

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Nº Sinistro: 3180298992
Vitima: JOSE CARLOS CESAR MACHADO
Data do Acidente: 03/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298992**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041545

Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSANA PEREIRA MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190041545

Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSANA PEREIRA MARTINS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: **ROSANA PEREIRA MARTINS**

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

Banco: **104**

Agência: **000000922**

Conta: **0000017589-1**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0020174/19 CPF da vítima: 337.868.217-39 Nome completo da vítima: Rosane Pereira Martins

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

Nome completo: Rosane Pereira Martins CPF: 337.868.217-39

Profissão: Do Lar Endereço: Invereados - Jannickton Número: 308 Complemento: —

Bairro: Centro Cidade: Osipe - PB Estado: PB CEP: 583.40000

E-mail: Abnaseete@gmail.com Tel.(DDD): (83) 991928028

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 37589 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Osipe - PB 31/01/2019

Nome: Rosane Pereira Martins

CPF: 337.868.217-39

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosane Pereira Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00182.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00182.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:48 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rosana Pereira Martins**, RG nº 258129253 SSP/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria José Pereira Martins e José da Penha Martins, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 24/09/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa Macia Fernandes, Nº 108, bairro Centro, tendo como ponto de referência Creche, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99309-5325.

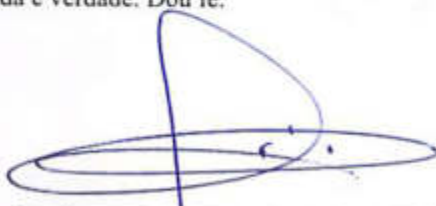
Dados do(s) Fatos:

Local: Capitão Felix Antonio, Cemitério, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/09/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

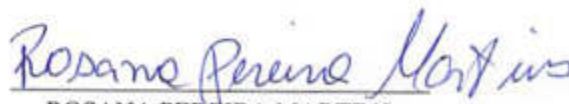
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta marca e modelo: HONDA/CG 125 FAN ESD, ano e modelo: 2013/2014 de cor vermelha, placa: OGA 6999/PB, Chassi nº 9C2JC4160ER003105, registrado em nome da notificante; QUE segundo a mesma seguia normalmente quando a notificante sinalizou que entraria à esquerda, um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo especificar marca e modelo pois o mesmo evadiu-se do local; QUE segundo a notificante este colidiu ao lado da moto em que a notificante estava; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 30/11/2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. to foi jogado ao chão; CID 10S82,1

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.


ROSANA PEREIRA MARTINS
Noticiante



Procedimento Policial: 00182.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0020174/19 CPF da vítima: 337.868.217-39 Nome completo da vítima: Rosane Pereira Martins

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

Nome completo: Rosane Pereira Martins CPF: 337.868.217-39

Profissão: Do Lcn Endereço: Imagem para Jannick Número: 308 Complemento: —

Bairro: Centro Cidade: Guape/PA Estado: PA CEP: 583.40000

E-mail: Abnaazete@gmail.com Tel.(DDD): (83) 991928028

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 37589 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Guape/PA 17/01/2019

Nome: Rosane Pereira Martins

CPF: 337.868.217-39

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rosane Pereira Martins

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo do presente formulário. É NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LINSBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1110270



Identificação do paciente

ID	Nome		Sexo	
1326819	ROSANA PEREIRA MARTINS		Feminino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
24/09/1988	29 anos 11 meses 30 dias			
Mãe	Pai			
MARIA JOSE PEREIRA MARTINS	JOSE DA PENHA MARTINS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
	JESSA DA SILVA BATISTA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
83	993777191			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência	Tipo		UF	
HOSPITAL DE TRAUMA YARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)	UNIDADESAUDE		PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
	CRUZ DO ESPIRITO SANTO			

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58340030	SAPE	PB	TRAVESSA MARCIA FERNANDES
Número	Complemento	Bairro	
108		CENTRO	

Admissão

Data e Hora	Número de pulseira	Convênio
23/09/2018 02:38:34	1000006675621	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			

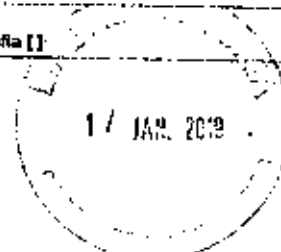
Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos



Diagnóstico

CID

Atendido por

YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA

Tempo

01min 29seg

Imprimir

MARIA JOSE DE ARAUJO PONTES
RUA MARCA FERNANDES, S/N - CENTRO
SAPE / PB CEP: 58340000 (AQ: 51)

Enviado: 13/09/2018 Referência: Set / 2018
Cidade/Subco: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFÁSICO R-230, Km25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58017-140
Roteiro: 7-51-95-3740 Nº medidor: 08200715294

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.005.103/0001-40 Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 013 293 677
Cód. para Deb. Automática: 00008118598

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/ RANI
Set / 2018 13/09/2018 15/10/2018 066.384.864-29

UC (Unidade Consumidora): 5/811859-8

Canal de contato

Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Realizamos a necessidade de desmarcar o acesso ao local da medição. Permanecendo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 474 ANEEL).
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/09/18	14727	13/09/18	14829	1	101	29

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Alq.	Imposto	Base Calc.	Imposto	Base Calc.	Imposto	Base Calc.	Imposto
				Valor Base	Cat. Alq.	Imposto	Base Calc.	Imposto	Base Calc.	Imposto	Base Calc.	Imposto
				Valor Base	Cat. Alq.	Imposto	Base Calc.	Imposto	Base Calc.	Imposto	Base Calc.	Imposto
0801	Consumo Até 20kWh-BR	30,000	0,287340	8,620	8,62	27	2,18	8,62	0,08	0,31		
0801	Consumo - 21 a 100kWh-BR	73,000	0,458330	33,459	33,46	27	8,88	33,46	0,27	1,19		
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	1,000	0,697470	0,697	0,69	27	0,19	0,69	0,00	0,02		
0801	Adic. B Vermeja			3,88	3,88	27	1,54	3,88	0,03	0,14		
0810	Subsídio			42,35	42,35	27	11,44	42,35	0,34	1,57		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			11,21	0,60	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0905	MULTA 06/2018			0,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0906	Devolução Subsídio			-29,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 70,45 86,99 22,48 86,99 0,70 3,23

Média últimos meses (kWh) 101
VENCIMENTO 20/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 70,45

Histórico de Consumo (kWh)

78 | 86 | 98 | 42 | 108 | 126 | 152 | 130 | 138 | 101 | 90 | 88
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

8ff8.af04.55e5.2d6a.961b.6ce4.f7a7.a1f2.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,47	
DIC TRIMESTRAL	12,94	
DIC ANUAL	25,69	
FC MENSAL	9,48	
FC TRIMESTRAL	8,97	
FC ANUAL	19,95	
DARC	2,30	
DARI	12,22	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	9,99	14,17
Compra de Energia	18,89	26,82
Serviço de Transmissão	1,55	2,20
Encargos Setoriais	2,38	3,39
Impostos Diretos e Encargos	39,97	56,82
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	70,45	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 11,54

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, sendo um desconto de R\$29,00.
Reajuste Tarifário - Vigência 20/08 - S-Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Média.
Reajuste Tarifário - Vigência 20/08 - S-Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Média.
- Envie o fatura sem acesso ao medidor fatura pelo e-mail

Faturas em atraso



ENERGISA PARABÁ

Roteiro: 7-51-95-3740
Matrícula: 811859-2018-00-9

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

20/09/2018

R\$ 70,45

83620000000-5 70450054000-7 08118592018-8 09900051019-0





Ministério da Saúde

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Leal



GOVERNO DA PERNAMBUCO

AV. ORESTES LINSBOA, 91 - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 8332146700

Boletim de Atendimento: 1110270

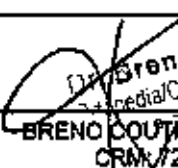


ID		1328319		Nome		ROSAIRA PEREIRA MARTINS		Sexo		Feminino	
Data de nascimento		24/08/1988		Idade		29 anos 11 meses 30 dias		Estado civil		Solteira	
Mês		MAR		País		BRASIL		Mãe		JOSE DA PENHA MARTINS	
Escolaridade		Fundamental		Responsável (Paciente)		JESSE DA SILVA BATISTA - ACOMPANHANTE		DDD Fixo		081	
Tipo documento		CPF		Número documento		993777191		DDD Móvel		83	
Local de procedência		HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTIT (ORTOTRAUMA)		Neurologia		CRUZ DO ESPÍRITO SANTO		Tipo		UNIDADESAUDE	
Endereço		CEP		Município de residência		UF		Logradouro		TRAVESSA MARCIA FERNANDES	
Número		108		Complemento		Bairro		CENTRO			
Admissão		Data e Hora		23/09/2018 02:38:34		Número da publicação		1000006675621		Convênio	
Especialidade		CRURGIA GERAL		Classificação de risco		Clínica		Origem do paciente		OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Indicadores e Transporte		Caráter de atendimento		Móvel do atendimento		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente		MOTO X MOTO	
Camp policial		Plano de saúde		Vale de ambulância		NÃO		Trauma		NÃO	
Ambulância		Moto de transporte		Quem transportou		NÃO		Sinais Vitais			
Exames complementares		PA		X		mmHg		Pulso		Temperatura	
Dados clínicos		Rote X []		Sangue []		Urina []		TC []		Líquor []	
Diagnóstico		CID		CID		CID		CID		CID	
Atendido por		VILA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA		Tempo		01min 28seg		Impressão			

Documento de Alta

Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS			Número Prontuário: 111240
Data de: 24/09/1988	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/09/2018 13:18:38	Data de Alta: 05/10/2018 12:13:28
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALOXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resumo da Internação: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALOXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: OSTEOSSINTESE TIBIA PROXIMAL			
Diagnóstico: S62.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALOXINA, VERSA, ANALGESIA			

Data: 05/10/2018


Breno C. Torres
Ortopedia/Cirurgia do Quadril
Breno Coutinho Torres
CRM 7232 - PB

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	ROSEANA PEREIRA MARTINS	BAE	1110270	Data/Hora Entrada	23/09/2018 02:38:34	Data Baixa	
Data de nascimento	24/09/1988	Idade	29a 11m 30d	Sexo	Feminino	CNS	Telefone de Contato (93) 993777191
Mãe	MARIA JOSE PEREIRA MARTINS						Prontuário
Endereço	TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108	Bairro	CENTRO	Município	SAPE	UF	PB
Acidente	MOTO X MOTO	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	RAIFF LEITE SOARES	Nº Cons. Regional	9350/PB
Data/Hora Classificação	23/09/2018 02:45:54			Data/Hora Prescrição	23/09/2018 06:22:51		

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADA DO ORTOTRAUMA COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. REFERE DOR A
DORIBILIDADE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
COM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

SEM QUEIXAS TORACO-ABDOMINAIS.

ESTADO GERAL REGULAR. EUPNEICA. MUCOSAS CORADAS. GLASGOW 15.

CD: SEGUIR COM ORTOPEDIA

LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

#ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL LATERAL DIR
CONDUZA: INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHÃ, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 80 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 80)

Dr. Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telex: 15947

17/09/2018



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSANA PEREIRA MARTINS
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/88
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.110.270
Nº PRONTUARIO 111.240
DATA DO ATENDIMENTO 23/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 02:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado do Ortotrauma segundo a pactuação, apresentando dor e debilidade do membro inferior D com suspeita de fratura. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa - AP e P
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D ao Rx. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Kartney Sarmiento e Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 05/10/18
DATA DA EMISSÃO: 30/11/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENSIA
CRM: 2516
12/11/2018

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTÓPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

TOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

IGLOSE 90% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

JOELHOIRA TALA

CID10

Código	Descrição
1	Fratura da extremidade proximal da tíbia

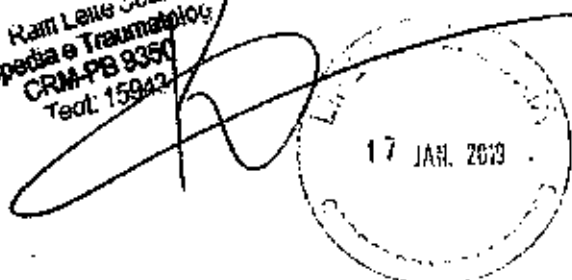
Conduta

Internar Paciente

ROSANA PEREIRA MARTINS

RAIFF LEITE SOARES
(CRM: 9350/PB)

Dr. Raimundo Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Telex: 15942





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS		BAE 1110270	Data/Hora Entrada 23/09/2018 02:39:34	Data Baixa
Data de nascimento 24/09/1988	Idade 29a 11m 30d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 993777191
Mãe MARIA JOSE PEREIRA MARTINS				Prontuário
Endereço TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108		Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MONIZE SPAZZAPAN MARTINS		Nº Cons. Regional 11490/PB
Data/Hora Classificação 23/09/2018 02:43:54			Data/Hora Prescrição 23/09/2018 04:11:06	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADA DO ORTOTRAUMA COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. REFERE DOR A
BILIDADE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.
GA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

SEM QUEIXAS TORACO-ABDOMINAIS.

ITADO GERAL REGULAR. EUPNEICA. MUCOSAS CORADAS. GLASGOW 15.

CD: SEGUIR COM ORTOPEDIA

LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

XAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)

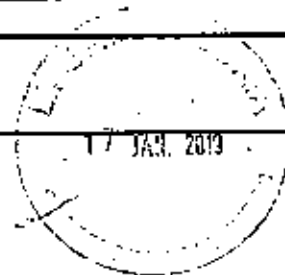
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



ROSANA PEREIRA MARTINS

MONIZE SPAZZAPAN MARTINS
(CRM: 11490/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 23/09/2018 02:40:03



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: ROSANA SENEIRA MARTINS
Paciente: PTO. FRAT. PLANTIO FIBIAL LATERAL (D)
Procedimento: DA KATNEY + DA SIOBERTO ALMEIDA
SUS: (X) Não SUS ()
F. Teor: DA KATNEY + DA SIOBERTO ALMEIDA

Prontuário: 2110270
Data: 03 / 10 / 18
Reposição: _____

Data: 1 / 1

Caixa Pronta: _____

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
TMC	CX. 4,5	01		
	PLACA EM L 9x2 (D)	01		
	MANUSEO CORTICAL Nº 36	02		
	MANUSEO ESPONJOSO ROSCA 32 Nº 65	02		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
17 JAN 2019				

17 JAN 2019
MFE/RS
CRM-75/18015

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA
MARCIA APOLINAR
COREN-PB. 51180534VEL

F(NG).APC.013-2



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

M.T.O.P

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ROSANA PEREIRA MARTINS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1110270

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTOE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTOE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTOE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Cx. 4,15
PLACA em L 4x2
PROFUSO CORTICAL { Nº 36 - 02
 { Nº 40 - 03
PROFUSO ESPONJOSO RESCA 32 Nº 65 - 02



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Dr. Bruno de Lencastre
MED. 3075

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

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

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

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Rosane Pereira Martins BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Procedimento cirúrgico de fratura plav. tibial por (D)

Cirurgião: Dr. Roberto 1º Assistente: Dr. Roberto

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____: Término ____:____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de plav. tibial por</u>	
<u>acidente</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento cirúrgico de fratura</u>	
<u>plav. tibial por</u> (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bruno de M. Rom.
MÉDICO
CRM: 10974

João Pessoa, 03/10/2018

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPA sob anestesia
Cineplax + Sineplax
Cirurgia de corpo aberto

Incisão:

Achados:

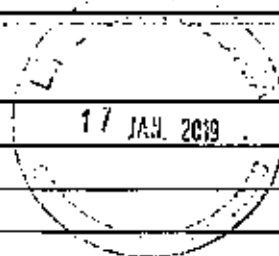
Conduta:

Dissecção por plano
Redução do fôlego de fratura
Fixação com placa em L + parafusos
Alívio
Ligadura com SP0,9%
Sutura por planos
Curativos estéreis

Fechamento:

Observação:

Boa x controle



Dr. Bruno de Lima Rios
MÉDICO
CRM-PR 10075

João Pessoa, 03/10/2018

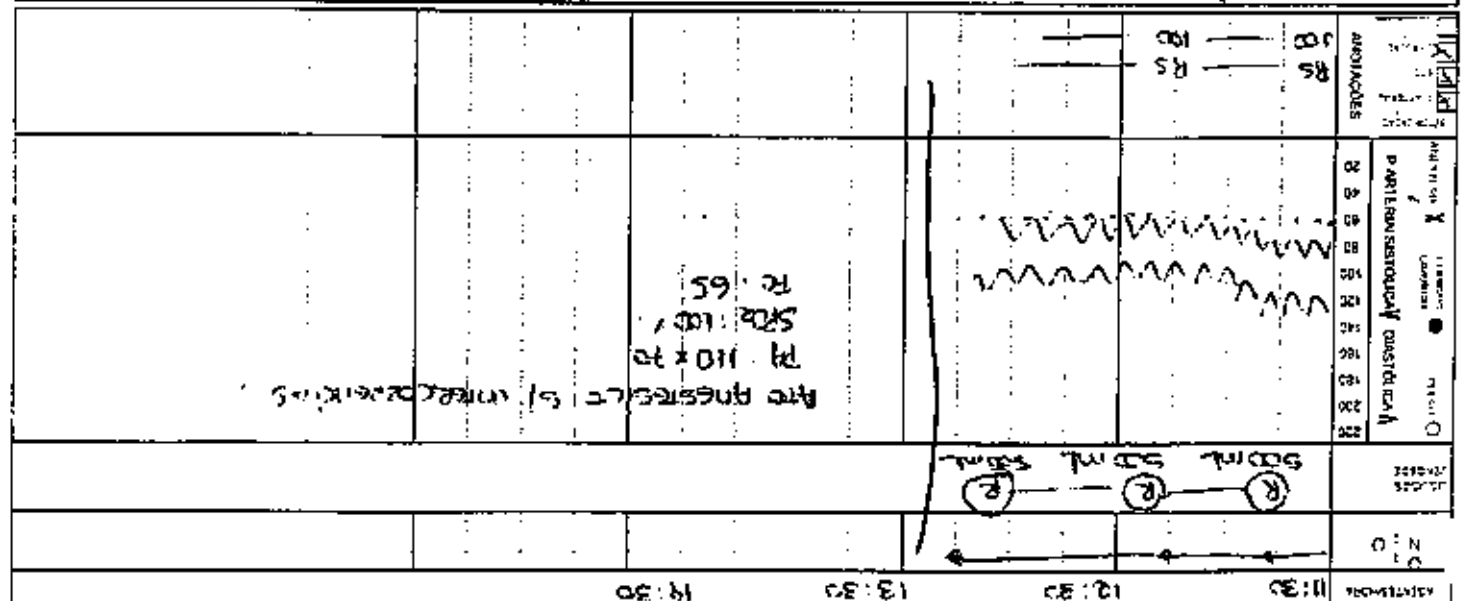
Médico/CRM:



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/10/18 PRONTUÁRIO: 1110270

PACIENTE: Rosângela Teixeira Martins	
RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO
pressão arterial pulso	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)	
EXAMES COMPLEMENTARES NORMAIS	
AP. RESPIRATÓRIO (SUFICIENTE)	
AP. DIGESTIVO (BOM)	
ESTADO MENTAL (LÓC. PROPRIO)	
PRE-ANESTÉSICO (—)	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO (Risco de Platô Torácico)	
CIRURGIA REALIZADA NO CIRURGO DE PLATO TORÁCICO (DIREITO)	
CIRURGO DR. CARNEIRO	
TÉRMINO DA ANESTESIA 13:00	
DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h e 30'	
VALORES RS	
ANESTESISTA DR. VANESSA	
CPF	
CRM-PB	



ANESTESIA GERAL	
☒ RAQUIDIANA ☐ ENDURAL ☐ BLOCO FLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS	
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1. Fentanil 50mcg EV	
2. Lidocaína 2mg CV	
3. Bupivacaína 0,5% 15mg IT	
4. Morfina 80mg IT	
5. Lorazepam 2mg EV	
6. Dexametasona 10mg EV	
7. Ondansetrona 8mg EV	
8. Lorazepam 100mg EV	
9. Digoxina 0,5g EV	
10. Digoxina 0,5g EV	
11. Fentanil 50mcg EV	

Vanessa Frangipani 30858
Médica / CRM-PB 8247
CNPJ 084 174 374-80

Documento de Alta

Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS		Número Prontuário: 111240	
Data de 24/09/1988	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/09/2018 13:16:38	Data de Alta: 05/10/2018 12:13:28
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resumo da Internação: OSTEOSSINTESE DO PLATO TIBIAL LATERAL DIREITO, PELA EQUIPE DO DR KARTNEY HA 2 DIAS. EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, FERIDA OPERATORIA LIMPA E SECA CD CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			
Resultado de Exames: RX			
Tratamento: OSTEOSSINTESE TIBIA PROXIMAL			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: CARGA ZERO, RETORNO COM DR KARTNEY, CEFALEXINA, VERSA, ANALGESIA			

Data: 05/10/2018


Breno C. Torres
Especialista em Cirurgia do Quadril
Breno Coutinho Torres
CRM 7232 - PB

99309-5325 e 99197-8150
Sape



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSANA PEREIRA MARTINS
DADOS DE NASCIMENTO 24/09/88
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.110.270
Nº PRONTUÁRIO 111.240
DATA DO ATENDIMENTO 23/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 02:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, encaminhado do Ortopedia segundo a pactuação, apresentando dor e debilidade do membro inferior D com suspeita de fratura. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa - AP e P
RX da bacia - AP
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia D ao Rx. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Kartney Sarmiento e Dr. Roberto Almeida da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 05/10/18
DATA DA EMISSÃO: 30/11/18

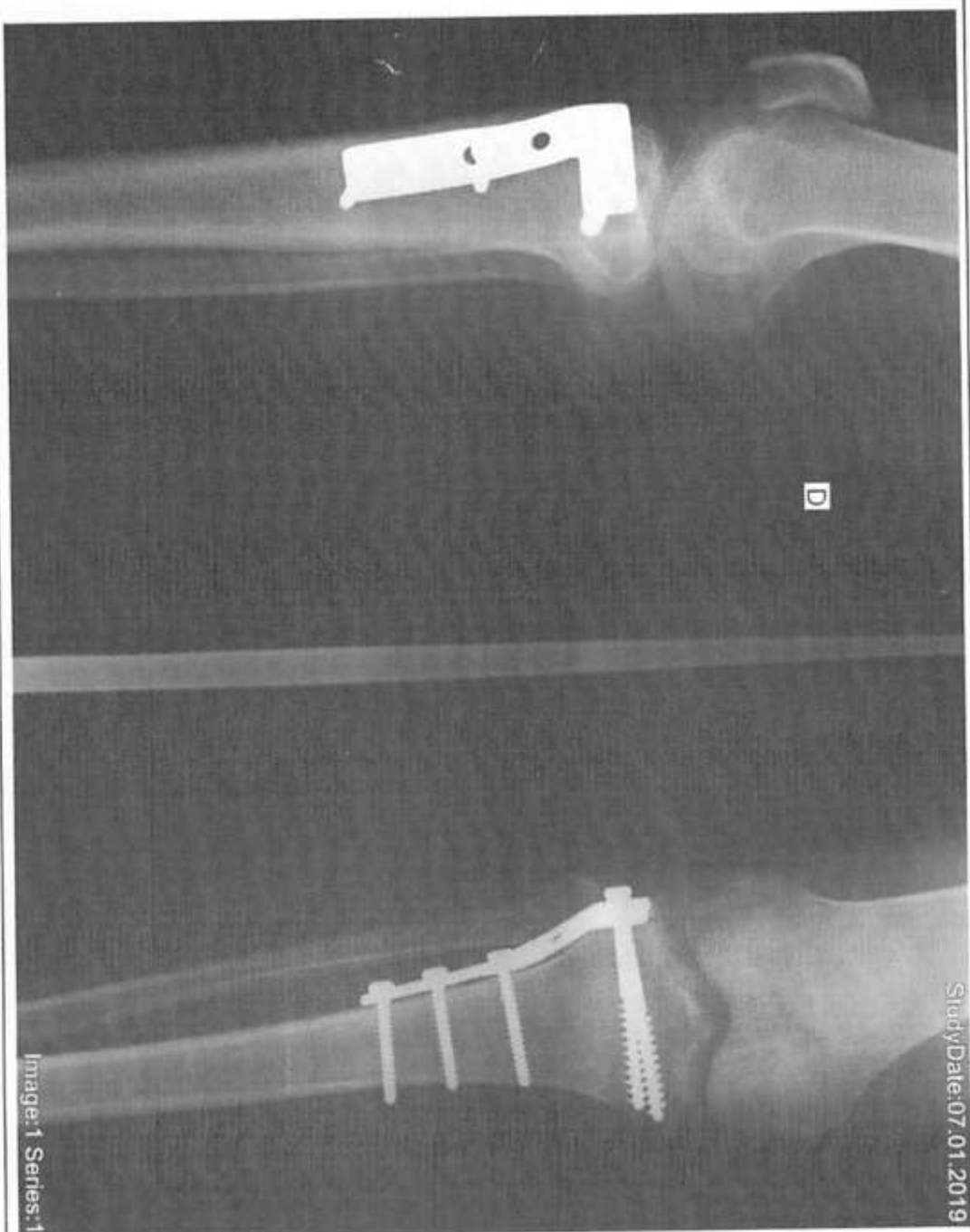
Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

PatientID: 000000075471
Name: ROSANA PEREIRA MARTINS

Sex: Feminino
BirthDate: 24.09.1988
Age: 30a.



Study Date: 07.01.2019

Image:1 Series:1



HTOP

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
ROSANA PEREIRA MARTINS

RG

FOI ATENDIDO (A) POR BRENO COUTINHO TORRES

DO (A) HTOP - APARTAMENTO 02

NO DIA 23/09/2018 02:40:00 , NECESSITANDO DE 90 - NOVENTA

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: B82.1

982.1

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/COO)

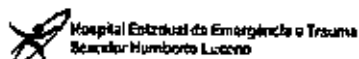
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 69.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO



BRENO COUTINHO TORRES
(CRM/COO)

HEETSHL - Hospital Estadual da Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





Recatário de Controle Especial

Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro		
Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	Nº Cartão do SUS 708202122238044	SE 1110270
Endereço do paciente Rua TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108, SAPE-PB-58340000		

Recatário de Controle Especial

Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro		
Paciente ROSANA PEREIRA MARTINS	Nº Cartão do SUS 708202122238044	SE 1110270
Endereço do paciente Rua TRAVESSA MARCIA FERNANDES, 108, SAPE-PB-58340000		

USO ORAL

1. CEFALOXINA 500MG ——— 01CX

TOMAR 01 CP VO 8/8H 7 DIAS

2. FLANCOX 500MG ——— 01CX

TOMAR 1CP VO 12/12H

USO SUBCUTANEO

3. VERSA 40MG ——— 15AMP

APLICAR SUBCUTANEO 1X/DIA 15 DIAS

LIGAR PARA DANIELA 987492353 - ELA CONSEGUE DESCONTO

05/10/2018

Data

Dr. BRENO COUTINHO TORRES
7232/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo: _____	
Identidade: _____	
Org. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data

USO ORAL

1. CEFALOXINA 500MG ——— 01CX

TOMAR 01 CP VO 8/8H 7 DIAS

2. FLANCOX 500MG ——— 01CX

TOMAR 1CP VO 12/12H

USO SUBCUTANEO

3. VERSA 40MG ——— 15AMP

APLICAR SUBCUTANEO 1X/DIA 15 DIAS

LIGAR PARA DANIELA 987492353 - ELA CONSEGUE DESCONTO

05/10/2018

Data

Dr. BRENO COUTINHO TORRES
7232/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo: _____	
Identidade: _____	
Org. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSANA PEREIRA MARTINS

DOC. IDENTIDADE / CNIL. EMISSÃO / UF
288129253DICIJ

CPF
137.868.217-39

DATA NASCIMENTO
24/09/1988

PLACAO
JOSE DA PNHIA MARTINS

MARIA JOSE PEREIRA MARTINS

PROFISSÃO
ACC CAT. FMB

Nº REGISTRO
06519643226

VALIDADE
18/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
03/12/2015

OBSERVAÇÕES

Rosana Pereira Martins
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO DE JANEIRO, RJ

DATA EMISSÃO
07/12/2016

J. C. M. L.
ASSINATURA DO TITULAR

67976855841
RJ198619596

DETRAN - RJ (RIO DE JANEIRO)
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1370408014

PROBADO PLASTIFICAR
1370408014



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

REGISTRO GERAL 25.812.925-3 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/08/2007

NOME
ROSANA PEREIRA MARTINS

FILIAÇÃO
JOSÉ DA PENHA MARTINS

MARIA JOSÉ PEREIRA MARTINS

NATURALIDADE
PARAIBA

DATA DE NASCIMENTO
24/09/1988

DOC. ORIGEM
C.NASC LIV A12 FLS 296 TERM 12153
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO PB

CPF
001 1 Via 0206

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

0206
Polegar Direito

ROSANA PEREIRA MARTINS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
137.868.217-39

Nome
ROSANA PEREIRA MARTINS

Nascimento
24/09/1988



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814506366
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 20180800006876-9 EXERCÍCIO 1
0057432878-5 00/00000000 2018

NOME ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF/CNPJ 13786821739 PLACA OGA6999/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB CHASSI 9C2JC4160ER003105

ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLE/HAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ESD ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENC. COTA UNICA 1º

FAXA LRV A 0 PARCELAMENTO/COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) ***** IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE FORTÉ OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

SAPE-PB LOCAL DATA 12/07/2018
19623 31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 013814506366 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 2018 DATA EMISSÃO 12/07/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 13786821739 PLACA OGA6999/PB

RENAVAM 00574328785 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ESD

ANO FAB 2013 COR 9 Nº CHASSI 9C2JC4160ER003105

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 02/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

31054-1039021-20180712

17-2017





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE

M

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Roxane Ferreira Pontino CPF DA VITIMA 137.868.217-39

DATA DO ACIDENTE 23/09/2018

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X REPRESENTANTE LEGAL ☐ BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É Roxane Ferreira Pontino

ENDEREÇO DO PORTADOR Travença Póca Fernando

Nº 108 COMPLEMENTO - BAIRRO Centro

CIDADE Osipe UF PB CEP 58340000

E-MAIL Abrametele@gmail.com TELEFONE (83) 994928028

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

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

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ LAUDO CADAVÉRICO (IM) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÔPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VITIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VITIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- ☐ PROVA DE COMPANHIERISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHIEIRO(A) E CÔNJUGUE

- ☐ PROVA DE COMPANHIERISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☐ TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHIEIRO(A) E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÓ(À) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 17/01/2019

IDENTIDADE 858 129 253

ASSINATURA Roxane Ferreira Pontino

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190041545 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO)E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190041545 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS **Data do acidente:** 23/09/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO)E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020174/19

Vítima: ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF: 137.868.217-39

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/09/2018

Titular do CPF: ROSANA PEREIRA MARTINS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA PEREIRA MARTINS : 137.868.217-39

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/01/2019
Nome: ROSANA PEREIRA MARTINS
CPF: 137.868.217-39

ROSANA PEREIRA MARTINS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA