

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta nº: 11290788

A/C: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170363537 ASL-0255944/17

Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

Data Acidente: 27/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas
- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta nº: 11291055

A/C: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170363537 ASL-0255944/17

Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

Data Acidente: 27/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11553762

A/C: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

Sinistro: 3170363537 ASL-0255944/17
Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA
Data Acidente: 27/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2017

Carta nº: 11616006

A/C: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

Sinistro: 3170363537 ASL-0255944/17
Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA
Data Acidente: 27/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000001234-3**

Conta: **0000042152-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PRE Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização, as de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

PORTADOR(A) DO RG Nº 776.194 EXPEDIDO POR SSP/IPC/DI EM 28/12/94 E

CPF 493150484-15 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGENTE DE POLÍCIA

E RENDA MENSAL DE R\$ 3.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 42152-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

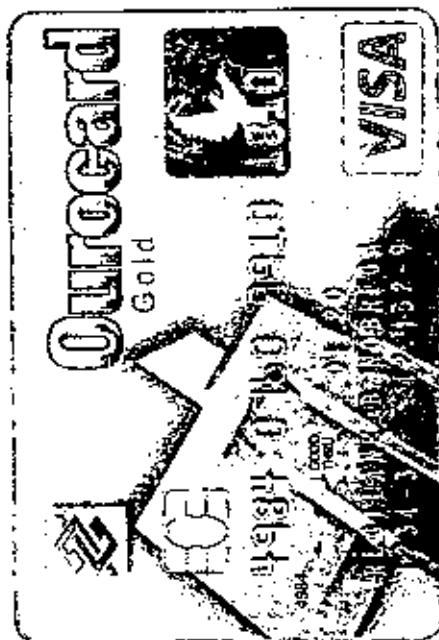
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA 12 de JUNHO de 2017
LOCAL E DATA

Regilane M. Bezerra Nobrega
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Ag. 1234-3 e/c-42152-9

BANCO DO BRASIL S.A.
14/06/2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 07.01.20
0834773229

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1234-3 CONTA: 42.152-9
CLIENTE: REGILANE MARIA B. NOBREGA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----31/05/2017-----		
Saldo Anterior		0,00C
-----01/06/2017-----		
Estorno de Debito	000254	2,43C
BL: 31		
Emprestimo	000246	1.401,56C
Estorno de Debito	000246	1.401,56C
Tarifa Pacote de Servicos	268883	2,43C
Tarifa pendente referente a 05/05/2017		
Saldo		0,00C
-----02/06/2017-----		
Emprestimo	000259	1.485,87C
Estorno de Debito	000259	1.485,87C
Saldo		0,00C
-----05/06/2017-----		
Emprestimo	000260	1.410,97C
Estorno de Debito	000260	1.410,97C
Saldo		0,00C
-----06/06/2017-----		
Emprestimo	000261	1.416,10C
Estorno de Debito	000261	1.416,10C
Saldo		0,00C
-----07/06/2017-----		
Emprestimo	000262	1.421,24C
Estorno de Debito	000262	1.421,24C
Saldo		0,00C
-----08/06/2017-----		
Emprestimo	000263	1.426,40C
Estorno de Debito	000263	1.426,40C
Saldo		0,00C
-----09/06/2017-----		
Emprestimo	000264	1.431,58C
Estorno de Debito	000264	1.431,58C
Saldo		0,00C
-----12/06/2017-----		
Emprestimo	000265	1.436,78C
Estorno de Debito	000265	1.436,78C
Saldo		0,00C
-----13/06/2017-----		
Emprestimo	000266	1.442,00C
Estorno de Debito	000266	1.442,00C
Saldo		0,00C
-----14/06/2017-----		
Recebimento de Proventos	138407	1.935,34C
BL: 14 SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA		
Recebimento de Proventos	951760	468,50C
BL: 14 SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA		
S A L D O		2.403,84C

LANCAMENTOS FUTUROS:

1406 EMPRESTIMO	123407073 R\$	1.442,00C
Saldo Aproximado no Dia		1.442,00C
Saldo Disponível		961,84C
Juros *		0,00
Data de Debito de Juros		03/07/2017
IOF *		0,00
Data de Debito de IOF		03/07/2017
(*)Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		
Linhas de Credito		Credito*
Para informacoes sobre credito parcelado, procure a sua agencia de relacionamento.		

Ha tarifas pendentes de cobranca. Total em 14/06/2017 R\$ 35,52. Sujeito a cobranca quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agencia.

EXTRATO CONTA CORRENTE 5 4 27-JUN-2017 10:49 184196 1/1



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



ERNO
PARAÍBA

Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00745.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00745.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:30 horas do dia 12 de abril de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Regilane Maria Bezerra Nobrega**, CPF nº 493.150.484-15, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Funcionária Pública, filho(a) de Zenisa Bezerra Nobrega e Francisco Pereira Nobrega, natural de Juazeiro do Norte/CE, nascido(a) em 04/11/1964 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Firme do Nascimento, Nº 295, complemento casa, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Próximo a Pnificadora, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-9985.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Próximo a Empresa Transnacional, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/03/17 05:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA 1/SHINERAY XY 50Q PHOENIX, DE COR VERMELHA, ANO 2013/2014, PLACA QFT-3379-PB, CHASSI Nº LXYYCBL04E0257455, EM NOME DA NOTICIANTE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, SE LESIONANDO. SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME ATESTA O MEDICO DR. PEDRO HENRIQUE DE FARIAS, CRM 7734-PB. A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

ADENDO(S):

Que na data 20/04/2017, à(s) 08:44 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LÊ-SE DR PEDRO HENRIQUE DE FARIAS CRM 7734-PB, LÊ-SE PEDRO HENRIQUE DE FREITAS CRM 10575-PB. Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1372424.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de abril de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação

REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00745.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00745.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:36 horas do dia 12 de abril de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Regilane Maria Bezerra Nobrega**, CPF nº 493.150.484-15, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Funcionária Pública, filho(a) de Zenisa Bezerra Nobrega e Francisco Pereira Nobrega, natural de Juazeiro do Norte/CE, nascido(a) em 04/11/1964 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Firmo do Nascimento, Nº 295, complemento casa, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Próximo a Pnificadora, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-9985.

Dados da(s) Fatos:

Local: Av. Hilton Souto Maior, Próximo a Empresa Transnacional, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/03/17 05:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

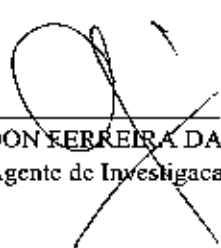
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA I/SHINERAY XY 50Q PHOENIX, DE COR VERMELHA, ANO 2013/2014, PLACA QFT-3379-PB, CHASSI Nº LXVXCBL04E0257455, EM NOME DA NOTICIANTE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, SE LESIONANDO, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME ATESTA O MEDICO DR. PEDRO HENRIQUE DE FARIAS, CRM 7734-PB, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

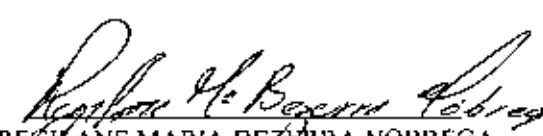
ADENDO(S):

Que na data 20/04/2017, à(s) 08:44 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ONDE LÊ-SE DR PEDRO HENRIQUE DE FARIAS CRM 7734-PB, LÊIA-SE PEDRO HENRIQUE DE FREITAS CRM 10575-PB.. Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1372424.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de abril de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA
Noticiante

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração da Inexistência de IML



Eu, REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA, portador da carteira de identidade nº 376.194 e inscrito no CPF/MF sob o nº 493.150.484-15 residente e domiciliado na R. PEDRO FIRMINO DO NASCIMENTO, 295 Cidade JOÃO PESSOA Estado PARAÍBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA 12.06.2017

Local e data

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/09/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA
BANCO:	001
AGÊNCIA:	01234-3
CONTA:	000000042152-9

Nr. da Autenticação 80B08C20B36A8082



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Regilane Maria Bezerra Nobrega
DATA DE NASCIMENTO 04/11/64
NOME DA MÃE Zenisa Bezerra Nobrega

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 989886
DATA DO ATENDIMENTO 27/03/17
HORA DO ATENDIMENTO 06:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de umero proximal
CID 10 S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando dor em hemitórax esquerdo, ombro e cotovelo esquerdo, nega desmaio ou vômitos. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de Ombro E

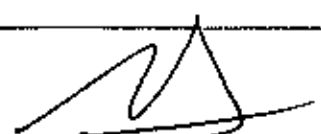
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de umero proximal E

TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura

ALTA HOSPITALAR: 27/03/17
DATA DA EMISSÃO: 30/05/17

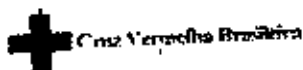

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Ato Declaratório

http://172.16.0.6:8080/cvo/pages/boletimEmergencia.do?pet=...

GRAS



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santidade Humberto Lobato



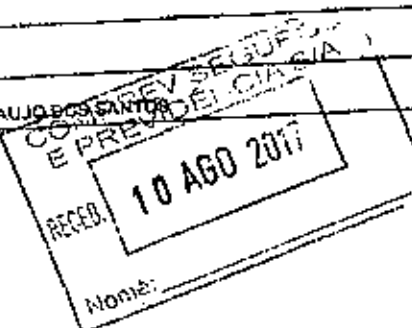
ACOLHIMENTO, em - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 959866

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente				Sexo Feminino
ID 799809	Nome REGIANE MARIA BEZERRA NOBREGA			Prontuário
Data de nascimento 04/11/1994	Idade 52 anos 4 meses 23 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião CATOLICA	
Mãe ZENISA BEZERRA NOBREGA	Pai FRANCISCO PEREIRA NOBREGA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88909685	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 778194	NP Cnt 838004217811759		
Local de procedência AGUA FRIA		Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade JUAZEIRO DO NORTE	CBOR		
Endereço				
CEP 58045120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PEDRO FIRMO DO NASCIMENTO	
Número 295	Complemento	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO		
Admissão				
Data e Hora 27/03/2017 06:52:17	Número da pulseira 1000059752614	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica			
Classificação de risco	Origem do paciente RLA			
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento AGENTE DE MOTOCICLETA	Destino do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Crimo potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrassonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ANTIELLY ARAUJO DOS SANTOS				



TOMOGRAFIA	
TIPO ...	<i>Disto E</i>
DATA ...	<i>72/03/17</i>
HORA ...	<i>10:00</i>
NOME TEC. RAD.	<i>Dr. Danilo de S. ...</i>
ASS.	<i>CRTR 028621</i>

Imprimir

30/03

27/03/2017 06:50

SECRETARIA DE SAÚDE - 11/03/2017 15:12 - 0000000000

0000 - 27/03 - 09:35

Pate refere pulso de mto h. com de 4 h.

Quisendo do am MSE

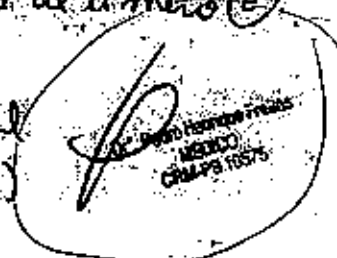
AgEP: Sem lim. funicul catoredo (E)

Ombro (E) com lim. funicul pto de

AO Rx: Fentum proximal de umero (E)

CD: TC ombro (E)

Permitir-se
(Dor em lit. E)



10:36

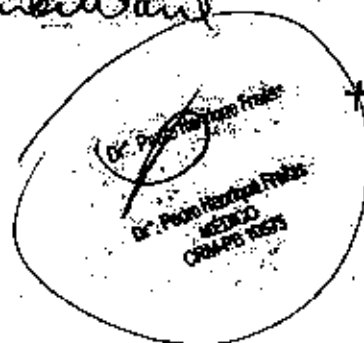
Avaliando TC: Remo de mto

CD: Heli 25

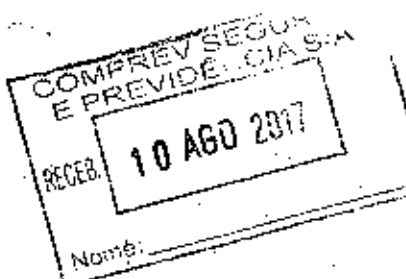
Acompanhado imobilizado

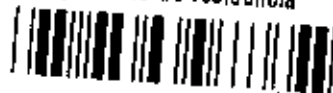
AINES

Alta ORTO



+ Dr. Pina
Wanderley





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGARG nº 776.194, data de expedição 28/12/94, Órgão SSP/TPC/DI

CPF nº 493.150.484-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. PEDRO FIRMINO DO NASCIMENTO</u>
Número	<u>295</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ALTPLANO</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>83-98890-9985 / 83-98801-0051</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA 12.06.2017

Assinatura do Declarante:

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Felício Correia, 220 - Janguruba João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
CONSULTE ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

307904

REFERENCIA

JUN/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

ZENISA BEZERRA NOBREGA
RUA PEDRO F DO NASCIMENTO 295

58046-120

ALTIPLANO
JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.65.200.0440	0	1	0	0	0	307904
Hidrômetro A01A410998	Data de Instalação 03/07/2002	Localização 2	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto FACTIVEL.		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1330	1330	0	30	02/07/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
DEZ/2016	12	42	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JAN/2017	12	42	COL. TOTAIS	294 291 291
FEV/2017	12	42	COL. TERCOT	0 0 0
MAR/2017	12	42	CLORO	294 291 291
ABR/2017	12	42	TURBIDEZ	294 291 290
MAI/2017	12	42	COR	77 113 113
MEDIA(M)	12		DADOS REFERENTES A: MAR/2017	

DATA DA LEITURA: 03/06/2017	HORA DA LEITURA: 10:58:43
DESCRICAO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 36,84 29,47 R\$66,31
DE 11m A 20m	2 9,58 7,60 R\$17,10
TOTAIS	46,34 37,07

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$7,72 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

17/06/2017

Total a Pagar:

R\$83,41

v.16.11 R. 1.0

VERIFICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
VERIFICAÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA TIPO DE TARIFA: NORMALPOSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NÃO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO WWW.TRANSF
ARENCA.PB.GOV.BR**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
307904	JUN/2017	17/06/2017	R\$83,41

82610000000-7 83410010320-0 03079040620-8 17000000002-7



VERIFICADO EM 03/06/2017 10:19 184195171



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LuzenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 989886

Documentação médico - hospitalar



Identificação do paciente				
ID 798806	Nome REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA			Sexo Feminino
Data de nascimento 04/11/1964	Idade 52 anos 4 meses 23 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe ZENISA BEZERRA NOBREGA	Pai FRANCISCO PEREIRA NOBREGA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88909885	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 776184	Nº Cria 888004217811759		
Local de procedência AGUA FRIA	Tipo BAIRRO		UF PB	
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade JUAZEIRO DO NORTE	CBOR		
Endereço				
CEP 58046120	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PEDRO FIRMO DO NASCIMENTO	
Número 295	Complemento	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO		
Admissão				
Data e Hora 27/03/2017 06:52:17	Número da pulseira 1000059752614	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dedos clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS				

Imprimir

TOMOGRAFIA	
TIPO ...	<u>DOUBLE E</u>
DATA ...	<u>22/03/17</u>
HORA ...	<u>10</u> CID: <u>07</u>
NOME TEC. RAD.	<u>Rebecca</u>
ASS.	<u>CRTR 028621</u>

30/03

ORTO. 27/03 - 09:35

Pate refere punta de mato hã com de 4 horas
Quixando dor em MSE

AOEF: Sem lim. funionl catorais (E)

Ombros (E) com lim. funionl pã de

AO Rx: Furtum proximal de úmero (E)

CD: TC ombros (E)

Remissão em
(Dor em úm. E)

Dr. Paulo Henrique Freitas
MÉDICO
CRM-PB 10575

10:36

Avaliação PC: Sem dor

CD: Hemi 5

Acompanhante institucional

AINES

Alta ORTO

Dr. Paulo Henrique Freitas
MÉDICO
CRM-PB 10575

+ Dr. Bruno
Wanderley

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Pedro Henrique Freitas

23/03/17

Dr. Pedro Henrique Freitas

MÉDICO

MÉDICO

MÉDICO

CRM-PB 10575

CRM-PB 10575

CRM-PB 10575

() CNS () CPF

() CNS () CPF

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. Órgão Emissor

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

47 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

51 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

52 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

53 - CNES

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA		
Data de 04/11/1984	Nº Boletim Emergência 989886	Prontuário
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RAIOS X	
TIPO RX	DATA 27/03/17
HORA 08	95
EXAME REC. RAD. fandora	

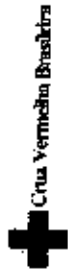

Dr. Gustavo Henrique Leite
Médico Geral
CRM: 17429

27 de Março de 2017

Assinatura do Cabeleado Profissional

1) Fornecer cópias dos exames para imagem e prontuário médico.

Cruz + 010



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senaider Humberto Lucchesi



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	04/11/1984	52	FEMININO	989886		27/03/2017 08:03:19
Setor			Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a
							27/03/2017 08:03:19

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	Via	Velocidade	Posologia	Observações
1. CETOPROFENO 100 MG	1.0	FR/AMP			
Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	1.0	FR			
			E.V		AGORA

Dr. Gustavo Urquiza Leite
CRM: 7429
27 de Março de 2017
Assinatura e Carimbo do Profissional

SN, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.:

Paciente REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA		BAE 989886	Data/Hora Entrada 27/03/2017 08:52:17	Data Baixa
Data de nascimento 04/11/1964	Idade 52	Sexo Feminino	CNS 898004217611759	Telefone de Contato (83) 88909985
Mãe ZENISA BEZERRA NOBREGA				Prontuário
Endereço PEDRO FIRMO DO NASCIMENTO, 285		Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO URQUISA LEITE	Nº Cons. Regional 7429/PB
Data/Hora Classificação 27/03/2017 07:27:08			Data/Hora Prescrição 27/03/2017 08:03:19	

Anamnese

QUEDA DE MOTO SEM TCE, DESMAIO OU VÔMITOS. APRESENTA DOR EM HTE, OMBRO E COTOVELO ESQUERDO.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA + LATERAL + OBLÍQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA EM HTE)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

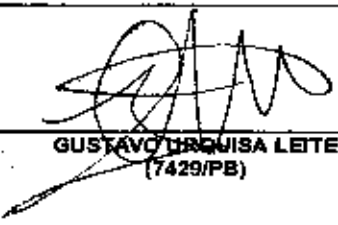
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Gustavo Urquiza Leite
Cirurgião Geral
CRM: 10.122
GUSTAVO URQUISA LEITE
(7429/PB)

REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000414253

Idade: 52 anos

Paciente: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

Data: 27/03/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fraturas no tubérculo maior do úmero.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 27/03/2017 13:51.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

SISTEMA DE REGISTRO S & S - 27-03-2017 13:58 184236 1/1

SEGUIMOS A LOS OPORTUNOS 7 & 11/08/2017 10:12 - 000000000000

cto

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - C.M.E.S.	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE <i>Rosilene Maria B. Nobrega</i>		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	8 - RACACOR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
12 - NOME DO RESPONSÁVEL	13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	14 - CID, IBSCE MUNICÍPIO	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	16 - UF	17 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>TC de ombro E</i>	20 - Q.T.D.E.	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - Q.T.D.E.	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO <i>TOMOGRAFIA</i>	26 - Q.T.D.E.	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO <i>OUTUBRO E</i>	29 - Q.T.D.E.	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO <i>DATA 27/03/12</i>	30 - Q.T.D.E.	
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO <i>HORA 10:22</i>	31 - Q.T.D.E.	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO <i>Nome do Paciente: Danuza de S. G.</i>	32 - Q.T.D.E.	
31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO <i>Ra Síntese</i>	33 - Q.T.D.E.	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
34 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura proximal úmero E</i>		35 - CID 10 PRINCIPAL	
36 - CID 10 SECUNDÁRIO		37 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
38 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Pedro Henrique Freitas</i>		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>23/03/12</i>	
43 - DOCUMENTO (CNS/CPP)		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC		54 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	

SECRETARIA INTER-DEPART 7 & 11/03/2017 10:12 - 000000000000

RECER. 10 AGO 2017

Nome:



1. **Einleitung**
 2. **Ziele und Zwecksetzung**
 3. **Methodik**
 4. **Ergebnisse**
 5. **Diskussion**
 6. **Fazit**
 7. **Literaturverzeichnis**
 8. **Anhang**
 9. **Danksagung**
 10. **Abkürzungen**
 11. **Index**
 12. **Summary**
 13. **Abstract**
 14. **Keywords**
 15. **References**
 16. **Appendix**
 17. **Notes**
 18. **Footnotes**
 19. **Bibliography**
 20. **Glossary**
 21. **Index**
 22. **Summary**
 23. **Abstract**
 24. **Keywords**
 25. **References**
 26. **Appendix**
 27. **Notes**
 28. **Footnotes**
 29. **Bibliography**
 30. **Glossary**
 31. **Index**
 32. **Summary**
 33. **Abstract**
 34. **Keywords**
 35. **References**
 36. **Appendix**
 37. **Notes**
 38. **Footnotes**
 39. **Bibliography**
 40. **Glossary**
 41. **Index**
 42. **Summary**
 43. **Abstract**
 44. **Keywords**
 45. **References**
 46. **Appendix**
 47. **Notes**
 48. **Footnotes**
 49. **Bibliography**
 50. **Glossary**
 51. **Index**
 52. **Summary**
 53. **Abstract**
 54. **Keywords**
 55. **References**
 56. **Appendix**
 57. **Notes**
 58. **Footnotes**
 59. **Bibliography**
 60. **Glossary**
 61. **Index**
 62. **Summary**
 63. **Abstract**
 64. **Keywords**
 65. **References**
 66. **Appendix**
 67. **Notes**
 68. **Footnotes**
 69. **Bibliography**
 70. **Glossary**
 71. **Index**
 72. **Summary**
 73. **Abstract**
 74. **Keywords**
 75. **References**
 76. **Appendix**
 77. **Notes**
 78. **Footnotes**
 79. **Bibliography**
 80. **Glossary**
 81. **Index**
 82. **Summary**
 83. **Abstract**
 84. **Keywords**
 85. **References**
 86. **Appendix**
 87. **Notes**
 88. **Footnotes**
 89. **Bibliography**
 90. **Glossary**
 91. **Index**
 92. **Summary**
 93. **Abstract**
 94. **Keywords**
 95. **References**
 96. **Appendix**
 97. **Notes**
 98. **Footnotes**
 99. **Bibliography**
 100. **Glossary**
 101. **Index**
 102. **Summary**
 103. **Abstract**
 104. **Keywords**
 105. **References**
 106. **Appendix**
 107. **Notes**
 108. **Footnotes**
 109. **Bibliography**
 110. **Glossary**
 111. **Index**
 112. **Summary**
 113. **Abstract**
 114. **Keywords**
 115. **References**
 116. **Appendix**
 117. **Notes**
 118. **Footnotes**
 119. **Bibliography**
 120. **Glossary**
 121. **Index**
 122. **Summary**
 123. **Abstract**
 124. **Keywords**
 125. **References**
 126. **Appendix**
 127. **Notes**
 128. **Footnotes**
 129. **Bibliography**
 130. **Glossary**
 131. **Index**
 132. **Summary**
 133. **Abstract**
 134. **Keywords**
 135. **References**
 136. **Appendix**
 137. **Notes**
 138. **Footnotes**
 139. **Bibliography**
 140. **Glossary**
 141. **Index**
 142. **Summary**
 143. **Abstract**
 144. **Keywords**
 145. **References**
 146. **Appendix**
 147. **Notes**
 148. **Footnotes**
 149. **Bibliography**
 150. **Glossary**
 151. **Index**
 152. **Summary**
 153. **Abstract**
 154. **Keywords**
 155. **References**
 156. **Appendix**
 157. **Notes**
 158. **Footnotes**
 159. **Bibliography**
 160. **Glossary**
 161. **Index**
 162. **Summary**
 163. **Abstract**
 164. **Keywords**
 165. **References**
 166. **Appendix**
 167. **Notes**
 168. **Footnotes**
 169. **Bibliography**
 170. **Glossary**
 171. **Index**
 172. **Summary**
 173. **Abstract**
 174. **Keywords**
 175. **References**
 176. **Appendix**
 177. **Notes**
 178. **Footnotes**
 179. **Bibliography**
 180. **Glossary**
 181. **Index**
 182. **Summary**
 183. **Abstract**
 184. **Keywords**
 185. **References**
 186. **Appendix**
 187. **Notes**
 188. **Footnotes**
 189. **Bibliography**
 190. **Glossary**
 191. **Index**
 192. **Summary**
 193. **Abstract**
 194. **Keywords**
 195. **References**
 196. **Appendix**
 197. **Notes**
 198. **Footnotes**
 199. **Bibliography**
 200. **Glossary**
 201. **Index**
 202. **Summary**
 203. **Abstract**
 204. **Keywords**
 205. **References**
 206. **Appendix**
 207. **Notes**
 208. **Footnotes**
 209. **Bibliography**
 210. **Glossary**
 211. **Index**
 212. **Summary**
 213. **Abstract**
 214. **Keywords**
 215. **References**
 216. **Appendix**
 217. **Notes**
 218. **Footnotes**
 219. **Bibliography**
 220. **Glossary**
 221. **Index**
 222. **Summary**
 223. **Abstract**
 224. **Keywords**
 225. **References**
 226. **Appendix**
 227. **Notes**
 228. **Footnotes**
 229. **Bibliography**
 230. **Glossary**
 231. **Index**
 232. **Summary**
 233. **Abstract**
 234. **Keywords**
 235. **References**
 236. **Appendix**
 237. **Notes**
 238. **Footnotes**
 239. **Bibliography**
 240. **Glossary**
 241. **Index**
 242. **Summary**
 243. **Abstract**
 244. **Keywords**
 245. **References**
 246. **Appendix**
 247. **Notes**
 248. **Footnotes**
 249. **Bibliography**
 250. **Glossary**
 251. **Index**
 252. **Summary**
 253. **Abstract**
 254. **Keywords**
 255. **References**
 256. **Append**

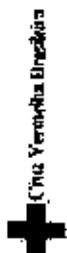


REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome		REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA	
Data de		04/11/1964	
Nº Bolelim Emergência		989589	
Prontuário			
Material a examinar			
EXAME DE IMAGEM			
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)			
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)			
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO			

Crack + 2H₂O

be made significant in the context of the study.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Bandeira Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA	Data de	04/11/1984	Idade	52	Sexo	FEMININO	Nº	988888	Nº		Data Prescrição	27/03/2017 08:03:19
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	27/03/2017 08:03:19				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1		CECTOPROFENO 100 MG	1.0	FR/AMP	E.V	AGORA
Dose em		Solução Fisiológica 0.9%	1.0	FR		

GUSTAVO URQUIZA LEITE

CRM: 7429

27 de Março de 2017

Dr. Gustavo Urquiza Leite

CRM: 7429

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
RECEB.	10 AGO 2017
Nome:	

SECRETARIA DE SAÚDE
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB
15720000 - 21/01/2017 16:12 - 000025634

SN, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.:

Paciente REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA	BAE 989885	Data/Hora Entrada 27/03/2017 06:52:17	Data Baixa
Data de nascimento 04/11/1984	Idade 32	Sexo Feminino	CNS 098004217811759
Mãe ZENISA BEZERRA NOBREGA	Telefone de Contato (83) 88909985		Prontuário
Endereço PEDRO FIRMO DO NASCIMENTO, 225	Bairro ALTIPLANO CABO BRANCO	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO URQUISA LEITE	Nº Cons. Regional 7429/PB
Data/Hora Classificação 27/03/2017 07:27:08	Data/Hora Prescrição 27/03/2017 08:03:19		

Anamnese

QUEDA DE MOTO SEM TCE, DESMAIO OU VÔMITOS. APRESENTA DOR EM HTE, OMBRO E COTOVELO ESQUERDO.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA E.V. AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA EM HTE)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRÊS POSIÇÕES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Gustavo Urquiza Leite
Cirurgião Geral
CRM: 11.122

GUSTAVO URQUISA LEITE
(7429/PB)

REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB.

10 AGO 2017

Vemô:



Date: 27/03/2017

Notes:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Regilane Maria Bezerra Nobrega
DATA DE NASCIMENTO 04/11/64
NOME DA MÃE Zenisa Bezerra Nobrega

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 989886
DATA DO ATENDIMENTO 27/03/17
HORA DO ATENDIMENTO 06:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal
CID 10 S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, apresentando dor em hemitórax esquerdo, ombro e cotovelo esquerdo, nega desmaio ou vômitos. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de Ombro E

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC fratura de úmero proximal E

TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura

ALTA HOSPITALAR: 27/03/17
DATA DA EMISSÃO: 30/05/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMU, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 10 AGO 2017

Nome: _____

SECRETARIA LUB 0001 74 11/08/2017 10:12 - 0000/0000

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1

776.194-23 Via Data de 28.12.1994
 Nome: REOCLIANTE MARIA AZEVEDA FERNES
 Filiação: Francisco Pereira Móbrega
 Monica Bezerra Móbrega
 Nascimento do Norte-CH. 04.11.1964
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Casado
 Colocação: 17.11.1994; Fls. 244; Livro
 5- na 26-22
 Alexandre Manoel de Carvalho
 Diretor do Departamento de Registro e Identificação
 LEI Nº 11.10 DE 2003

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

RECIBO

RECEBIMOS DA SENHA DE APROVAÇÃO

493150484-15

04/11/04



Documentos de identificação



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURANÇA E DA DEFESA PÚBLICA
IDENTIDADE POLICIAL

Rafaela Ma. Bezerra Nobrega
TECNICO EM PERICIA
POLICIA CIVIL

14/11/2010
135.407-4
A POS
4/11/1984
776194 SSP/PB
453.150.484-15

Francisco Pereira Nobrega
Zeniza Bezerra Nobrega

VALIDADE NACIONAL - INDETERMINADA

INSTITUTO DE CIENCIA E IDENTIDADE

LEI COMPLEMENTAR Nº 45 DE 12 DE AGOSTO DE 2004

Art. 141 - O policial civil, no exercício de suas funções, goza das seguintes prerrogativas, dentro dos limites estabelecidos em Lei:

- V - porte de arma, na forma da legislação;
- VI - livre acesso a locais públicos ou particulares que necessitem de intervenção policial, na forma da legislação;
- VII - ingresso e trânsito livre em locais de prestabilidade pública independentemente de prévia autorização ou de verificação de estar em serviço, uma vez que o exercício das funções policiais ocorre em tempo integral e exige dedicação exclusiva, devendo-se apontar a responsabilidade penal do eventual obstrutor da ação policial nesse caso;
- VIII - ser recolhido, em razão de flagrante delito ou de decisão judicial provisória ou definitiva, na presença de superior hierárquico, em unidade policial própria e especial nos termos da legislação federal;
- IX - prioridade na utilização de qualquer serviço de transporte e de comunicação, público ou privado, quando em serviço de caráter urgente.

Gustavo Ferraz Gominho
Secretário da Segurança
Estado da Paraíba

VALIDADE NACIONAL - INDETERMINADA

RECEB. 10 AGO 2010

OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012895755606
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REN. DT. 2016 000041295 12888
 0107065694 9 000/00000000 2016

NOME
 REG. CLANE MARIA BEZERRA NOBREGA

49315048415 OPT 3379/PB

PLACANT. SUP. NOVO - PB LXVXGBE04E0257455

ESPECÍFICO PAS/CICLOMOTO/NAO-APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINAR

MARCA/MODELO SHENRAY XY300 PHOENIX

ANQ FAB 2013 ANQ MOD 2014

CAP/POT/CIL 250/49/CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC COTAS

IPVA ISENTO 00/00/0000 1

FAIXA IPVA PARCELAMENTO COTAS 2

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 COTA UNICA 15/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DATA 20/09/2016

16730 31755

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012895755606 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 20/09/2016

VIA 49315048415 PLACA OPT 3379/

RENAVAM 0207065694 MARCA/MODELO SHENRAY XY300 PHOENIX

ANQ FAB 2013 CATEGORIA PARTIC LXVXGBE04E0257455

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 15/09/2016

SEGURO

DATA DE OUTRAGAO 15/09/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

31755-1543012-20160920



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA REGIANE MARIA BEZERRA NOBREGADATA DO ACIDENTE 27.03.17 CPF DA VITIMA 493.150.484-15

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARENTESCO COM

A VITIMA É REGIANE MARIA BEZERRA NOBREGAENDEREÇO DO PORTADOR R. Pedro Firmino DO NascimentoNº 295 COMPLEMENTO CASA BAIRRO AltinhoCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58066-120E-MAIL RegianeNobre@gmail.com Telefone (83) 98890-9985

Outros

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

0255044117

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)() LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() OUTROS DOCUMENTOS:

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

MORTE = R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21.06.17IDENTIDADE 276.194 PBASSINATURA Regiane Nobrega

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS COREIOS

DATA 21/06/17 MATR. COREIOS 034638NOME Arnaldo Domingos de AndradeASSINATURA Ar

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder em
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255944/17

Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

CPF: 493.150.484-15

Data do Acidente: 27/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA : 493.150.484-15

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 04/07/2017

Nome: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

CPF/CNPJ: 493.150.484-15

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/07/2017

Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU

CPF: 110.123.037-13

REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

LIA NAZARETH NEVES PALAU

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255944/17

Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

CPF: 493.150.484-15

Data do Acidente: 27/03/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/08/2017

Nome: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

CPF: 493.150.484-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2017

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



100

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

5-01-2016 11:08 DEBIT 6 1218217 1102 - WEISSBACH

24/07/2017

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

SEGURADORA LIDER DPVAT 7 11/07/2017 10:12 - 0000026670

DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

Daniela Fidelis

qui 10/08/2017 11:41

Para: amandha.tavares@seguradoralider.com.br <amandha.tavares@seguradoralider.com.br>;

cc: jocelly@seguradoralider.com.br <jocelly@seguradoralider.com.br>;

Prezadas,

Segue abaixo a relação de documentos que não constam em nossos sistemas, que foram recebidos pela Comprev e pertencem a outra Seguradora:

3170242875 EDVALDO ALVES DE SOUZA: Documentos da delegacia. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não localizado em nossos sistemas.

3170037250 JONAS FRANCISCO ALVES DA SILVA: Declaração de ausência do laudo do IML. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não localizado em nossos sistemas.

3170117701 CICERO MARTINS DA SILVA: Carta de pendência da Seguradora Líder, boletim de ocorrência e DUT. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não localizado em nossos sistemas.

3160259448 RICARDO CEZAR PATRICIO: documento médico-hospitalar. Receptora: INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Rio de Janeiro-RJ. Processo não localizado em nossos sistemas.

3170248353 ANTONIO SANTOS MOTA: Autorização de pagamento, comprovante bancário, declaração de residência, comprovante de residência e declaração do proprietário do veículo. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO. Processo não localizado em nossos sistemas.

3170070025 ANTONIO GOMES FERNANDES: Protocolo de recepção de documentos e autorização de pagamento. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não localizado em nossos sistemas.

3170363537 REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA: Documentação médico-hospitalar e documentos de identificação. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não localizado em nossos sistemas.

3170101785 JOSE LUIZ DA SILVA: Autorização de pagamento, Documento de Identificação (Da Beneficiária Gêssica Maria Dos Santos Silva) e carta de pendência da Seguradora Líder. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO. Processo não localizado em nossos sistemas.

CPF 412.024.302-87 MEIRE JULIA CARDOSO DA CONCEICAO: Comprovante de residência da vítima, carta da Líder, cópia do protocolo de envio do documento à Comprev. Processo não localizado em nossos sistemas.

3170365118 SALES FERNANDES DOS SANTOS: Autorização de pagamento da vítima, comprovante bancário (cópia e original), documento de identificação. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO. Processo não localizado em nossos sistemas.

SEGURADORA LIDER DPVAT - 7 de 11/08/2017 16:10 - 000002539

3170373431 HADASSA NOEMY DO NASCIMENTO FERNANDES: Autorização de pagamento, certidão de nascimento da vítima, comprovante bancário, documento de identificação. Receptora: SEGURADORA LIDER DPVAT – REGULAÇÃO. Processo não localizado em nossos sistemas.

Informo que a documentação citada será entregue através do nosso portador.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070

dpvat@comprev.com.br

SEGURADORA LIDER DPVAT 74 11/02/2017 13:12 - CANCELADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170363537 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA **Data do acidente:** 27/03/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170363537 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA **Data do acidente:** 27/03/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO COM REDUÇÃO PARCIAL DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

Resultados terapêuticos: TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **REGILANE MARIA BEZERRA NOBREGA** Sinistro: **3170363537** Data: **27/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Pedro Firmo do Nascimento, 295 - Altiplano Cabo Branco - João Pessoa - PB - CEP 58046-120**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **776194**

Data local do exame: [**30/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO. VÍTIMA AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE ELEVÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO COM REDUÇÃO PARCIAL DA CAPACIDADE DE SUSTENTAÇÃO DE CARGAS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB