

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: 0159983/19	CPF da vítima: 094.529.224-43	Nome completo da vítima: Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz		CPF: 094.529.224-43		
Profissão: Agricultor	Endereço: Vila Gracite	Número: 311	Complemento: -	
Bairro: Centro	Cidade: Itagui - RJ	Estado: RJ	CEP: 26250000	Tel.(D.): 93 991928008
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **2235** CONTA: **9 376**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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,

Nome:

CPF:

Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

DELEGACIA DE POLÍCIA
DE JACARAÚ

Estado da Paraíba

Livro nº 01/2018

Ocorrência nº. 111/2018

Aos 28 dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). WENDER GOMES BORGES DE OLIVEIRA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Leonardo Souza L S Do Nascimento, às 14h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ, conhecido por , nascido(a) aos: 08/10/1993, natural de Jacaraú/PB, do sexo Feminino, filiação: José Fernandes Dos Santos E De Geni De Oliveira Fernandes, RG: 3.817.048 SSDS.PB, CPF: 094.529.224-43, estado civil: Casada, profissão: agricultor(a), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Gravatá, nº S/N, bairro: Zona Rural, Jacaraú - Pb. tendo como ponto de referência: próx. ao senhor Zé Bico, fone(s) para contato: (83)-98786.5502.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE VEÍCULO;
- 2) DATA DO FATO: 20 de fevereiro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 13h:40min;
- 4) LOCAL: Sítio Gravata nº s/n, bairro Centro – Lagoa De Dentro/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 20/02/2018 POR VOLTA DAS 13H40MIN, ESTAVA SEGUINDO DE MOTO (ESPECIE: MOTOCICLETA, MARCA: HONDA, MODELO: NXR 150 BROS ES, ANO FAB/ANO MOD: 2014/2014, PLACA: OWF3049/RN, CHASSI: 9C2KD0550ER347770, LINCENDIADO EM NOME DE: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ) DO SÍTIO GRAVATÁ, S/N, ZONA RURAL-LAGOA DE DENTRO/PB (SENTIDO LAGOA DE DENTRO PARA JACARAÚ); QUE A NOTICIANTE ESTAVA NA ESTRADA PRINCIPAL E NO CRUZAMENTO O CARRO DA ENERGISA ENTROU SEM PARÁ, ATROPELANDO A NOTICIANTE E A PASSAGEIRA QUE VINHA A GARUPA (MAYARA JOSÉ HERMENEGILDO DE PONTES, RG: 4.203.597 SSDS.PB); QUE A NOTICIANTE E MAYARA FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL DISTRITAL FREI DAMIÃO EM LAGOA DE DENTRO, A NOTICIANTE SOFREU UM LESÃO NA Perna DIREITA E FOI SUBMETIDA A CIRÚRGIA; QUE O MOTORISTA DA ENERGISA ERA SOFONIAS SOARES FILHO, RG: 2.103.319 DATA DE NASC: 01/04/1979, RESIDENTE NA RUA RAUL BARBOSA, 131 CENTRO - BELÉM/PB, PLACA DO VEÍCULO OYE9793/PB; QUE A NOTICIANTE DIANTE DESSA SITUAÇÃO VEIO A DELEGACIA PRESTAR UM BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

- 6) OBSERVAÇÕES:

não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz
GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Comunicante

Leonardo Souza L S Do Nascimento
Leonardo Souza L S Do Nascimento
Escrivão / Agente - mat. 181.978-0

Rua São João, 35, Centro – Jacaraú – PB. Cep.: 58.278-000



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: 0159983/19	CPF da vítima: 094.529.224-43	Nome completo da vítima: Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz		CPF: 094.529.224-43	Complemento: -	
Profissão: Agricultor	Endereço: Rua 9 de Julho	Número: 31	Estado: PO	CEP: 59250000
Bairro: Centro	Cidade: Prado	Tel. (D) (0): 93 991929068		
E-mail:				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **Brasileiro do Brasil**

AGÊNCIA: **2235** CONTA: **9 376**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 à efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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, **juiz Pernac PB 31/05/2019**
 Nome: **Geisyane de Oliveira Fernandes Diniz**
 CPF: **094.529.224-43**

(*) Assinatura de quem assina A RODO

geisyane de Oliveira Fernandes Diniz
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:



गुरुद्वा

Boletim de Administração: 106463

AV. DRESSES LISBOA, 69 - PEDRO GONÇALVES - C.N.P.J: 123312 - FONE: 3322-1600

DA PARÁBA
GOVERNO

Universidad de Guadalajara | Sistema de Evaluación de la Calidad

1

1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - Nº 023.199.774



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.595.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.822-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE FERNANDES DOS SANTOS
VILA GRAVATA S/N
LAGOA DE DENTRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/302478-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	11/04/2019	164	01/05/2019	R\$ 140,12

Acesse: www.energis.com.br

EP: 582.500.00

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/05/2019				
Pagador: JOSE FERNANDES DOS SANTOS CNPJ/CPF: 161.858.204-63				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120000327367	000302478201904	01/05/2019	R\$ 140,12	09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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	GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ
DATA DE NASCIMENTO	08/10/93
NOME DA MÃE	GENI DE OLIVEIRA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.064.463
DATA DO ATENDIMENTO	22/02/18
HORA DO ATENDIMENTO	19:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO DE COXA DIREITA
CID 10	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientada, Glasgow 15, com ferimento perfuro-contuso de grande extensão em coxa direita, tendo sido suturado em primeira intenção. Ferimento apresenta-se hiperemiado e com secreção sero-hemática

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

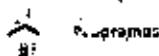
Atendimento inicial. Curativo. Medicada.

ALTA HOSPITALAR:	22/02/18
DATA DA EMISSÃO:	31/07/18



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


**ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA [AREA VERDE ENF 36 -
HEEML]**

Primeiro Atendimento - Prontuário Eletrônico Ambulatório

Boletim de Atendimento 1064463

Pulseira 1000006002144

Prontuário

Meus Atendimentos

Nome GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Data de nascimento 08/10/1993

Data de Entrada 22/02/2018 19:51:00

Especialidade: CIRURGIA GERAL Classificação de risco: 5

- Dados anteriores
- Dados Classificação de Risco
- Resultados de exames
- Histórico do Paciente
- Atendimento
- Anamnese / EP
- Alergias
- Dados complementares
- CID10
- Prescrição
- Parecer médico
- Procedimentos realizados
- Receituário
- Atestado Médico
- Finalizar
- Decl. Comparecimento
- Decl. Acompanhante
- EVOLUÇÃO MÉDICA UTI

Sumário do paciente

Diagnósticos do atendimento

- R52.9 - Dor não especificada (JOSE PIRES DUTRA / UNOP - 324029078 19:37:49)

Continuar Atendimento Novo atendimento

Profissional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Data 22/02/2018 21:13:59

Estado Aberto

Anamnese PACIENTE COM HISTÓRIA DE FERIMENTO CORTANTE NA REGIÃO POSTERIOR DA COXA ESQUERDA HÁ 1 DIA. A MESMA

REFERE Q O FERIMENTO FOI SUTURADO ONTEM AS 17 HORAS. REFERE QUE TEVE FEBRE, NAUSEA.

AO EXAME: ERITEMA, RX DA COXA D SEM SINAIS DE FRATURA.

CD: ALTA DA ORTOPEDIA. AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL.




Histórico de Exames Do Prontuário

Tipo de evento

Quantidade 1 ADICIONAR

IMPRIMIRIMPRIMIR

IMPRIMIR IMPRIMIR IMPRIMIR Mostrar a descrição do CID10 na impressão do atestado - Mostrar a CID10 na impressão do atestado

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

ASSINAR FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM ENCAMINHAR



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sander LumenGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA LDC

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

Tel: 32165700

CNPJ: 2458276

Paciente
GISEYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

SAE

1064463

Data/Hora Entrada

22/02/2018 19:51:00

Data Saida

2018-02-22 21:43:53,0

Data de nascimento

Idade

24

Sexo

Feminino

CNS

707609150234696

Telefone da Consulta

(83) 917666903

06/10/1983

Mãe
GENI DE OLIVEIRA FERNANDESEndereço
GRAVATAÍ, RN

Bairro

ZONA RURAL

Município

LAGOA DE DENTRO

UF

PB

Acidente
VEÍCULO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Nº Cons. Regional

3303-PB

Data/Hora Classificação
22/02/2018 19:51:04

Data/Hora Procedimento

22/02/2018 21:43:57

Convênio
SUS

Nº Mêsada

Serviço

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FERIMENTO CORTANTE NA REGIÃO POSTERIOR DA COXA ESQUERDA HÁ 1 DIA, A MESMA.

REFERE Q O FERIMENTO FOI SUTURADO ONTEM AS 17 HORAS, REFERE QUE TEVE FEBRE, NAUSEA.

AO EXAME: ERITEMA, RX DA COXA D SEM SINAIS DE FRATURA.

CD: ALTA DA ORTOPEDIA, AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL.

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Ata médica

Alta Hospitalar

Usuário
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Data e Hora

22/02/2018 21:43:58

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Observações



GISEYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

(3303-PB)

IMPRIMIR

IMPRIMIR

IMPRIMIR Mostrar a descrição do CID10 na impressão do atestado Mostrar a CID10 na impressão do atestado

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

ASSINAR FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM ENCAMINHAR



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ÁREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LUSBOA, B/N. PEDRÓ GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel. 32165700
CNPJ: 2455276

Paciente GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ	BAE 1064449	Data/Hora Entrada 22/02/2018 19:51:00	Data/Baixa 2018-02-22 21:43:53,0
Data de nascimento 08/10/1993	Idade 24	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 357968302
Mão DIREITA DE OLIVEIRA FERNANDES			Prendedor
Endereço GRANATA, 8N	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente VEÍCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cons. Profissional 3393/PB
Data/Hora Classificação 22/02/2018 19:51:00		Data/Hora Prescrição 22/02/2018 21:43:57	
Convênio SUS	Nº Materiais		Senha

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FERIMENTO CORTANTE NA REGIÃO POSTERIOR DA COXA ESQUERDA HÁ 1 DIA, A MESMA

REFERE Q.º O FERIMENTO FOI SUTURADO ONTEM AS 17 HORAS, REFERE QUE TEVE FEBRE, NAUSEA.

AO EXAME: ERITEMA, RX DA COXA D SEM SINAIS DE FRATURA.

CD: ALTA DA ORTOPEDIA, AOS CUIDADOS DA CIRUGIA GERAL.

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Unidade
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
22/02/2018 21:43:53

Observações



GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(3393/PB)

Primeiro Atendimento - Prontuário Eletrônico Ambulatório

Boletim de Atendimento 1084463

Pulseira 1000006002144

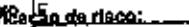
Prontuário

Meus Atendimentos

Nome GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Data de nascimento 04/10/1993

Data de Entrada 22/02/2018 19:51:00

Especialidade: CIRURGIA GERAL Classificação: 

- Dados anteriores
- Dados Classificação de Risco
- Resultados de exames
- Histórico do Paciente
- Atendimento
- Anamnese / EF
- Alérgicos
- Dados complementares
- CID10
- Prescrição
- Parecer médico
- Procedimentos realizados
- Recibatório
- Atestado Médico
- Finalizar
- Decl. Comparecimento
- Decl. Acompanhamento
- FICHA DE AVALIAÇÃO PRIMARIA

Sumário do paciente

Diagnosticos do atendimento

R52.0 - Dor não especificada (OSF PIRE S DUTRA JUNIOR - 22/02/2018 19:51:40)

Continuar Atendimento Novo atendimento

Data	Profissional	Especialidade	Conduta	Estado	Carregar	Imprimir
22/02/2018 19:57:43	JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	CIRURGIA GERAL	Em observação	IMPRESSA	Carregar	Imprimir
22/02/2018 21:13:59	ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	ORTOPEDIA	Em observação	ABERTA	Carregar	Imprimir
22/02/2018 21:33:40	WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	ORTOPEDIA	Alta médica	IMPRESSA	-Carregar	Imprimir

Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Data 22/02/2018 21:33:40

Estado Fechado

Anamnese PACIENTE COM HISTÓRIA DE FERIMENTO CORTANTE NA REGIÃO POSTERIOR DA COXA ESQUERDA HÁ 1 DIA. A MESMA

REFERE Q O FERIMENTO FOI SUTURADO ONTEM AS 17 HORAS. REFERE QUE TEVE FEBRE, NAUSEA.

AO EXAME: ERITEMA. RX DA COXA D SEM SINAIS DE FRATURA.

CD: ALTA DA ORTOPEDIA. AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL.

Prescrição Padrão

Carregar

- Comando
- Itens de Prescrição

Comando TETANO

Adicionar

1. DIETA

2. HIDRATAÇÃO

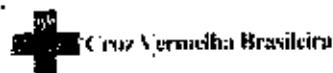
3. ANTIBÓTICOS

4. MEDICAMENTOS

5. SOLUÇÕES

6. ENERGOCOMPONENTES

7. ORIENTAÇÕES



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ	BAE 1064463	Data/Hora Entrada 22/02/2018 19:51:00	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1993	Idade 24	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987885502
Mãe GENI DE OLIVEIRA FERNANDES			Prontuário
Endereço GRAVATA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO
UF PB		Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. Regional 10650/PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Data/Hora Classificação 22/02/2018 19:51:00		Data/Hora Prescrição 22/02/2018 20:03:24	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha

Anamnese

Paciente consciente, orientada, glasgow 15, vítima de queda de moto há 24 horas, tendo apresentado ferimento perfuro-contuso de grande extensão, tendo sido suturado em primeira intenção. Hoje apresenta eritema local, e drenagem de secreção sero-hemática. Relato que não foi realizado avaliação por imagem no serviço do primeiro atendimento. Od: solicito exames, indico lavagem da ferida com soro fisiológico, prescrevo analgesia, solicito avaliação da ortopedia

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA, DURANTE 24 HORA(S)



MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

SULFADIAZINA DE PRATA 1% (BISNAGA 30G)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

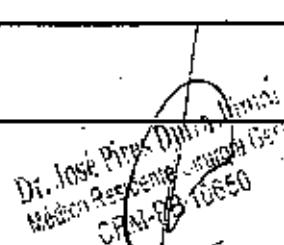
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

Código	Descrição
R52.9	Dor não especificada

Conduta

Em observação



GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10650/PB)

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 22/02/2018 20:03
Usuário: JOSE PIRES
Bolão: 1064463

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ	08/10/1993	24	FEMININO	1064463		22/02/2018 20:03:24
Motivo do Ajustamento	Enfermagem / Leito					
Convênio	Manicula					
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Poss	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		AGORA	
2 SOLUÇÃO FÍSIOLOGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V		AGORA	
3 SULFADIAZINA DE PRATA 1% (BISNAGA 36G)	0,0						20
4 PARECER ORTO	0,0						

22 de Fevereiro de 2018

Dr. Jose Pires Dutra Junior
Médico Especialista em Ortopedia

Assinatura e Caimbo do Profissional

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
CRM: 10550



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	GELSYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ	
Data de 08/01/1993	Nº Boletim 1064463	Emergência Pronto- atendimento
Material a examinar		

**EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA**

Dr. J. V. Vires Dutra
Dr. J. V. Vires Dutra
Médico
Ginecologista

*Coxa
22/02/18*

PM. MA. J. V. V.

22 de Fevereiro de 2018





One Vennella Brasília



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sorocaba - Município de Sorocaba



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. OBRESTRAL 15800 - BLOCO PEDRO GONÇALVES - CEP: 12331-2 - Tel.: 6332165700

Boletim de Atendimento: 1064453



Identificação do paciente						
ID 1254049	Nome GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ		Sexo Feminino			
Data de nascimento 08/10/1993	Idade 24 anos 4 meses 14 dias	Estado civil	Religião			
Mãe GENE DE OLIVEIRA FERNANDES			Pai JOSE FERNANDES DOS SANTOS			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) ARTUR - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987868502	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3817048	Nº Crs 709809260234498				
Local de procedência LAGOA DE DENTRO			Tipo MUNICÍPIO			
Email	Naturalidade JACARAU	UF PB				
Endereço		Logradouro GRAVATA				
CEP 58260000	Município da residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Bairro ZONA RURAL			
Número SN	Complemento					
Admissão		Centro de Saúde SUS				
Data e Hora 22/02/2018 19:51:00	Número da pulseira 1000006002144	Clínica				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Classificação do risco						
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 22/02/2018 Paciente chega entrando rumo ao lado direito de que de moto id 24 hs, apresentando levemente periforo contuso de grande extensão em Mão, no momento consciente e orientado, mede pressão 140/90 e frequência de 100 batimentos/minutos.						
Diagnóstico						
Atendido por ALBUINHO DE QUEIROZ DANTAS						

Dados clínicos
22102118 Paciente da entrada nesse ato vítima de queda de moto há 24 hs, apresentando ferimento perfuro contuso de genitália extensora em Mão. no momento consciente e orientada, medeida CPM e encaminhada ao CDL

Diagnóstico

Atendido por
AURÉLIO DE QUEIROZ DANTAS

Tempo

Imprimatur

AWR

W



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Yuriyane de Oliveira Ferreira DinizDATA DO ACIDENTE 20/02/2018 CPF DA VITIMA 094.529.224-43

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COMA VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº 511 COMPLEMENTO governoCIDADE Chapada de Cenário UF 28 BAIRRO OutrmoCEP 582.000-00

E-MAIL

TELEFONE (33) 991929023

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

1) CARTEIRA 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)

1) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

1) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

1) INAPROSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

1) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

1) ORIGINAL

1) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

1) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

1) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

1) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 A 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO 

• MORTE = R\$ 13.500,00

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

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR

VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• 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 NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADORA.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

DATA 13/05/2019

ID

IDENTIDADE 3917049

NOME

ASSINATURA 

ASSINATURA

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA 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)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS, QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

ID

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158883/19

Vítima: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DIN

CPF: 094.529.224-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2018

Titular do CPF: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ : 094.529.224-43

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/05/2019

Nome: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

CPF: 094.529.224-43

Data do cadastramento: 13/05/2019

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158883/19

Vítima: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DIN

CPF: 094.529.224-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/02/2018

Titular do CPF: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ : 094.529.224-43

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/05/2019

Nome: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

CPF: 094.529.224-43

Data do cadastramento: 13/05/2019

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA