

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/05/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321011557601

VALOR TOTAL:

3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIANE DIAS DA SILVA

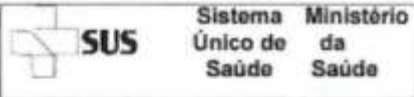
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00707

CONTA: 000854637139

Número da Autenticação

594842A172FD5DDB



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES: 2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES: 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2299364

7 - CARTÃO DO SUS: 702000865764193

8 - DATA DE NASCIMENTO: 14/10/1982

9 - SEXO: Masc Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Mãe das Dores da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO: 000 N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): R. Diogo da Costa - 302 - M.510

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: C. grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL: 20400

15 - UF: PB

16 - CEP: 5840002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: DOR + DEFORMIDADE + FERIMENTO EM COTOVELO E E TORNOZELO E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: TTO CIRURGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RAIOS X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO E COTOVELO

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: part. de lab traumático

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0415030013

26 - CLÍNICA:

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF: 980016004346719

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016004346719

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ANDRÉ RIBEIRO ARAUJO MENEZES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/12/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - COD. ORGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF:

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIAMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIAMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2299364

7 - CARTÃO DO SUS

701000865764993

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/10/1982

9 - SEXO

Masc

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mãe das Dias da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Diogo da Costa - 302 - M. STO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

P. grande

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

02040

15 - UF

RS

16 - CEP

91400-2

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR + DEFORMIDADE + FERIMENTO EM COTOVELO E E TORNOZELO E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO CIRURGICO

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

RAIO X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO E COTOVELO E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

trat. de fr. traumática

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

1430013

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

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

980016004346719

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/12/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /



EVOLUÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/12/2020

Horas: 04:08:16

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De O

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299364 Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS Idade: 02021

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Admissão: 24/12/2020 DIH - 0

Clinica:AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCACAO Enfermaria: Leito: Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO
ESQUERDO E COTOVELO D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:24/12/2020 HORA:04:03:19

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSINTESE DE OLECRANO DIREITO DEVIDO A FRATURA EXPOSTA DO MESMO. QUANTO AO TORNOZELO ESQUERDO OPTOU-SE POR LAVAR E COLOCAR TALA BOTA, ORIENTAÇÕES DADAS POR DR RODRIGO AMORIM.
CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753



Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 24/12/2020

Número do Atendimento: 2299364 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS

Data da Internação: 24/12/2020

Atendimento:2299364

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE OLECRANO DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:OSTEOSSINTESE Data da Cirurgia:24/12/2020

Equipe:

Cirurgião:RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

Aux 1:NATTAN SANTOS ROZENDO DE

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestésista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:NÃO

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3) AMPLIAÇÃO DA FERIDA + LAVAGEM MECANICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% +
DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
4) REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE OLECRANO DIREITO + FIXAÇÃO COM 2
FIOS DE K E FIO DE CERCLAGEM
5) SUTURA + CURATIVO
6) A URPA

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753

Data 24/12/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/12/2020

Horas: 00:07:51

Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299364 Paciente: **ELIANE DIAS DA SILVA: 38 ANOS** Idade: 02021 Sexo: **F**

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/12/2020 DIH - 0

Clínica: AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCAÇÃO Enfermaria: **6** Leito: **4** Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO E COTOVELO D

DIA 24/12/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1		
2	DIETA ZERO	
3	DIETA ZERO. livre APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	
4	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	06 18/06
5	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	06 18/06
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	06 12/18/06
7	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	(06) (18) 06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	et
9	OMEPRAZOL 20 MG <input checked="" type="checkbox"/> 01 CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	06 06

EVOLUÇÃO

DATA: 24/12/2020 HORA: 00:06:24

PCTE ADMITIDA COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO, E COTOVELO DIREITO PARA TTO CIRURGICO

CD: AO BLOCO CIRURGICO

após liberação de limpo fratura

ASSINATURA + CARIMBO

Andre Ribeiro Araujo De Menezes

Tramitei Andre Ribeiro Araujo De Menezes
CRM: 5735

Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 26/12/2020

Número do Atendimento: 2299364 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS

Data da Internação: 24/12/2020

Atendimento:2299364

Diagnostico Pré-Operatório: FX TNZ E

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia:OSTEOSSINTESE Data da Cirurgia:26/12/2020

Equipe:

Cirurgião:ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:MATHEUS PEDROSO C DE SOUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:DIEGO HENRIQUE G SILVA

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NAO

Descrição da Operação:01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
02- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA MIE
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
04- OBSERVADO FERIDA CONTAMINADA COM PRESENÇA DE VÁRIOS
DETRITOS.DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS,LIMPEZA MECÂNICO
CIRURGICA E IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9%.
05- REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSINTESE MALÉOLO LATERAL COM PLACA DCP 3.5
mm E PARAFUSOS CORTICAIS
06- REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSINTESE MALÉOLO MEDIAL COM DOIS
PARAFUSOS ESPONJOSOS.
07- SUTURA DE FERIDAS OPERATÓRIAS E CURATIVOS

Data 26/12/2020

Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico Especialista em Ortopedia
CRM: 53580
CPF: 043.079.784-20

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Eliane Dias da Silva DN -> 31/12/1969						 GOVERNO DA PARAÍBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> <small>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</small>
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
		SUS	38 ano	2299364		
CIRURGIA Tratamento cirúrgico da diverticulite de torção sigmoide esquerda			CIRURGIÃO Dr. = Edmar + Dr. = Matheus			
ANESTESIA Roque			ANESTESIA Dr. = Dilson Henrique			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
14.400		26/12/2020	7:00	8:40		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. p/ Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	03	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
01	Dimore amp. 0,2mg		Compressa Grande ketamid		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Inova ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01	Mercaina isolástica		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	025	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protóxido l/m		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	06	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Thionembatal ml		H ₂ O ₂ ml	05	Mononylon 71-3-C	
	Tracríum amp.		Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidól amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Fiebocortid amp.	01	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	21ml	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	025	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Proiamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE MH2	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica	01	PLACA 13 TUBULAR 01	
			Sonda Uretral nº	05	PANDEJO 2 LATERAL	
			Sterydrem ml	07	PANDEJO 505 ESPALM	
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
03	Aguilha desc. 28 x 28	40x12	Latex			
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
01	Aguilha p/ raque nº	25	05 giletrados			
03	Álcool de Enfermagem		03 escanpi anep			
	Álcool Iodado ml		SUS			
04	Ataduras de Crepon	15cm				
	Ataduras de Gessada					
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/>	Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/>	Foco Auxiliar			
<input type="checkbox"/>	Serra	<input type="checkbox"/>	Eletrocautério			
<input type="checkbox"/>	Desfibrilador	<input type="checkbox"/>	Oxicapígrafo			
<input checked="" type="checkbox"/>	Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/>	Cardiomonitor			
<input type="checkbox"/>	Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/>	Perfurador Elétrico			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Elaine Dias Da Silva - DN = ?*

QI: *Sala 04* LEITE: *Sala 04* CONVÊNIO: *Sus* IDADE: *38 anos* REGISTRO: *229 9364*

CIRURGIA: *Colostomia de Sigaens* CIRURGIÃO: *Dr. Rodrigo Amorim + Dr. Natan R.*

ANESTESIA: *Raque + Bloqueio* ANESTESIA: *Dr. Saldanta*

INSTRUMENTADORA: *Anche* DATA: *24/12/2020* INÍCIO: *02:30* FIM: *04:05*



Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>04</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	Dimore amp. <i>0.2mg</i>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	Mercaina <i>Resaca</i> ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	Nubatin amp. <i>Lidocaine</i>		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp. <i>Clorazepate</i>		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>015</i>	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>015</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	<i>03</i>	Mononylon	<i>(2.0)</i>
	Thionembatal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracríum amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
<i>03</i>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
<i>02</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
<i>02</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidól amp.	<i>03</i>	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	<i>02</i>	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	<i>015</i>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>015</i>	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>06</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>04</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>04</i>	SG fr 500 ml	<i>p/ limpeza</i>
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>02</i>	<i>Delupina</i>		Sonda Nasogátrica	<i>02</i>	<i>Fios K, chevron n= 3.0</i>	
<i>01</i>	<i>T. Oralgenc</i>		Sonda Uretral nº			
<i>01</i>	<i>Lidocaine</i>		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
<i>04</i>	Aguilha desc. 25x740x12		Gelcon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Aguilha desc. 28 x 28		Latase		<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>			<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
<i>02</i>	Aguilha p/ raque nº 27				<input type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<i>015</i>	Álcool de Enfermagem				<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
<i>03</i>	Ataduras de Gessada <i>15cm</i>					
	Atzil metileno amp					

assinado Diniz



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA

Data da Internação: 24/12/2020

Data da Alta: 27/12/2020

Registro: 2299364

Tempo de Permanência: -18621

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Diagnóstico Final: FX TORNOZELO ESQ

Cirurgia: LMC + OSTEOSINTESE

Data: 24/12/2020

Equipe:

Cirurgião: RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: RETORNO AMB + CEFALEXINA + ARFLEX + FISIOTERAPIA

Condições de Alta: Melhorado

Data: 27/12/2020

Assinatura/Carimbo
Hallisson Barros De Almeida

RESPONSÁVEL : Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 3562



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 27/12/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03

Logado em:

Hallisson Barros De Almeida

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :ELIANE DIAS DA SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Hallisson Barros De Almeida

DATA : 27/12/2020

ALA : ORTOPEDIA 2

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 27/12/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03

Logado em:

Hallisson Barros De Almeida

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :ELIANE DIAS DA SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Hallisson Barros De Almeida

DATA : 27/12/2020

ALA : ORTOPEDIA 2

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____

PACIENTE:	ELIANE DIAS DA SILVA
DATA DO EXAME:	23/12/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

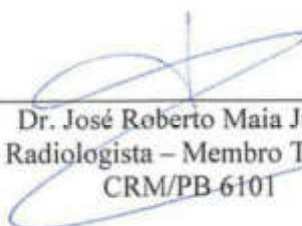
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

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

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

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



Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB-6101

4º SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

19/12/20 # Cir. Geral
00:30 e

Sa. praxios toraco-
esdo. pra

FAST Cod: k-este cir. geral

- por cir. geral.
de cir. geral.

Dr. Antonio Gerolim Neto
Cirurgia Geral
RJM-PB 5767

INO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

Intervenção cirúrgica _____
() Alta hospitalar / () A revelia

Terminação (setor) _____
() Decisão Médica

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário) _____

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA: 38 ANOS Idade: 02021 Nº ATEND: 2299339

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
 DATA: 23/12/2020 HORA: 22:36:15

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS DE EMBRAGUEZ: NÃO

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

DIABETES (SIM/NÃO) HAS (SIM/NÃO)
 DEF. MOTORA (SIM/NÃO)

ALERGIAS:
 MEDICAÇÃO EM USO:
 ESTADO GERAL:
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

CONVULSÃO INCONSCIENTE CONSCIENTE ORIENTADO
 DESORIENTADO AGITADO COOPERATIVO DEPRESSIVO APÁTICO
 IRRITADO DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

* SINTOMAS REFERIDOS

FEBRE VÔMITO DIARRÉIA EXANTEMA
 PRURIDO DISPNEIA DOR INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 ANAFILAXIA HEMITE INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 EPIGASTRALGIA CONSTIPAÇÃO MELENA SIBBLOS TOSSE



ESCALA DE DOR:

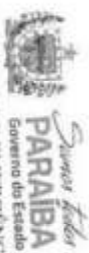
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	D

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 Evelline De Fatima Costa Neves Barbosa



PARAÍBA
 Governo do Estado

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malhassins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
 Data: 23/12/2020

Data: 23/12/2020
 Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS Idade: 02021 Nº ALENID: 22993339

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
 DATA: 23/12/2020 HORA : 22:36:15

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS DE EMBRAGAÇEZ : NÃO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PV: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM/NÃO) HAS (SIM/NÃO)
 DEF. MOTORA (SIM/NÃO)

ALERGIAS:
 MEDICAÇÃO EM USO:
 ESTADO GERAL:
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

CONVULSÃO INCONSCIENTE CONSCIENTE ORIENTADO
 DESORIENTADO AGITADO COOPERATIVO DEPRESSIVO APÁTICO
 HERITADO DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

FEBRE VÔMITO DIARRÉIA EXANTEMA
 PRURIDO DISPNEIA DOR INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 ANAFILAXIA FLEBITE INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 EPIGASTRALGIA CONSTIPAÇÃO MILENA SIBLOS TOSSE



ESCALA DE DOR:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/CORR

ORNS:
 ENFERMEIRO COREN
 Evelline De Fátima Costa Neves Barbosa

FERNANDO SILVA DE MELO, 08/02/2021 (READ)

ELO

D

R

HOSPITAL DO TRA
Philips Med



Visualização e Visualização




MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de Inscrição
054.903.054-95
 Nome
ELIANE DIAS DA SILVA
 Nascimento
14/10/1982



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P. 900



Eliane Dias da Silva
 ALIADA TUBA DO TUBO

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **2866015** DATA DE EXPEDIÇÃO **28 MAR 2001**
 NOME **ELIANE DIAS DA SILVA**
 PAZEL **Severino Dias da Silva**
Maria das Dores da Silva
Aroeiras-PB. **14.10.1982.**
 NATURALIDADE (DATA DE NASCIMENTO)
Cert. Nas. Nº. 12.970. Fls. 80v. Liv. A. 13
 DOB ORIGEM
 CPF *M. Neublente*
 João Pessoa **MARIA DO REGISTRO DE LAVAZELAS CAVALCANTE**
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO
 LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210115576

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA

Data do acidente: 23/12/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 2,3,4,8
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO E TORNOZELO
ESQUERDOS

**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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096146/21

Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA

CPF: 054.903.054-95

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIANE DIAS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELIANE DIAS DA SILVA : 054.903.054-95

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: 07/04/2021
Nome: ELIANE DIAS DA SILVA
CPF: 054.903.054-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ELIANE DIAS DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210115576

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA

Data do acidente: 23/12/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 2,3,4,8
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO E TORNOZELO
ESQUERDOS

**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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



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, 09 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210115576

Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIANE DIAS 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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: **ELIANE DIAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000707**

Conta: **000854637139-1**

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,



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 AS: 0046 116/21 3 - CPF da vítima: 054.903.054-95 4 - Nome completo da vítima: ELIANE DIAS 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: ELIANE DIAS DA SILVA 6 - CPF: 054.903.054-95
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. FENELON ARAUJO DE LUCENA 9 - Número: 98 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ALVIZO CAMPOS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58412-082
15 - E-mail: _____ 15 - Tel.(DDD): 83-49829-8865

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:
 RECURSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0707 13 CONTA: 0008546311391 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 (filhos)? 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, Eliane Dias da Silva
JOÃO PESSOA - PB, 07 DE ABRIL DE 2021.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000024/21

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000024/21 registrada em 21/01/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de janeiro do ano de 2021, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:10 horas, compareceu a Sra. ELIANE DIAS DA SILVA, com 38 anos de idade, filha de SEVERINO DIAS DA SILVA e MARIA DAS DORES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AROEIRAS - PB, Casada, escolaridade Medio Incompleto, profissão DO LAR, portadora da Cédula de Identidade Nº 2866015, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 05490305495, residindo à rua FENELON ARAÚJO DE LUCENA, 98, bairro ALUIZIO CAMPOS, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 20h30min do dia 23.12.2020, estava se deslocando para a sua residência, transitando pela Avenida Assis Chateaubriand, próximo ao cemitério Campo Santo Parque da Paz, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN, ano/modelo 1994/1994, de cor vermelha, chassi nº 9C2JC2501RRS24510, de placa MMZ-4839-PB, licenciada em nome de Everaldo Monteiro da Silva, que era conduzida pelo seu esposo LUIS FERNANDO SILVA DE MELO, quando esse caiu em um buraco existente na via e acabou perdendo o controle de direção, sendo ambos jogados ao solo, causando-lhes ferimentos graves, sendo socorridos pelo SAMU e encaminhados para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foram submetidos a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, com pouca luminosidade, não encontrando-se a comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTTran, pois não foram solicitados. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 21 de Janeiro de 2021

Eliane Dias da Silva

ELIANE DIAS DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

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: 0046 116/21 3 - CPF da vítima: 054.903.054-95 4 - Nome completo da vítima: ELIANE DIAS 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: ELIANE DIAS DA SILVA 6 - CPF: 054.903.054-95

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. FENELON ARAUJO DE LUCENA 9 - Número: 98 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: ALVIZO CAMPOS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58412-082

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83-49829-8865

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:

RECURSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0707 13 CONTA: 0008546311391

(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 (a) nascido? 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, João Pessoa - PB, 07 de Abril de 2021.



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU REGIONAL CG - 192 foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 23/12/2020	HORA: 20:55 HRS	ID Nº: 2012230144
NOME: ELIANE DIAS DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV. ASSIS CHATEAUBRIAND - BR 104		
COMPLEMENTO: FM FRENTE AO CAMPO SANTO PARQUE DA PAZ.		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 7 de janeiro de 2021.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB

CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

COMISSÃO DE CONSÓRCIO DE CATEGORIA ESPECIAL DE SERVIÇOS

ELIANE DIAS DA SILVA

RUAFENELONARAJO DE LUCENA, 98 ALUÍZIO CAMPOS
CAMPINA GRANDE PB 58412-082

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

88748286

REFERÊNCIA

DE 7/2020

Inscrição	SMI (000)	Quantidade de Economias			Responsável	
		Residencial	Comercial	Industrial / Pública		
018.073.080.0318.000						
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação	Água	Situação	Esgoto
49	51 2	29			07/01/2021	
HIST. CONS./ANOR	TELE. QUALID	ÁGUA ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS.	
NOV/2020	3	PARAFETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
OUT/2020	3	TURBIDEZ	178	176		176