

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270531

Vítima: DENISE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 30/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO BARROS DE LUCENA JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DENISE ARAUJO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270531 **Vítima: DENISE ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: 30/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO BARROS DE LUCENA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DENISE ARAUJO DA SILVA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270531

Vítima: DENISE ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 30/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO BARROS DE LUCENA JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DENISE ARAUJO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

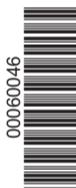
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270531 **Vítima: DENISE ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: 30/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO BARROS DE LUCENA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270531 **Vítima: DENISE ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: 30/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FRANCISCO BARROS DE LUCENA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENISE ARAUJO DA SILVA

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 dos ombros

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: DENISE ARAUJO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000042940-5

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.

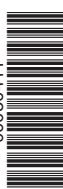
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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



**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

Número do Sinistro: 3190270531
Nome do(a) Examinado(a): Denise Araujo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Eduardo Rolim, 77 Ap 201
Mangabeira João Pessoa PB CEP: 58057-404
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1180168
Data local do acidente: [30/09/2018]
Data local do exame: [24/05/2019] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA POR FALTA DE VAGAS NO SUS.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 21/12/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03833.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03833.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:11 horas do dia 08 de abril 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Denise Araújo da Silva**, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Doméstica, filho(a) de Margarida Araújo da Silva e José João da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 05/07/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Eduardo Rolim, Nº 77, complemento AP. 201., bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Perto Ao Posto Br., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98750-4772.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Francisco Eduardo Rolim, nº 77, Ap. 201., Esquina da Residência da Declarante., João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/09/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

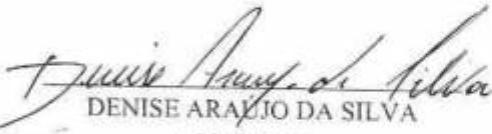
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a notificante no dia 30/09/2018 por volta das 18:30 horas quando transitava na garupa, pela Rua Francisco Eduardo Rolim; localidade: Mangabeira, João Pessoa-PB nas proximidades da sua residência; com o veículo tipo HONDA/CG 150 TITAN ESD ano e modelo: 2011/2012, de cor preta de placa: OEX8840/PB CHASSI: 9C2KC1650CR510829 pertencente a Sr. Josildo Ricardo de Lima e Silva, que segundo a mesma transitava normalmente na garupa quando o piloto perdeu o controle da moto vindo a declarante a cair; QUE devido ao fato a notificante veio a cair ao solo e se lesionar, sendo socorrida pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticada, de acordo com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1.112.150 FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DE ÚMERO DIREITO CID S42.2; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB.

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.

João Pessoa/PB, 08 de abril de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


DENISE ARAÚJO DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 03833.01.2019.1.00.401

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENISE ARAUJO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000042940-5

Nr. da Autenticação 41A3EB981239A311

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190270531

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DENISE ARAUJO DA SILVA

Data do acidente: 30/09/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Laudo Radiográfico

Nome: DENISE ARAUJO DA SILVA

Indicação: -

Data do exame: 07/12/2018

Data de Nascimento: 05/07/1969 (49 a. 5 m.)

Sexo: FEMININO

OMBRO - Direito - AP e Perfil

Conclusões:

Fratura proximal do úmero. Diminuição do espaço articular gleno-humeral.



João Pessoa, 7 de dezembro de 2018.



Dr. Henrique Trigo Bianchessi

CRM: 20999 / RQE: 13594

Radiologista

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR GENERAL EDSON RAMALHO
AV. Eugênio de Lucena Neiva S/N - Jd. 13 de Maio - João Pessoa-Paraíba

Dados do Paciente / Exame

Registro.....: 02

Paciente.....: DENISE ARAÚJO DA SILVA 49 ANOS

Data do Exame: 19/12/18

Convênio.....: SUS

Exame.....: RX DO BRAÇO DIREITO (2 inc.)

Laudo Radiológico

- Sinais de tendinite.

João Pessoa, 19 de Dezembro de 2018


Dr. Caio Mário de Medeiros
CRM 3645



HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO PAULO

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALÁRIO
Retorno	Saúde		
Centr. Bás.			
09/10	Exame de Ressonância		
30.10.18	Nelso endocrin		
05/02/2019	<u>Finaliza</u>		

3219-2988 HTOP

PACIENTE:

DATA DO AT

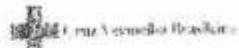
Nº PRONTU

MÉDICO (C)

DIAGNÓSTI

PROCEDIM

SEMPRE
NECESS



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: DENISE ARAUJO DA SILVA

Idade: 49

Data: 08/01/2019 09:11:51 Sexo: Feminino CPF: Não Informado BAE: 1134315

SOLICITO

01 - FISIOTERAPIA OMBRO DIREITO ————— 20 SESSÕES

-ANALGESIA (US + TENS + CRIÓ)

-GANHO DE ADM PASSIVO E AUTOPASSIVO DO OMBRO DIREITO (ELEVAÇÃO ANTERIOR, ROTAÇÃO MEDIAL E LATERAL)

Dr. TAMMER GOMES DE MORAIS

8101/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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	DENISE ARAUJO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	05/07/69
NOME DA MÃE	MARGARIDA ARAUJO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.112.150
DATA DO ATENDIMENTO	30/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	20:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE SUPERIOR DE ÚMERO DIREITO.
CID 10	S42.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor e limitação de movimentos em ombro direito. Consciente e orientada. Glasgow 15. Torax e abdomen sem queixas. RX evidencia fratura de úmero proximal direito, sem desvio.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

10 ABR. 2019

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade superior de úmero direito.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Imobilização com tipoia.

ALTA HOSPITALAR: 30/09/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

DATA DA EMISSÃO: 12/03/19

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DENISE ARAUJO DA SILVA		
Data de 05/07/1969	Nº Boletim Emergência 1112150	Prontuario
Material a examinar		
<p>EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA</p> <p>1) não houve como realizar o perfil se o paciente não me deu condições. Paciente óbito.</p>		

30 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional1) proíbem cópias separadas para imagens e lacratura anexas clínicas

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DENISE ARAUJO DA SILVA		
Data de 05/07/1969	Nº Boletim Emergencia 1112150	Prontuario
Material a examinar		
<p>EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)</p> <p>RAIOS-X</p> <p>TIPO ... DATA ... 30/09/18 HORA ... 20:47 NOME TEC. RAD: Peçina</p> <p>35</p>		

30 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

Tipicamente coloca-se separadas para imagens e laboratório análises clínicas.



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DENISE ARAUJO DA SILVA		BAE 1112150	Data/Hora Entrada 30/09/2018 20:04:00	Data Baixa
Data de nascimento 05/07/1969		Idade 49a 2m 25d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 88745309
Mãe MARGARIDA ARAUJO DA SILVA				Prontuário
Endereço Francisco Eduardo Rolim, 77		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB
Data/Hora Classificação 30/09/2018 20:04:00			Data/Hora Prescrição 30/09/2018 20:15:11	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HPA CERCA DE UMA HORA COM DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA TRAUMA NA CABECA, TORAX, ABDOMEN E LIMITAÇÃO DE OUTROS MEMBROS. CONSCIENTE E ORIENTADA, NEGA CERVICALGIA E DOR TORACICO/ABDOMINAL. REFERE LIMITAÇÃO EM MSD POR DOR EM REGIAO CLAVICULAR E OMBRO DIREITO

ALERGICA A DICLOFENACO

CD: ALTA DA C. GERAL
AV. DA ORTO

MEDICAÇÃO

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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

DENISE ARAUJO DA SILVA

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente DENISE ARAUJO DA SILVA		BAE 1112150	Data/Hora Entrada 30/09/2018 20:04:00	Data Baixa
Data de nascimento 05/07/1969	Idade 49a 2m 26d	Sexo Feminino	CNS 708205641377447	Telefone de Contato (83) 88745309
Mãe MARGARIDA ARAUJO DA SILVA				Prontuário
Endereço Francisco Eduardo Rolim, 77		Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 30/09/2018 20:04:00		Data/Hora Prescrição 30/09/2018 21:27:58		

Anamnese

PACIENTE COM FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO SEM DESVIO. CONDUTA: IMOBILIZAÇÃO MJ+ALTA COM ORIENTAÇÃO E RETORNO AGENDADO.

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: MJ)

Conduta

Alta médica

DENISE ARAUJO DA SILVA

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

(4518/PB)

PACIENTE: DENISE ARAÚJO DA SILVA

IDADE: 45 ANOS

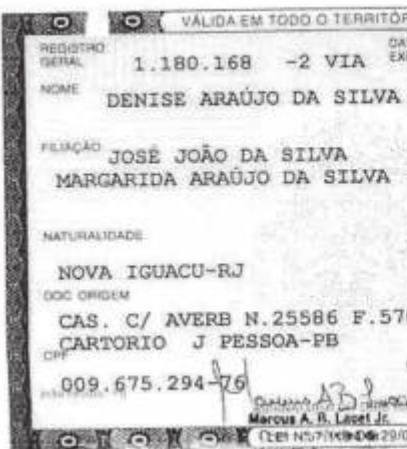
LAUDO MÉDICO

PACIENTE PORTADOR DO CID10: T92.1 NO OMBRO DIREITO, APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL, ELEVAÇÃO INCOMPLETA, ROTAÇÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO PREJUDICADAS EM APROXIMADAMENTE 50% DA ARTICULAÇÃO.

Dr. Djalma Bento Fernandes Júnior
CRM - 3874

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 17 de Maio 2019







SILVINA BARROS
PRAIA ANTÔNIO PORTO VIANA, 274 - OFICINERO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58060-120 (AG: 1)

Ligação MONOFÁSICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Pórtico: 16 - 2 - 637 - 2300 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00008329200 Emissão: 29/03/2019

 energisa
ENERGIGÁPARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa - PB - CEP 58027-680
CNPJ 09.065.193/0001-40 - INSC Est. 16.015.829-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 002.602.113
Cód. para Déb. Automático: 00006152871

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 www.energisa.com.br

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da proxima leitura:	CPF/CNPJ/RAZÃO
Mar / 2019	28/03/2019	29/04/2019	059.009.644-34 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/515287-1

Canal de contato:

Com a fatura por e-mail, você evita a pre servar o meio
ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer
momento e sempre um comprovante de residência na mão.
Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
27/02/19	4754	28/03/19	4754	1
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Cál. Alq. Icms(R\$) Base Cál. PIS(R\$) Cofins(R\$)
			Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) (1,0700%)(4,2299%)	
0801	Custo de Disponibilidade	24,85	24,85	25 8,21 24,85 0,26 1,22

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 24,85 24,85 8,21 24,85 0,26 1,22
Tarifa +/− Tributos: 0,571770

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
Media Litros/meses (kWh) 46 04/04/2019 R\$ 24,85

Histórico de Consumo (kWh)
55 | 49 | 41 | 43 | 44 | 44 | 42 | 47 | 65 | 47 | 47 | 30
Maio'18 Abr'18 Maio'18 Jun'18 Jul'18 Ago'18 Set'18 Out'18 Nov'18 Dez'18 Jan'19 Fev'19

RESERVADO AO FISCO

12f7.801c.6da7.75c7.f457.059b.b26d.3a14.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI/SEMESTRAL	8,31	0,00	NOMINAL	230	
DI/TRIMESTRAL	10,81				
DI/ANUAL	21,25				
PI/ SEMESTRAL	3,30	0,00	CONTRATADA	202	
PI/ TRIMESTRAL	6,80		LIMITE INFERIOR		
PI/ ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	231	
OCAC	3,03	0,00			
OCR	12,22				
ATENÇÃO			Total	24,85	100,00
Válida P/UED (Perí. 1/2018) P/14.20			Faturas em atraso		

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 ABR. 2019

ROTULADO
JOÃO PESSO/



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12311447094

Número do Benefício: 6251656364

Espécie: 31

Número do Requerimento: 192185240

Ao Sr. (a) : DENISE ARAUJO DA SILVA

Endereço: R FRANCISCO EDUARDO ROLIM, 77 AP 201, MANGABEIRA

CEP: 58057404 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 17/12/2018, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 28/02/2019.

Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.

Data, 31 de Dezembro de 2018



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência
CEP: 58052570

JOAO PESSOA SUL
Município: JOAO PESSOA

Endereço: RUA PAULINO DOS SANTOS
UF: PB COELHO,30 , JARDIM CIDADE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12311447094

Número do Benefício: 6251656364 Espécie: 31

Número do Requerimento: 192185240

Ao Sr. (a) : DENISE ARAUJO DA SILVA

Endereço: R FRANCISCO EDUARDO ROLIM, 77 AP 201, MANGABEIRA

CEP: 58057404 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 10/10/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/12/2018.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/12/2018), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 31/12/2018 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Se o segurado facultativo, contribuinte individual ou doméstico ficar em auxílio Doença durante todo o mês civil, não será devido o recolhimento da contribuição previdenciária daquele mês. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 18 de Outubro de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: JOAO PESSOA SUL Endereço: RUA PAULINO DOS SANTOS
CEP: 58052570 Município: JOAO PESSOA UF: PB COELHO,30 , JARDIM CIDADE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal