
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



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

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 médico-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

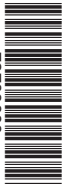
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



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, 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



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

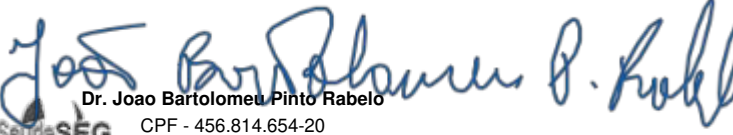
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 Joao 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] Joao 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 casualidade: 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- 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
CPF - 456.814.654-20
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 íntegra: 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:

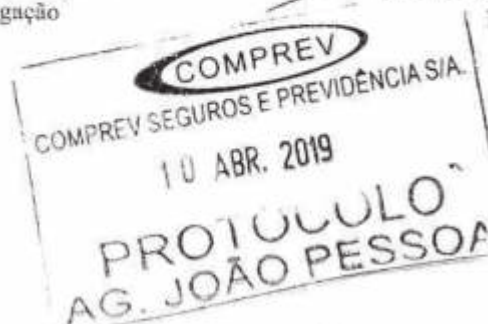
QUE, segundo a notificante no dia 30/09/2018 por volta das 18:30 horas quando transitava na garupa, pela Rua Francisco Eduardo Rolim; localidade: Mangabeira, João Pessoa-PB nas proximidades da sua residência; com o veículo tipo HONDA/CG 150 TITAN ESD ano e modelo: 2011/2012, de cor preta de placa: OEX8840/PB 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ÚMERO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT 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

Data do exame: 07/12/2018

Indicação: -

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



HPM

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 Mario de Medeiros
CRM 3645

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
	Re. Pomo	5a/12	
	Leir	Bia	
09/10	Ex. Ser. Pomo	5a/12	
30.10.18	Re. Pomo		
05/02/2019			

3214-2933 HTOP



HOSPITAL ESTADUAL

PACIENTE:

DATA DO ATENDIMENTO:

Nº FRONTO

MÉDICO (O)

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

SEMPRE
NECESSÁRIO



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 + CRIO)

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

Dr. Tammir Gomes
Fisioterapia e Fonoaudiologia
CRM-PB 8104

Dr. TAMMER GOMES DE MORAIS

8104/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

PROTOCOLO
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.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade superior de úmero direito.

TRATAMENTO:

Imobilização com tipoia.

ALTA HOSPITALAR:	30/09/18
DATA DA EMISSÃO:	12/03/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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 Emergencia 1112150	Prontuario
Material a examinar		
<p>EXAME DE IMAGEM</p> <p>RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA</p> <p><i>Exame realizado (sem art. joelho) L não tem como realizar o perfil se o paciente não me das condicoes Paciente distoico.</i></p>		

30 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DENISE ARAUJO DA SILVA		
Data de 05/07/1969	Nº Boletim Emergencia 1112150	Prontuario
Material a examinar		
<div>EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)</div> <div>  </div>		

30 de Setembro de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher e enviar separado para imagem e laboratório análises clínicas



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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	CNS 708205641377447
Mãe MARGARIDA ARAUJO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 88745309
Endereço Francisco Eduardo Rolim, 77	Bairro Mangabeira	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	UF PB
Data/Hora Classificação 30/09/2018 20:04:00		Data/Hora Prescrição 30/09/2018 20:15:11	Nº Cons. Regional 10942/PB

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA 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 TORACACOABDOMINAL. 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

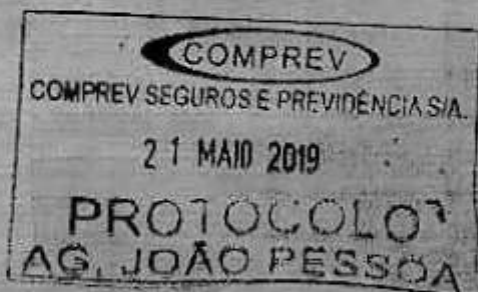
IDADE: 45 ANOS

LAUDO MÉDICO

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



Médico Ortopedista e Traumatologista
Drº Djalma Bento Fernandes Júnior
CRM - 3874



João Pessoa, 17 de Maio 2019

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

NOME
 FRANCISCO BARROS DE LUCENA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR DE
 1896422 SSP PB

CPF
 026.386.284-41 DATA NASCIMENTO
 29/10/1977

FILIAÇÃO
 FRANCISCO BARROS DE LUCENA
 MARILENE SOARES
 PEQUENO LUCENA

PERMISSÃO
 ACC CATAME
 B

Nº REGISTRO
 01622218119 VALIDADE
 11/02/2021 1ª HABILITAÇÃO
 19/06/1996

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 11/02/2016

33246014054
 PB032105665

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1275460708

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1275460708

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 1 U ABR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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

PARAÍBA

1497792919

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497792919

JOSEILDO RICARDO DE LIMA SILVA

DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR UF
2024995 SSP PB

CPF 025.064.624-22 DATA NASCIMENTO 27/07/1978

FILIAÇÃO
JOSE ANTONIO SILVA
MARIA DAS NEVES DE LIMA SILVA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA AD

Nº REGISTRO 02142280120 VALIDADE 18/08/2022 1ª HABILITAÇÃO 09/01/2002

OBSERVAÇÕES
CETPP
CETCP
EAR

João Pessoa de Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 08/09/2017

João
ASSINATURA DO EMISSOR

00837854542
PB035205199

PARAÍBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SILVINA BARROS
RUA ANTONIO PORTO VIANA, 274 - CITEIRO
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58066-120 (AG: 1)

Ligação: MONOFÁSICO
Cl. Soc: RES-MTC-B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Pólo: 16 - 2 - 632 - 3282 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00008329300 Emissão: 28/03/2019



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.086.182/0001-40 - Insc. Est. 16.015.825-0

Nota Fiscal / Contador de Energia Elétrica Nº 022.602.113
Cód. para Deb. Automático: 00009152871

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

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ/RAN:
Mar / 2019	28/03/2019	29/04/2019	069.009.644-34 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/515287-1

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você evita a perda de 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
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/32/19	4754	28/03/19	4754	1	0	28

Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa d	Valor Base Cálculo	Alíq. ICMS (R\$)	Base Cálculo PIS (R\$)
				ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	PIS (R\$)
0801	Custo de Disponibilidade			24,85	24,85	25
				6,21	24,85	0,26
						1,22

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 24,85 24,85 6,21 24,85 0,26 1,22
Tarifa x Tributos: 0,571770

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

Historico de Consumo (kWh)

55	49	41	43	44	44	42	47	65	47	47	30
Mar/18	Abr/18	Ma/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			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIÁRIOS	8,31	0,00	NOMINAL 220
DIÁRIOS	10,61		
DIÁRIOS	21,25		
DIÁRIOS	3,30	0,00	CONTRATADA 202
DIÁRIOS	6,80		231
DIÁRIOS	13,20		
DIÁRIOS	3,00		
DIÁRIOS	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	6,08	24,51
Custo de Energia	6,00	24,33
Serviço de Transmissão	0,26	1,05
Encargos Setoriais	1,44	5,79
Impostos Diretos e Encargos	1,99	7,99
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	24,85	100,00

Valor em R\$ (Ref. 1/2019) R\$ 14,20

ATENÇÃO		Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 ABR. 2019

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA



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.

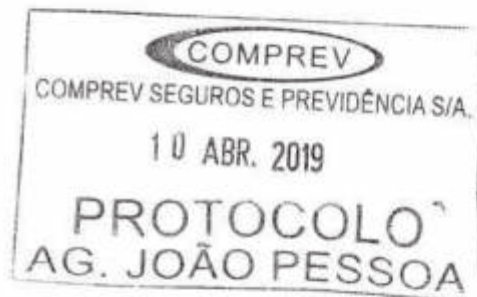
O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 28/02/2019.

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 JOAO PESSOA SUL

CEP: 58052570

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.

Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal



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 Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, 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