBA - PE FONE

*Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti*  
 Clínica Médica  
 CRM 20790





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA  
Simoa Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE  
CEP: 55298-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101

### FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 1194	Data e Hora do Atendimento 22/09/2020 às 08:42:16	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
----------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025439405 - REJANE BATISTA DA SILVA

S: 703600039374436 Nascimento: 07/02/1971 Idade: 49 anos Sexo: Feminino Cor: Parda

Estado Civil: Divorciado(a) Profissão: BIBLIOTECARIA Naturalidade: ITAIBA -PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: - 1738518 Filação: Mãe: RISALVA BARBOSA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): TRAVESSA GERTULIO VARGA, Nº. 43 Complemento:

Cidade: Itaba UF: PE Telefone:

Companhante:

Previdência: Acidente de trabalho: Sim  Não

Residência: Itaba Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico:

Diagnóstico Principal:

Outros:



Descrição do Trauma:

Estado da Consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não

Estado de Trânsito: Sim  Não  Tipo:

Profissão: Sim  Não  Tipo: Motorista  Passageiro

Mecanismo de Lesão: Sim  Não  Local do Impacto:

Tipo de Ferimento: Sim  Não  Tipo: Sofreu Queda: Sim  Não  Altura: m

Idade da vítima: Sim  Não  Por: Transporte realizado por:

Condições de imobilização adequada: Sim  Não  Por que:

Exame físico:

Respiratório: Via aérea está pervia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp.: °C

Circulatório: PA: x mm Hg Pulso: bpm

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas

Exame de Abertura Ocular: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Hora:





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simão Gomes, 33 - Heliópolis - Garanhuns - PE  
CNPJ: 10.248.599/0001-30 | CEP 55296-250  
Fone: (87) 3762-2002 - Fax: (87) 3762-2003  
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Riz Jane Batista

10 sessões de

fisio. terapia de

traxo - extensão do

punho

Dr. Márcio Rodrigues  
Diplomado em Fisioterapia  
CNPJ: 13.919.120/0109





**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

CHAMIN

**FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM**

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	<b>AZUL</b>
Nome:	Nelson Botum da Silva			Idade: 49
Situação/Queixa:	Apuia - 01/02/22			

**PROCEDÊNCIA**

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:
Doenças Preexistentes:			
Medicações em uso: <i>As</i>			
INTOLERÂNCIA/ALERGIAS			

**PARÂMETROS**

PA:	P:	R:	T:	SpO2:	HGT:	Peso:	Temperatura:
-----	----	----	----	-------	------	-------	--------------

**RÉGUA DE DOR**

LEVE	MODERADA	GRAVE
------	----------	-------

ACIDENTE DE TRABALHO  SIM  NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Aagitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradycardia
Dispneias aos esforços	Dispneia de repouso	Dispneia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

**DOR TORÁXICA**

INTENSA	MODERADA	LEVE
---------	----------	------

Duração da dor:

Localização:

**IRRADIAÇÃO DA DOR**

Braço E.	Braço D.	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdôme
----------	----------	----------	-----------	-----------------	--------

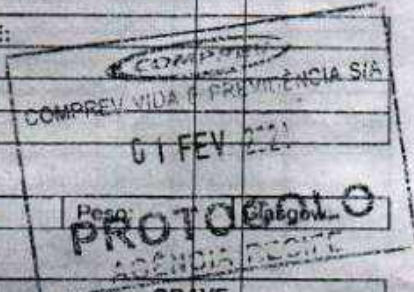
**DOR PRESENTE**

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA
------------	--------------	----------------

Fluxograma: *9 ortom*

Data: *09/02/22*

Assinatura/Carimbo





# SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 33626

## AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <u>REGANE BATISTA DA SILVA</u>					PRONTUÁRIO: <u>788840</u>		
DATA: <u>08/09/2020</u>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	IDADE: <u>49</u>	NASCIMENTO: <u>1/1</u>		CONVÊNIO: <u>SUS</u>		
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>REDUSAF INCRUENTA INT. PUNHA E</u>							

Índice Aldrete Krouck	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
						S.O.							
9	2	2	2	2	1	15 min.	82	115/71					
10	2	2	2	2	2	30 min.	80	118/77					
						60 min.							
						2h							
						3h							

<b>RESPIRAÇÃO</b>						<b>CIRCULAÇÃO</b>					
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR						2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO					
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA						0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO					
0 CIANÓTICO						0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO					
<b>SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO</b>				<b>ATIVIDADE MUSCULAR</b>				<b>CONSCIÊNCIA</b>			
0 SpO <sub>2</sub> DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O <sub>2</sub>				2 APTO MOVER 4 EXT				2 DESPERTO TOTALMENTE			
1 PRECISA RECEBER O <sub>2</sub> PARA SpO <sub>2</sub> > 90%				1 APTO MOVER 2 EXT				1 DESPERTO AO CHAMAR			
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE				0 APTO MOVER 1 EXT				0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO			

**OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES**

Ent: 16:35h  
Alta: 14:05h

*Normando Correa Cayato Filho*  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM - 7418



Carimbo e assinatura:





**Dados de Identificação**

Nome: Reyane Batista da Silva Data: 08/09/20  
 Hora: 25:30 Idade: 49 Registro: 98FF40  
 Procedimento: RENUELA ZUCRISTA PUNHA Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo  
 Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

**Informações antes do procedimento**

- |   |   |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia ( ) Sim (x) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (x) Sim ( ) Não ( )<br/>Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua ( ) Sim (x) Não<br/>Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (x) Sim ( ) Não<br/>Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u><br/>Quem informou? (x) Paciente ( ) Familiar<br/>( ) Outro _____</p> <p>6. Doença progressa? HAS ( ) Sim (x) Não DM ( ) Sim<br/>( ) Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>8. Etilista: ( ) Sim (x) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (x) Sim ( ) Não<br/>Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> <p>12. Próteses: ( ) Sim (x) Não<br/>Especifique _____</p> |
|---|---|

**Sinais Vitais e Antropometria**

13. PA: 160/90 mmHg  
 14. FR: 17 lpm  
 15. FC: 80 bpm  
 16. Glicemia: \_\_\_\_\_  
 17. Peso: 92  
 18. Altura: \_\_\_\_\_  
 19. Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_



**Monitorização**

20. AVF (x) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim ( ) Não 22. Monitorização ( ) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) Sim ( ) Não  
 24. Risco de aspiração ( ) Sim ( ) Não 25. Risco de perda Sanguínea ( ) Sim ( ) Não 26. ABT Profilático ( ) Sim ( ) Não se aplica  
 27. Exames de imagem ( ) Sim ( ) Não se aplica 28. Placa de bisturi ( ) Sim ( ) Não local

**Observações:**

Procedimento realizado por intermédica  
Essencial para o R.O. e entrega do paciente

[Assinatura]  
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV  
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA  
 6-1 FEV 2221  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA REGISTRO





HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA  
 Simões Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE  
 CEP: 55298-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 988840	Data e Hora do Atendimento 08/09/2020 às 13:52:02	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPEDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025439405 - REJANE BATISTA DA SILVA  
 CNS: 703600039374436 Nascimento: 07/02/1971 Idade: 49 anos Sexo: Feminino Cor: Parda  
 Estado Civil: Divorciado(a) Profissão: BIBLIOTECARIA Naturalidade: ITAIBA -PE Nacionalidade: Brasileiro  
 Documento: RG - 1738518 Filiação: Mãe: RISALVA BARBOSA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): TRAVESSA GERTULIO VARGA, Nº. 43 Complemento:  
 Bairro: NEGRAS Cidade: Itaiba UF: PE Telefone:

Acompanhante:  
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim  Não   
 Procedência: Itaiba Meio de Transporte:

Atendimento Médico:  
 Data: / / Hora: Médico: Adelson CRM: Adelson Bezerra do Araujo CRM 12281  
 Queixa Principal: Ortopedia/Traumatologia

HDA: E  
 03  
 trauma de rodilha direita  
 e luxação lateral

História do Trauma:  
 Perda da Consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
 Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:  
 Colisão: Sim  Não  Tipo: Motorista  Passageiro   
 Atropelamento: Sim  Não  Local do Impacto:  
 Vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo: Queda: Sim  Não  Altura: m  
 Queimadura: Sim  Não  Por: 5ª REGIÃO DE SAÚDE  
 Condições de imobilização adequada: Sim  Não  Por que: GARANHUNS - PE

Exame físico:  
 A: Geral Via aérea está pervia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temperatura: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas   
 Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:



**GUIA DE TRANSFERÊNCIA**

HOSPITAL DE DESTINO: HRDM

SENHA DA REGULAÇÃO: 6016301

REJANE BATISTA DA SILVA, 49 anos. DN:07/02/1971

ENDEREÇO:Povoado Negras, Itaíba-PE

HDA:Paciente vítima de queda de moto há 2 dias, apresentando contusão em punho E, com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

MOTIVO DA TRASFERÊNCIA: Avaliação Traumato Ortopedia

08/09/2020 - 10:21:50

Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti  
Clínica Médica  
CRM 20790

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

-- CEP --  
ITAIBA - PE FONE





CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simão Gomes, 33 - Heliópolis - Garanhuns - PE  
CNPJ: 10.248.599/0001-30 | CEP 55200-250  
Fone: (87) 3782-2002 - Fax: (87) 3782-2003  
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Ata no médico

a. Prática funcional  
de higiene da mão

no dia 06.09.20, com  
frotista no posto e  
bomnie com registro  
no posto e, estado  
de alta a partir  
desta data. →







**Dra. Thaynan Narciso**  
Fisioterapeuta CREFITO 269212-F

PACIENTE:	Rejane Batista da Silva	DATA DE NASC:	07/02/1971
HD:	Fratura do Rádio E.	INICIO DE ATEND:	05/10/2020
CPF:	027.930.204-51	SERVIÇO: FISIOTERAPIA	

	DATA	FISIOTERAPEUTA		ASSINATURA PAC.
01	05/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Avaliação fisioterapêutica	Rejane Batista da Silva
02	07/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
03	09/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
04	14/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
05	16/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
06	19/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
07	21/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
08	23/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
09	27/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
10	29/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
11	30/10/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
12	03/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva

PROTÓTIPO DE PREVIDÊNCIA SIA  
COMPROVANTE DE ATENDIMENTO  
01 FEV 21  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA REGISTRO



13	05/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
14	06/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
15	09/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
16	10/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
17	12/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
18	13/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
19	16/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
20	18/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
21	20/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
22	23/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
23	24/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
24	27/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
25	30/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
26	03/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
27	08/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
28	11/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
29	14/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
30	16/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
31	18/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
32	21/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva

COMPRÉVEU  
VILA PREVIDÊNCIA S/A  
01 FEV 2021

PROCOLO  
AGÊNCIA REGIST



33	23/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
34	25/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
35	28/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
36	30/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
37	04/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
38	06/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
39	08/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
40	11/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva

  
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
 01 FEV 2021  
**PROTOCOLO**  
 AGÊNCIA RECIFE

