

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0158983/39 CPF da vítima: 094.529.224-43 Nome completo da vítima: Geinyane 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: Geinyane de Oliveira Fernandes Diniz CPF: 094.529.224-43

Profissão: Agricultora Endereço: Rua Grande Número: 311 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Poço de Antão Estado: PA CEP: 58250000

E-mail: 93 991929018

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2235 7 7 7 7 7 7 7 7 7

CONTA: 9 376 6 6 6 6 6 6 6 6

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 13/05/2019

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 2 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Poço de Antão PA 13/05/2019

Nome: Geinyane de Oliveira Fernandes Diniz

CPF: 094.529.224-43

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Geinyane de Oliveira Fernandes Diniz

CPF: 094.529.224-43

2ª Nome: Geinyane de Oliveira Fernandes Diniz

CPF: 094.529.224-43



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 ROGO, 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.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

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, escrevã(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 OEY9793/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, escrevã(o) que digitei.

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Comunicante

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: 0258983/39 CPF da vítima: 094.529.224-43 Nome completo da vítima: Geinyane 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: Geinyane de Oliveira Fernandes Diniz CPF: 094.529.224-43

Profissão: Agrônoma Endereço: Rua grande Número: 311 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Poço de Antas Estado: PA CEP: 58250000

E-mail: 93 991929069

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 2235 7 CONTA: 9376 6

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Poço de Antas PA 13/05/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



Geinyane de Oliveira Fernandes Diniz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

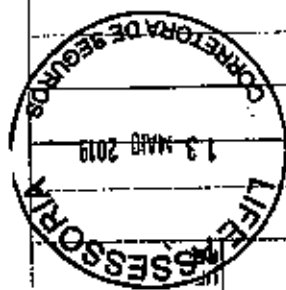
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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

AURINEIDE QUEIROGA DANTAS

Imprimir

Identificação do paciente		Nome		DEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ		Data de nascimento		08/10/1993		Mae		GENI DE OLIVEIRA FERNANDES		Escalante		83		DDD Móvel		98785502		Número documento		4817948		RG (IDENTIDADE)		LAGOA DE DENTRO		Localidade		JACARAÚ		Município		LAGOA DE DENTRO		UF		PB		Logradouro		GRAVATA		Bairro		ZONA RURAL		Complemento		Número		66250003		CEP		66250003		Endereço		Admissão		Data e Hora		22/02/2015 15:51:00		Número da paciente		1000006002144		Comentário		SUS		Classe		CIRURGIA GERAL		Classificação de risco		Caráter de atendimento		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Motivo do atendimento		OUTRA UNIDADE DE SAÚDE		Deleite do acidente		VEICULO X MOTO		Indicadores e Transporte		Caso policial		Não		Pelo de saúde		Não		Valor de ambulância		Não		Trama		Não		Mio de transporte		ABRILANCIA		Sinais Vitais		PA		X		mmHg		Pulso		Temperatura		Exames complementares		Relo X []		Sangue []		Urina []		TC []		Liquor []		ECG []		Ultrassonografia []		Dados clínicos		23/02/18 Paciente da unidade norte a 150 metros de quadra de moto a 20 m, apresentando leucemia miéloblastica com contagem extensa em M4E, no momento clínico e contagem mediana de PPM e micromedida de CD2		Diagnóstico		Aurineide Queiroga Dantas		Aurineide Queiroga Dantas		Tempo		43seg		CD		43seg	
---------------------------	--	------	--	--------------------------------------	--	--------------------	--	------------	--	-----	--	----------------------------	--	-----------	--	----	--	-----------	--	----------	--	------------------	--	---------	--	-----------------	--	-----------------	--	------------	--	---------	--	-----------	--	-----------------	--	----	--	----	--	------------	--	---------	--	--------	--	------------	--	-------------	--	--------	--	----------	--	-----	--	----------	--	----------	--	----------	--	-------------	--	---------------------	--	--------------------	--	---------------	--	------------	--	-----	--	--------	--	----------------	--	------------------------	--	------------------------	--	-------------------------	--	-----------------------	--	------------------------	--	---------------------	--	----------------	--	--------------------------	--	---------------	--	-----	--	---------------	--	-----	--	---------------------	--	-----	--	-------	--	-----	--	-------------------	--	------------	--	---------------	--	----	--	---	--	------	--	-------	--	-------------	--	-----------------------	--	-----------	--	-----------	--	----------	--	-------	--	-----------	--	--------	--	---------------------	--	----------------	--	--	--	-------------	--	---------------------------	--	---------------------------	--	-------	--	-------	--	----	--	-------	--



Boletim de Atendimento: 1084463

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Cruz Vermelha Brasileira

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 023.199.774



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.595.183 / 0001-40 Insc. Ext. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/302478-3

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

11/04/2019

CONSUMO

164

VENCIMENTO

01/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 140,12

Acesse: www.energisa.com.br

CP: 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

VILA GRAVATA S/N - AREA RURAL - LAGOA DE DENTRO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120000327367	000302478201904	01/05/2019	R\$ 140,12	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

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 MOTOCICELTA
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

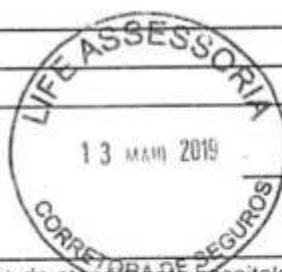
RESULTADOS DOS EXAMES:

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

Primeiro Atendimento - Prontuário Eletrônico Ambulatório

Boletim de Atendimento 1064463

Pulseira 1000008002144

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:

- Dados anteriores
- Dados Classificação de Risco
- Resultados de exames
- Histórico do Paciente
- Atendimento
- Anamnese / EP
- Alergias
- Dados complementares
- CID 10
- Prescrição
- Parecer médico
- Procedimentos realizados
- Recetário
- Atestado Médico
- Finalizar
- Decl. Comparcimento
- Decl. Acompanhante
- EVOLUÇÃO MÉDICA UTE

Sintário do paciente

Diagnósticos do atendimento

- R52.9 - Dor não especificada (JOSE PIRES DUTRA JUNIOR - 22/02/2018 19:51:43)

Continuar Atendimento Novo atendimento

JOSÉ PIRES DUTRA JUNIOR

Profissional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Data 22/02/2018 21:13:59

Estado Alergia

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 ÀS 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.



Dr. José Pires Dutra Junior
Médico
(11) 40 7753 / 7753-12.1001

Histórico de Exames Do Prontuário

Tipo de evento

Quantidade 1

ADICIONAR

IMPRIMIR

IMPRIMIR

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
Surgidos Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DIMZ	RAE 1804453	Data/Hora Entrada 22/02/2018 19:51:00	Data Saída 2018-02-22 21:43:53.0
Data de nascimento 09/10/1993	Idade 24	Sexo Feminino	Telefone da Central (83) 337568503
Mão DIREITA DE OLIVEIRA FERNANDES		CNS 707609130234406	Prontuário
Endereço GRAVATA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	Nº Cont. Regional 3303/PB
Data/Hora Classificação 22/02/2018 19:51:00		Data/Hora Prescrição 22/02/2018 21:43:57	
Convênio SUS	Nº Matricula		Serão

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE FERIMENTO CORTANTE NA REGIAO POSTERIOR DA COXA ESQUERDA HA 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

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

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

Observações



GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DIMZ

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(13/02/2018)

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 SOLETIM ENCAMINHAR



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 56031090

Tel. 32165700

CNES: 2458275

Paciente

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

BAE

1084463

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

CNS

707609250234496

Telefone de Contato

(83) 987965502

Mãe

GEM DE OLIVEIRA FERNANDES

Preenchimento

Endereço

GRAVATA, SN

Bairro

ZONA RURAL

Município

LAGOA DE CENRO

UF

PB

Acidente

VEICULO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Nº Cons. Regional

3359/PB

Data/Hora Classificação

22/02/2018 19:51:00

Data/Hora Prescrição

22/02/2018 21:43:57

Convênio

SUS

Nº Motocicla

Senha

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 ÀS 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

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário

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
(1352781)



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 de risco:

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

Sumário do paciente

Diagnosticos do atendimento

- R52.0 - Dor não especificada (JOSE PIRES DUTRA JUNIOR - 22/02/2018 19:57:43)

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 HISTORIA DE FERIMENTO CORTANTE NA REGIAO POSTERIOR DA COXA ESQUERDA HA 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. ACS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL.

Prescrição Padrão

Carregar

- Comando
- Item de Prescrição

Comando TETANO

Adicionar

1. DIETA

2. HIDRATAÇÃO

3. ANTIBIÓTICOS

4. MEDICAMENTOS

5. SOLUÇÕES

6. INJECÇÕES

7. ORIENTAÇÕES



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 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	CNS 707609250234466	Telefone de Contato (83) 987865502
Mãe GENI DE OLIVEIRA FERNANDES				Prontuário
Endereço GRAVATA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE PIRES DUTRA JUNIOR	Nº Cons. Regional 10650/PB
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. cd: 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



Dr. José Pires Dutra Junior
Médico Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10650

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
(CRM: 10650/PB)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 22/02/18 20:03
 Usuário: JOSE PIRES
 Boleim 1064463

Nome	GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ	Data de Nascimento	08/10/1993	Idade	24	Sexo	FEMININO	Nº	1064463	Nº Pronto Socorro	22/02/2018 20:03:24
Motivo do Atendimento	Enfermeira / Leito										
Convenio	Matrícula										
SUS	Validade da Prescrição 22/02/2018 20:03:00 - 23/02/2018 20:03:00										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Apresentamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		EV		AGORA	20
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 600ML)	1000.0	ML		EV		AGORA	
3 SULFADIAZINA DE PRATA 1% (BENNAÇA 300)	0.0						20
4 PARECER ORTO	0.0						

JOSE PIRES DUTRA JUNIOR
 CRM: 10650



Dr. José Pires Dutra Junior
 Médico Residente Cirurgia Geral
 22 de Fevereiro de 2018
 Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ		
Data de 08/10/1993	Nº Boletim Emergência 1064463	Prontuário
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

Dr. J. J. Pires Dutra Junior
Medico
Cirurgião

COXA
22/02/18
47

22 de Fevereiro de 2018



Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Bolletim 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	Procurador		
Mãe GENI DE OLIVEIRA FERNANDES	Pai JOSE FERNANDES DOS SANTOS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ARTUR - ESPOSO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987868902	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3817048	Nº Cns 707609250234498				
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICIPIO					
E-mail	Naturalidade JACARAÚ	CBOIR				
Endereço						
CEP 58250000	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro GRAVATA			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 22/02/2018 19:51:00	Número da paciente 1000006002144	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
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	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
<p>22/02/18 Paciente da entrada noite a ter utero de queda de moto a 24 no, apresentando ferimentos perfuro contus de grande extensão em M.D. no momento consciente e orientada, medicação EPM e imobilizada ao CDT.</p>						
Atendido por AURIMELDE QUEIROGA DANTAS						<p>CDT Fátima Dantas Tempo 43 seg</p>

Impriemur

AWA

[Signature]

Sistema Único de Saúde

GRISYANE D. O. FERNANDES DINIZ

Data Nasc.: 08/10/1993 Sexo: F

707 6092 5023 4496



DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Órgão Emissor.

VALEDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AUTORIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOME
GRISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
3817048 SSDS PB

CNPJ
094.529.224-43 DATA NASCIMENTO
08/10/1993

maço
JOSE FERNANDES DOS
SANTOS
GENI DE OLIVEIRA
FERNANDES

PREMIAÇÃO ACC CATEGORIA
AD

VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05625498358 01/08/2022 23/10/2017

VALIDAR EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497742034




ASSINATURA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0158883/19

Vítima: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DIN

CPF: 094.529.224-43

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 20/02/2018

Titular do CPF: GEISYANE DE OLIVEIRA
FERNANDES DINIZ

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 13/05/2019
Nome: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ
CPF: 094.529.224-43

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

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

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 20/02/2018

Titular do CPF: GEISYANE DE OLIVEIRA
FERNANDES DINIZ

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 13/05/2019
Nome: GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ
CPF: 094.529.224-43

GEISYANE DE OLIVEIRA FERNANDES DINIZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA