
Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190455560

Vítima: FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS

Data do Acidente: 29/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 035.804.334.40 4 - Nome completo da vítima: Fatima Custane Aparecida de ASSIS

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

5 - Nome completo: Fatima Custane Aparecida de ASSIS 6 - CPF: 035.804.334.40
7 - Profissão: Recebedor Informal 8 - Endereço: Rua Zeneide Lima Pereira de Moraes 9 - Número: 97 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São Miguel 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53190-000
15 - E-mail: 16 - Telefone: 183/98701-7380

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 013 CONTA: 00023369 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34

Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

30 JUL 2019

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data, Recife, 30-07-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CAIXA
POUPANÇA

6277 8013 5208 1677

FATIMA CRISTIANE A ASSIS

1038 013 00023369-4 09/21

el

Assinatura autorizada

Este cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 726 0505 (Demais regiões)

Ouv-Mora: 0800 725 7474

caixa.gov.br

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-163 - PB



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000122/19 registrada em 06/06/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de junho do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 08:52 horas, compareceu a Sra. FÁTIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS, com 39 anos de idade, filha de RAIMUNDO DOCA RAMOS e MARIA DAS DORES ARRUDA RAMOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade Nº 6146251, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de Nº 03580433440, residindo à rua ZENILDE LIRA PEREIRA DE MORAIS, 97, bairro CENTRO, na cidade de SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE.

Declarou que:

Afirma a comunicante, que por volta das 12h30min do dia 29.03.2019, estava trafegando pela Rua Zenilda Lira Ferreira de Moraes, na área central de Santa Cruz do Capibaribe/PE, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110 I, ano/modelo 2015/2016, cor branca, chassi nº 9C2JB0100GR107465, de placa PCH-1854/PB, licenciada em nome de Suelli Barbosa de Queiroz Ramos, quando ao entrar na Avenida localizada próximo a Praça do Céu foi surpreendido por um veículo de marca, placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que estava estacionado irregularmente, com uma das portas abertas, sendo inevitável a colisão e em decorrência do impacto a comunicante foi jogada ao solo, sofrendo trauma no punho esquerdo com fratura exposta, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamento cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais da Companhia de Trânsito; Que, no momento do acidente não chovia e a visibilidade do local era boa; Que, a comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo envolvido no acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 6 de Junho de 2019

Fátima Cristiane Arruda de Assis

FÁTIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 035.804.334.40 4 - Nome completo da vítima: Fatima Custane Aparecida de ASSIS

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

5 - Nome completo: Fatima Custane Aparecida de ASSIS 6 - CPF: 035.804.334.40
7 - Profissão: Recebedor Informal 8 - Endereço: Rua Zeneide Lima Pereira de Moraes 9 - Número: 97 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São Miguel 12 - Cidade: Santa Cruz 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53190-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83/98701-7380

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1038 013 CONTA: 00023369 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

30 JUL 2019

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

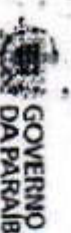
AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data, Recife, 30-07-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DA PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1864226 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/03/2019.

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francilene Almeida Torres

PACIENTE: FATIMA CRISTIANE CEP: 58483000 Nascimento: 12/03/1980

ARRUDA DE ASSIS

Endereço: STIO MULUNGU

Cidade: Barra de São Miguel

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES ARRUDA RAMOS

CPF: 03580433440

Responsável:

Data de Atendimento: 29/03/2019

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

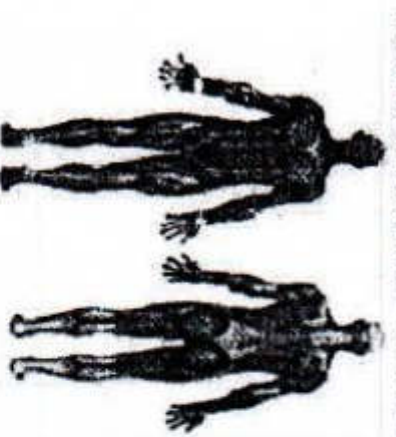
Horário: 17:30:49

CRM:

Médico:

Outros Fichas:

MECANISMOS DO TRAUMA



1. Amolação 19. Fratura bacia fechada
2. Amolação 20. Fratura bacia aberta
3. Amolação 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injúria de membro Venoso
5. Contusão 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendão
7. Edema 25. Luxação
8. Enghastamento 26. Mordedura
9. Entalhe subcutâneo 27. Movimento torção parafuso
10. Entalhe profundo 28. Objeto Encastrado
11. Equimose 29. Contusão
12. Equimose 30. Perforação
13. Equimose 31. Perforação
14. Equimose 32. Perforação
15. Equimose 33. Perforação
16. Equimose 34. Perforação
17. Equimose 35. Perforação
18. Equimose 36. Perforação

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

-DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMARIO - DADOS CLÍNICOS

Flora e um pouco de dor
acidente de moto

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA

HGT:

Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

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: 12/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000023369-4

Nr. da Autenticação 5D4EA0E536931959

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Notas para simplificar pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 003.985.991

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Ins. Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

17/06/2019

CONSUMO

140

VENCIMENTO

26/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 96,10

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02957.450006 00182.637173 6 79320000009610				
Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74				
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000182637	000201316201906	26/06/2019	R\$ 96,10	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

FATIMA CRISTIANE ARRUDA RAMOS
CPF: 035.804.334-40 NIS: 12839622450

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ZENILDE LIRA PEREIRA DE MORAIS 97

SAO MIGUEL/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
55190-000 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

47,23

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

19/07/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
19/07/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
070339738

CONTA CONTRATO

004011109654

Nº DO CLIENTE
2002928674

Nº DA INSTALAÇÃO
0003443443

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

585D.266C.84FC.3BBE.1786.FBDD.BADB.9049

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

02 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	20,00	0,49418370	9,88
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,45
Multa por atraso-NF 062692540 - 20/05/19			0,79
Multa por atraso-NF 066464249 - 18/06/19			0,86
Juros por atraso-NF 066464249 - 18/06/19			0,07
Juros por atraso-NF 062692540 - 20/05/19			0,47
Atualização IGPM-NF 066464249 - 18/06/19			0,05
Atualização IGPM-NF 062692540 - 20/05/19			0,38
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,09
TOTAL DA FATURA			47,23

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh 0,19218255
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,32945580
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,47130306

HISTÓRICO DO CONSUMO

			kWh
JUL 19			120
JUN 19			132
MAI 19			120
ABR 19			92
MAR 19			123
FEV 19			106
JAN 19			98
DEZ 18			119
NOV 18			134
OUT 18			115
SET 18			106
AGO 18			106
JUL 18			111

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	18,22	46,39
Transmissão	2,01	5,12
Distribuição (Celpe)	12,20	21,07
Encargos Setoriais	1,19	3,03
Tributos	1,81	4,61
Perdas de Energia	3,84	9,78
TOTAL	39,27	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	39,27	0,82	0,32	39,27	3,81	1,49

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

00000000030128877 CAT 18/06/2019 16.432,00 19/07/2019 16.552,00 31 1,00000 0,00 120,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 26/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,06	5,19	19,38	20,77
FIG-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,50	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,06	2,94	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 19,21					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIG, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia oliveira: avenida bela vista bela vista / pagfácil: r sco paulo
crz altaLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 30,84 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004011109654	07/2019	47,23	26/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838700000001 472300110041 011109654108 141264148839

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)****Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04****SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35****INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose Romas de Araújo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

408.289.64491

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fabiana Custome Araujo de Assis

inscrito (a) no CPF sob o Nº

035.804.33440

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalida

da Vítima

Fabiana Custome Araujo Assis

inscrito (a) no CPF sob o Nº

035.804.33440

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

—

Renda:

—

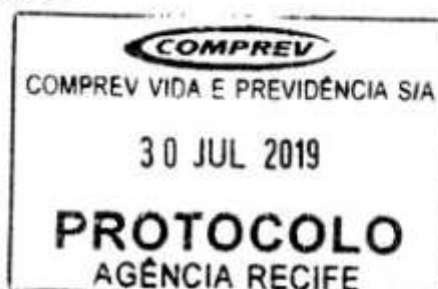
e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Vital Francisco Silva</u>	Número:	<u>63</u>	Complemento:	<u>1º Andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Recursos</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58475.000</u>
				Tel.(DDD):	

Local e Data:

Recursos23/07/2019x Jose Romas de Araújo
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, SUELI BARBOSA DE QUEIROZ RAMOS

RG nº 4.788.440, data de expedição 05/12/12

Órgão SSD / PE, portador do CPF nº 922.933.364-68

com domicílio na cidade de S. C. C, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA MARIA EUNICE CHAGAS, nº 830

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Fátima Cristiane Arruda de Azevêdo, cujo o condutor era

Veículo: MTD Modelo: HONDA / POP 110I Ano: 2015/2016

Placa: PCH 1854 Chassi: 9C2JB0100GR107465

Data do Acidente: 30/07/2019

Local e Data: S. C. C. 17.04.2019

Sueli B. de Queiroz Ramos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



29/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1864226 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 29/03/2019
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Francinalva Almeida Torres

PACIENTE: FATIMA CRISTIANE CEP: 58483000 Nascimento: 12/03/1980

ARRUDA DE ASSIS Sexo: F Telefone: 93771431

Endereço: SÍTIO MULUNGU Idade: 039 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Barra de São Miguel RG: 6146251 Nº: 0

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES ARRUDA RAMOS CPF: 03580433440 Profissão: AGRICULTORA

Responsável: Data de Atend: 29/03/2019 CNS: 700007743739605

Estado Civil: Casado(a) Hora: 17:30:49 CONVÊNIO: SUS

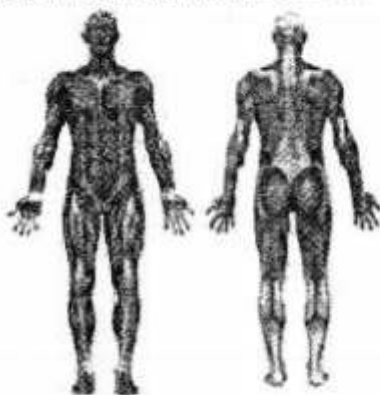
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO Especialidade:

Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Cractação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendínea
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gasometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

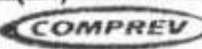
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Fátima Cristiane Almeida de Amorim</u>			
End: <u>ST. Malungu</u>		Bairro: <u>Bairro São Miguel</u>	
Data de Nascimento: <u>12.03.80</u>		Documento de Identificação:	
Queixa: <u>cid moto</u>		Data do Atend.: <u>29.03.19</u> Hora: <u>16:20</u> Documento:	
Acidente de trabalho? () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			

Classificação de Risco

Nível de consciência: (<input checked="" type="checkbox"/>) Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo (<input checked="" type="checkbox"/>) Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (<input checked="" type="checkbox"/>) Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre (<input checked="" type="checkbox"/>) Sadeira de rodas () Maca	


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- (☒) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Artonilson Lima
Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

Sr(a): GERALDO GOMES DA SILVA
 Idade: 53 anos
 OS: 011-64985-350
 Data O.S.: 03/12/2018 - 17:16
 Dr(a): RAILTON MARINHO DA COSTA
 Convênio: HAT
 Emissão: 04/12/2018 - 09:09



PROSANGUE
 diagnóstico

Local: CENTRO CIRURGICO



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

			Homens	Mulheres	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	3,30 milhões/mm ³		4,50 a 6,10	4,00 a 5,10	4,00 a 5,27	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	10,6 g/dL		13,0 a 16,5	12,0 a 15,0	11,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	31,1 %		36,0 a 44,0	33,0 a 41,0	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	94,2 µ ³		80,0 a 98,0	80,0 a 98,0	70,0 a 86,0	80,0 a 98,0
H.C.M.:	32,1 pg		26,8 a 32,0	26,2 a 32,6	24,0 a 31,7	27,0 a 31,0
C.H.C.M.:	34,1 g/dL		30,0 a 36,0	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	13,3 %		11,0 a 16,0	11,0 a 14,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Dele Vermelhas: Normocitose, Normocromia.

LEUCOGRAMA

			Adultos	Crianças
Leucócitos:	8.220 /mm ³	100	3.600 a 11.300	4.000 a 14.000
Bastonetes:	0 %	0 /mm ³	0 a 50	0 a 450
Segmentados:	86 %	7.069 /mm ³	40-70	1.200 a 9.600
Eosinófilos:	1 %	82 /mm ³	0-7	0 a 550
Bastonetes:	0 %	0 /mm ³	0-2	0 a 300
Linfócitos:	5 %	411 /mm ³	20-50	1.520 a 10.500
Linfócitos reativos:	0 %	0 /mm ³	0	0
Monócitos:	8 %	658 /mm ³	3-14	40 a 1.110

Série branca: Linfocitopenia.

PLAQUETOCROMA

Contagem de Plaquetas:	97.000 /mm ³	Valores de referência	140.000 a 450.000 /mm ³
VMP:	9,40 fL		

Série plaquetária: Trombocitopenia.

Material: Sangue total com EDTA

Coleta: 03/12/2018 Liberação: 04/12/2018 - 08:55

Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
 NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
 CUJAS DESPESAS FORAM
 COBRADAS AO SUS

Assinado eletronicamente por: Talita Nunes Cardoso - CPF-PS 4036
 ASSINATURA DIGITAL

57CD0B6555C1B22604F743F1B6F528C51A15044989F6D56E76F7F5C60D124

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

Central de Atendimento: (81) 2102.5577 (81) 2102.5555 (81) 988310102

UNIDADE CENTRO
 Rua Sagra Barboza, 61
 UNIDADE INTEGRAÇÃO
 Rua Sebastião Romão, 25

UNIDADE DAIQUE
 Av. Vitorino Calde, 877
 UNIDADE CRUZEIRO
 Av. Almirante Bessa, 1493

UNIDADE PRATA
 Rua Rodrigues Alves, 1049
 UNIDADE JOSE PINHEIRO
 Rua Campos Sales, 153

UNIDADE CATINGUEIRA
 R. Severino Sozarez José Alencar, 11
 UNIDADE QUEIMADAS
 Rua João Barbosa Silva, 77

UNIDADE JOÃO XXIII
 Rua João Pecanha, 93 - Praia
 UNIDADE ANTONIO TARGINO
 R. Primeiro Couves, 349 - Centenario

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Exatidão para Laboratórios Clínicos

Control Lab

PACIENTE: GERALDO GOMES DA SILVA
DATA DO EXAME: 02.12.2018
RADIOGRAFIA DE JOELHO

- Fratura cominutiva do platô tibial, sem sinais de infra-desnívelamento.
- Fratura da fíbula proximal, não desalinhada.
- Aumento de partes moles locais por edema.
- Relações articulares conservadas.

22




Dr. Diogo Araújo
CRM/PB: 7195

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

APTO[®]

DATE: 65

SEXO: ☒ M ☐ F

CIRURGIA

☒ ELETIVA ☐ URGÊNCIA

☒ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

36 T.

DATA DE NASCIMENTO

Imagnético Pré-Operatório

Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

2ª Escola Cirúrgica (Cirralão/1ª/2ª/3ª Aux./Jornal)

Wipe Anesthetics

[illegible]

306111e - 26 Realizations

Códigos

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

TEST	ORACONIC P-0 / AIR
	ST. AUGUSTINE ST. AUGUSTINE
305	305
305	305
	ECG
	SpO ₂
	EICO ₂
	DATE

2017-2018

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NÃO DEVE SER ENVIADO PARA O TARGEM
CUBA E SUJEITAS FORAM
COBRADAS AO SUS

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2019

PROTOKOLO
AGÊNCIA RECIFE

COBRARAS AL BUS

INDICAÇÃO

☐ Transitória

☐ Variável

MANTENÇÃO

☐ Não periódica

☐ Periódica

INTERRUPÇÃO TURBADA

Periodica
 Reg. Imp. 100.000
 Esp. Imp. 100.000
 10.000.000

[illegible][illegible]

☐ **Aspirador** ☐ **U**
☐ **E: 3** ☐ **U**
☐ **Ex: 1** ☐ **U**

Adri	Adri
Bax	Bax
Bup	Bup
Bup	Bup
Cipr	Cipr
Cies	Cies
Deco	Deco
Dipl	Dipl
Dipr	Dipr
Dobr	Dobr
Efed	Efed
Esm	Esm
Fent	Fent
Flag	Flag
Fora	Fora
Halo	Halo
Hidr	Hidr
Hyper	Hyper
Keta	Keta
Keta	Keta
Lasi	Lasi
Liqu	Liqu
Meth	Meth
Narc	Narc
Napo	Napo
Nimb	Nimb
Nipri	Nipri
Nora	Nora
Norco	Norco
Ocito	Ocito
Pav	Pav
Plasi	Plasi
Profe	Profe
Prost	Prost
Quel	Quel
Sevor	Sevor
Rapfo	Rapfo
Reviv	Reviv
Super	Super
Tilat	Tilat
Tacri	Tacri
Ultiva	Ultiva
Valium	Valium
Xylen	Xylen
Xyloc	Xyloc
Zofra	Zofra
Agua	Agua
S. Fis	S. Fis
S. Glis	S. Glis
S. de	S. de
C. He	C. He
Plasm	Plasm
Oxigén	Oxigén
Ar Med	Ar Med
Co2 (L	Co2 (L
MAT	MAT
Aques	Aques
Aguih	Aguih
Aguth	Aguth
Agui	Agui
Cai Si	Cai Si
Catete	Catete
Catete	Catete
Eletc	Eletc
Equi	Equi
Equi	Equi

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME: Geraldo Gomes

IDADE: 55a

AUX: J. Gaudêncio

LEITO: 1082

MÉDICO: Dr. Raulton

DATA: 03 JUL 2018

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente evolui estável, em POI, consciente,
orientado, afebril, eufórico, em ventilação
m.c.p., segue aos cuidados da
enfermagem.

Marcelina Nogueira da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 001.294

NOITE

Paciente em POI. Evolui estável, sem alterações. Sem
uso medicado atual. Realizou Ex de controle. Segue
sob cuidados enfermagem.

Edite Ramos da Silva
TEC. EM ENFERMAGEM
COREN-PB 75.177

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



73602

Cópia

Prontuário **38974** Nome do Paciente **FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS** Nascimento **12/03/1980** Idade **39** Sexo **F** Cor Naturalidade **SANTA CRUZ DO C** Religião
Estado Civil CPF **35.804.334-40** RG Grau de instrução Profissão
Filiação Mãe: **MARIA DAS DORES ARRUDA RAMOS** Pai: **RAIMUNDO DUCA RAMOS** Fone Residencial **8192185954** Fone Trabalho
Endereço **ZENILDA LIRA FERREIRA DE MORAIS, 198 - SÃO MIGUEL, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE CEP: CEP 5** Complemento Endereço

Atendimento **73602** Data/Hora Atend. **30/03/2019 08:14** Data/Hora Prev. **31/03/2019 10:00** Setor **121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV** Tipo Atendimento **5-INTERNACAO CIRURGICA**
Médico Atendente **311138-JOSE FELIPE GUEDES** Motivo Atendimento **4-INTERNACAO/URGENCIA**
Plano / Convênio **0-PARTICULAR/0-PARTICULAR** N° Carteira Validade N° CNS **700007743739605**

Posto **POSTO 100** Acomodação **121830 POSTO 100 - APTO 120** Leito **APT-120 1**
Guia **INTERNACAO** Procedimento **99996666 INTERNACAO**



38974

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) **FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS**, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente , CRM , Estado do(a) **PB** para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.
Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) Fratura de Punho
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: **FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS**
Endereço: **ZENILDA LIRA FERREIRA DE MORAIS, 198 Bairro SÃO MIGUEL, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE**
Telefone: **8192185954**

CAMPINA GRANDE, 30 de Março de 2019

Joelito Sousa
JOELITON SOUSA GOMES
Responsável pelo Atendimento

Fatima Cristiane Arruda de Assis
FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS
Responsável pelo Paciente

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

QUARTO/LEITO

DATA DE ADMISSÃO

CONVÊNIO

PRONTUÁRIO

DATA

EVOLUÇÃO

30/03/19

Unbpedis

Pete aditada em frum do penho

CO. do centro cirurgico às 18h

Dr. Felipe Gomes
Assessor e Responsável
Data: 30/03/2019

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE: Fátima Urubane Ady Arns CONVÊNIO: _____ AP/ENF: _____ LEITO: _____
DATA: 30/03/19 CIRURGIÃO: Dr. Felipe Guedes
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: Carlos André
ANESTESISTA: Dra. Vanessa TIPO DE ANESTESIA: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

Fratura do punho

TIPO DE CIRURGIA:

Osteossintese do punho

USO DO OPME:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

ACIDENTE CIRÚRGICO:

RELATÓRIO DE PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

DESCRIÇÃO OPME

DESCRIÇÃO DOS ITENS UTILIZADOS E AS RESPECTIVAS QUANTIDADES

- 1) Pano de 20x20cm
- 2) Anestesia tempo estéril
- 3) Lâmina vitor plavum as pelis de 10x10
- 4) Ductos por plasma
- 5) Redução de fratura do rádio distal
- 6) Bloco com um plano e parafusos 7) Lâmina com 15,5cm
- 8) Lâmina tornantes

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM - RJ 153.105
RPM - PE 1015

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	Volmo Kuslione
CONVÊNIO:	Parti Euler
Nº PRONTUÁRIO:	
Nº:	DATA: 30/07/19
HORA:	QUARTO/LEITO: 520.
QUANTIDADE:	HORÁRIO
PRESCRIÇÃO	
1) DICTA ZERO ALIVE AN 23hs	12/18/24/30
2) OF 0.9. 1000ml Green duho	12/18/24/30
3) Drona 1g + AD BR 6/6h (1x1)	12/18/24/30
4) HbH 1mg + AD BR 1x1dia	12/18/24/30
5) Nuxedron 21fa + AD BR 6/6h	12/18/24/30
6) HBT de 4 em 4hs.	12/18/24/30
7) Insulina Regular conforme protocolo	12/18/24/30
8) STOUT CC 60	12/18/24/30
9) Ceftriaxona 1g + AD BR 6/6h	12/18/24/30
ASSINATURA DO MÉDICO:	DESTINO:
RECEBIDO POR:	

1ª VIA - PRONTUÁRIO

2ª VIA - FARMÁCIA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:

Nome João Cristiano

QURTO/LEITO 400

DATA ADMISS.:

CONVÊNIO

PRONTUÁRIO:

DATA	HORAS	PA(mmHg)	T C	R(irp)	P(bpm)	SPO2	DIETA	DIURESE	FEZES	HGT	V.INSULINA	DRENO	ASS.TEC ENFERM+COREN
30.03	8h	140x80											
30.03	14h	130x90	36.7	20	92	98%	-	+	+				Raima 1082561
30/03	22h	160x100	36°	25	88	97%	Leve 23h	+	+	-	-	-	Raima 4.1.145.1
31/03	08:00 11:00	140/80	36°	18	88	98%	+	+	+	216 mg/dl			203231 Raima

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOL

AGÊNCIA RECIFE

CONTROLE DE OXIGÊNIO

CONTROLE DE OXIGÊNIO												AGÊNCIA REGISTRO			
CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()				CONTÍNUO ()			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS	\	DATA	HORAS	LTS
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 30 JUL 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

DATA:	HORAS:	EVOLUÇÃO (ASS. DO TÊC. DE ENFERMAGEM + CARIMBO)
30.03	8h	Paciente admitido para procedimento cirúrgico
30.03	14h	Paciente evolui consciente e orientado, ECG, em pré-histórico de Punho E, mantendo insulização com gase em MSE, observando alterações em função de excitação em UTE, SIC: Diabético, em jejum mantendo insulina em MSD, eliminações fisiológicas presentes, Normotensa (130x90 mmHg), afébril (36.7), normocárdica (92 bpm), saturando 98% em AA, segue as cuidados qtds.
30/03	21h	Paciente em Pos. Op. imediata após 55v meditada e P.m. segue em repouso as condições gerais: Gils 42/45.
31.03	04h	Paciente e HGT 280mg/dl faz uso da medicação Metformina 850mg 3x ao dia faz uso após pl manhã segue orientada, consciente e em repouso. Vanda 2362.
31/03	08:00	Paciente mantendo o quadro clínico com cuidados 1º Dep. Pós-operatório de Punho E. orientada, Conscien- te, eufórica, acamada, apnéia, anictica, hiper- térmica, hiperkêmica. Jcp, segue com o cuidado qtds.
	11:00	Paciente nega a HGT administrado a insulina regular a mesma refator que faz uso da metformina 850mg

Rafaeliane de S. Oliveira
 TÊC. DE ENFERMAGEM
 COREN-PR 1082561



31/03/2014

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Paciente: *Fátima Cruz* Convênio: *Part.* Aptº *120*
Materiais Manhã Tarde Noite Auditor

Frascos para dieta				
Agulha de Insulina	01			
Agulha desc. Para glicemia				
Algodão Ortopédico	01			
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de macrogotas				
Equipo de microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível(branco/ laranja)				
Esparadrapo				
Faixa de Crepon(10 cm) .				
Faixa de crepon (15 cm				
Tira pra Glicemia Advantage II	01			
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco(angiocath)	01			
Luva estéril	03			
Luva de Procedimento				
Micropore				
Scalp 19,21 e 23				
Seringa descartável (3 ml)				
Seringa descartável (5 ml)	01			
Seringa descartável (10 ml)	01			
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda ureteral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/ lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo	250 ML			
Xilocaina Gel (para sonda)				
Xilocainap/sonda (para pass de cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa para tubo				
Outros				

01 Macfura





MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

30.03.19

PACIENTE	CONVÊNIO			APTO
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc.p/glicemia	01	01	02	
Algodão Ortopédico <i>limpofel bala</i>	01+01	01	22	
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas	01			
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo	20 cm			
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II	01	01	02	
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath) <i>Nº 20</i>	01			
Luva estéril				
Luva Procedimento	02	03	03	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)				
Seringa descartável (5ml)	01			
Seringa descartável (10 ml)	01	02	03	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

NOTA DE SALA

R173602

Paciente: *Fátima Bastiane Amadeu de Assis*Leito: *120* Convênio: *Particular* Idade: *39a* Registro: *38974*Cirurgia: *Osteossíntese de punho E.* Anestesia: *Local + sedação.*Cirurgião: *Dr. Felipe* Anestesista: *Dr. Vanessa*Instrumentador(a): *Jindú*

Data <i>30/03/2019</i>		Início <i>20:00h</i>		Término <i>21:00h</i>	
QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MEDICAÇÕES		SONDA FOLEY 3V Nº
	ALFENTANIL 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML		SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº
	ATACURIO 10MG 2,5ML #		NITROGLICERINA 25MG		SONDA URETRAL Nº
	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 0,5% PESADA 4ML		OMEPRAZOL 40MG		TORNEIRINHA TRÊS VIAS
	CETAMINA 50MG 10ML #	01	ONDANSETRONA 4MG 2ML	QTD	FIOS
	CISATACURIO 10MG 5ML		PROTAMINA 1000UI/ML 5ML		ACIFLEX 5 W481050X4
	CLONIDINA 150MCG/1ML		RANITIDINA 50MG/ML 2ML		CERA P/OSMO WAXBI025B
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOLÓGICA 10ML		ETHIBOND 0 PEVOSA45
	FENTANIL 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML		ETHIBOND 2-0 PEV202MR22T
	FENTANIL 50MCG 10ML #		SUXAMETONIO 100MG 5ML		ETHIBOND 2-0 C/AG. 2,0 PEV202MR20
	FENTANIL+DROPERIDOL 2ML(NILPERIDOL) #		TENOXICAM 20MG		ETHIBOND 5-0 C/AG.4,7 PEV54MTC480
01	MIDAZOLAM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML		LIGA CLIP 100(1201)
	MIDAZOLAM 50MG 10ML #	200	CLORHEXIDINA ALCOÓLICA <i>OME</i>		LIGA CLIP 200(2200)
	MORFINA 1MG 2ML #	200	CLORHEXIDINA DEGERMANTE 4% <i>OME</i>	01	MONONYLON 3-0 C/AG.3,0 NL30CT30S3 2-0
	MORFINA 0,2MG 1ML #	QTD	MATERIAL		MONONYLON 3-0 C/AG.2,4 NL30CT24S3
	NALOXONA 0,4MG 1ML #		AGULHA DESC.13X4,5		MONONYLON 4-0 NL40CT30S3
	PANCURONIO 2MG 2ML #		AGULHA DESC.25X7,0		POLYCOT 0 C/AG. 3,0 AA0CR30G
02	PROPOVAN 1% 20ML #	01	AGULHA DESC.40X12		POLYCOT 1 AA0SA45
	ROCURONIO 10MG 5ML #		AGULHA PERIDURAL Nº		POLYCOT 2-0 AA20CR30G
	SEVOFLURANO 100% 250ML #		AGULHA RAQUE Nº		POLYCOT 3-0 S/AG. AA30SA45
	TRAMADOL 100MG 2ML #	02	ATADURA DE CREPOM Nº <i>25 + 2</i>		POLYCOT 3-0 C/AG.3,0 AA30CR30G
	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA CESSADA Nº		PROLENE 4-0 PL402MR22AP
QTD	MEDICAÇÕES		BOLSA COLOSTOMIA 30MM		PROLENE 5-0 PL502MR17AP
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML	02	BORRACHA SILICONE Nº204 MT <i>m</i>		PROLENE 7-0 PL702CR10AP
	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	01	CATETER P/02		PROLENE 6-0 PL602CR13AP
30	AGUA DESTILADA 10ML		CATETER PERIDURAL Nº		PROLENE 8-0 SE6680/2-45H
	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML	30	CAMPO OPERATORIO GRANDE UND.		VICRYL 0 C/AG.4,0 G4091-75H
	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML	50	COMPRESSA DE GAZE ENV.C/10UNDS	01	VICRYL 00 PGLA20MR48ER 4
	ESMOLOL 10MG/10ML		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		VICRYL 3-0 C/AG.1,9 PE19303-BH
	CEFAZOLINA 1GR		DRENO Nº		VICRYL 3-0 C/AG.2,5 ABS30MR26G
02	CEFALOTINA 1GR	05	ELETRODO DESCARTÁVEL		
	CEFTRIAXONA 1GR		EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE CÁLCIO 10% 10ML		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML		EQUIPO P/ARTROSCOPIA 4VIAS		SOROS
	CLORIDRATO DE PAPAVERINA 100MG 2ML	30	ESPARADRAPO <i>OM</i>		SF 100ML <input type="checkbox"/> SF 250ML <input checked="" type="checkbox"/> SF 500ML <input checked="" type="checkbox"/>
	CETOPROFENO 100MG IV		FILTRO P/RESPIRADOR C/TRAQUEIA		SG100ML <input checked="" type="checkbox"/> SG 250ML <input type="checkbox"/> SG 500ML <input type="checkbox"/>
01	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML		FITA MICROPORE		SORO RINGER C/LACTATO 500ML
02	DIPIRONA SÓDICA 2ML 500MG/ML		GELCO Nº		ORTESE E PROTESE
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT B6 EV DL		INTRACATH ADULTO Nº		<i>Usado e interrompido no hospital.</i>
	EFEDRINA 50MG 1ML		LAMINA DE BISTURI Nº11		<i>A mesma vindo da sala com a mesma venda pequena.</i>
	ESCOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE BISTURI Nº15		
	ESCOLAMINA+DIPIRONA 5ML	01	LAMINA DE BISTURI Nº23		
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	04	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M,		
	FITOMONEDIONA 10MG/1ML EV		LUVA ESTÉRIL Nº6,5		
	FUROSEMIDA 20MG 2ML		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº7,5		
	GLICOSE 50% 10ML	02	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		
	HEPARINA 5000UI 5ML		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		
	HIDROCORTISONA 100MG		SERINGA DESC.C/AG.1ML		EQUIPAMENTOS
	HIDROCORTISONA 500MG		SERINGA DESC.C/AG.3ML		(x) Oxímetro pulso () Foco Auxiliar
	HISOCOL SOL DE GELATINA 3,5% 500ML	01	SERINGA DESC.C/AG.5ML		() Serra () Eletrocautério
	LEVOPROPRIVACAÍNA 0,5% C/VASO	01	SERINGA DESC.C/AG.10ML		() Desfibrilador () Oxipapnográfico
	LEVOPROPRIVACAÍNA 0,5% S/VASO	01	SERINGA DESC.C/AG.20ML		(x) Foco Frontal (x) Cardiomonitor
02	LIDOCAÍNA COM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC. 60ML BICO LONGO		() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
	LIDOCAÍNA SEM VASO 2% 20ML		SONDA ENDOTRAQUEAL C/BL Nº		Tempo de Oxigênio: <i>20/m</i>
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA FOLEY 2V Nº		
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML	01	<i>Orç. n.º 23</i>		
		02	<i>Atendimento ortopédico</i>		
		03	<i>antes de prop. de</i>		
		03	<i>torças desc.</i>		
		03	<i>manuseio desc.</i>		

Luciene Silva Guedes Lir
Técnicas em Enfermagem
COREN-PB 658.51P

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Recetário Simples

p/ Fátima Cristiane Andrade
de Assis

laudo médico

Apresenta supracitados pi-
tuita de trauma, tendo apre-
sentado fraturas do rádio
distal esquerdo. Foi subme-
tida a tratamento cirúrgico
em 30/03/19. Atualmente
se encontra em reabilita-
ção.

CDIO = S25

10.04.19

Data

Dr. Felipe G. Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1431
R. 2015

Médico





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **035.804.334-40**

Nome: **FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS**

Data de Nascimento: **12/03/1980**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/06/1998**

Digito Verificador: **00**

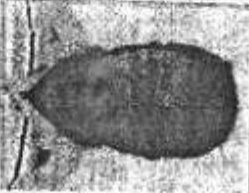
Comprovante emitido às: **17:11:32** do dia **30/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **D970.AF31.9D62.65E9**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

IDENTIDADE Nº 01961 DATA EXP: 23/8/2013
 DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS ☒ SIM ☐ NÃO
 VALIDADE INDETERMINADA



Jose Ramos de Araujo
 ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
 CONSELHO REGIONAL 16ª REGIÃO
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA CRENº 02151T

JOSE RAMOS DE ARAUJO
 AO: SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
 IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

NASC.: 11/05/1952 NATURAL: Taperoá/PB
 VALIDADE: BRASILEIRA CPF: 408.289.644-91
 IDENT. Nº: 71.8906 ORG. EXP: SSP/PB
 ITAÇÃO: RADIOAGNOSTICO

Fortaine de Araujo Silva

DIRETOR PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
 CONSELHO REGIONAL 16ª REGIÃO
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA CRENº 02151T

JOSE RAMOS DE ARAUJO

CPF: 408.289.644-91 DATA EXP: 23/08/2013

SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
 IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

NASC.: 11/05/1952 NATURAL: Taperoá/PB
 VALIDADE: BRASILEIRA CPF: 408.289.644-91
 IDENT. Nº: 71.8906 ORG. EXP: SSP/PB
 ITAÇÃO: RADIOAGNOSTICO

Fortaine de Araujo Silva

DIRETOR PRESIDENTE

PARAIBA

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 30 JUL 2019
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014802035400
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1115544378 2019

NOME
SUELI BARBOSA DE QUEIROZ RAMOS

3 C CARUARIBE-PE

922.933.364-68 PLACA RCH1854

PLACA ANT. / OF 9C2JB0100GR107465

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS MOTOCICLISTA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / POP 110I 2015 2015

CAP. POT. / CL. CATEGORIA CCB PREDOMINANTE
2P/109CL PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO 1 *****

PAGA / PVA. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
A 1 ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 SEGURO 0.22 84.55 DATA DE PAGAMENTO 08/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE PONTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

3 C CARUARIBE 13/03/19

Relatório Carlos Moreira Montalvão
DIRETOR PRES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TERCEIRAS, EM VIAGEM OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802035400 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SUELI BARBOSA DE QUEIROZ RAMOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

3 C CARUARIBE-PE 2019 13/03/19

922.933.364-68 PLACA RCH1854

1115544378 MARCA / MODELO HONDA / POP 110I

2015 09 9C2JB0100GR107465

PRÊMIO TARIFÁRIO

RIS (R\$) 28.05 SEGURO (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOP (R\$) 0.22 TOTAIS DO PRÊMIO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
M COTA ÚNICA PARCELADO 08/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

DESTAQUE N. QUANTO O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PONTE OBRIGATORIO

COMPREV
COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190455560 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PUNHO - PÁG 9).
ALTA (PÁG 15).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL




ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.788.440 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/12/2012

NOME << SUELI BARBOSA DE QUEIROZ RAMOS >>

FILIAÇÃO << JÚLIO BARBOSA DA SILVA >>
<< MARIA ZULMIRA DE QUEIROZ >>

NATURALIDADE SANTA MARIA DO CAMBUCA - PE DATA DE NASCIMENTO 14/05/1975

DOC ORIGEM << CC.2306 L.B06 F.134 CART.SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 02.12.1997 >>

CPF 922.933.364-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

F-53 8.544

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



Terço Social de Energia Elétrica: Criado pela Lei 10.438, de 26/04/03
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50010-900
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0025943-81 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RAJAMILTON ARRUDA RAMOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA EUNICE CHAGAS 8

CPF: 800.265.914-72

BELA VISTA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIB
SANTA CRUZ DO CAPIBARIB PE
55195-509

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7013650858	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
27/03/2019	17/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	222,99

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
054824813	UNICA	20/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
2003/2019	201287143	3415473

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
287,0000000	0,75250324	200,81
		18,04
		0,80
		3,35
		1,08
		0,73

Consumo Ativo (kWh)
Contrib. Lum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 047350007-18/01/18
Multa por atraso-NF 051129009-18/02/18
Juros por atraso-NF 051129009-18/02/18
Atualização IGPM-NF 051129009-18/02/18

TOTAL DA FATURA

222,99

ÍDIO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	ÍDIO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MEI 2018	CA1	19-02-2018	27 963,00	20-02-2018	28 230,00	32	1.267,00

PERÍODO DE CONSUMO	BASES	%	VALOR DO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MEI 2018	ICMS	20,91	25,00	50,22	Geração de Energia	R\$ 80,17 11,00%
MEI 2018	PIS	200,81	1,01	1,01	Transmissão	R\$ 9,22 4,59%
MEI 2018	COPINS	200,81	4,80	5,80	Distribuição (Celpe)	R\$ 43,12 21,46%
MEI 2018					Perdas de Energia	R\$ 12,86 5,75%
MEI 2018					Energia Solarizada	R\$ 11,10 5,52%
MEI 2018					Tributação	R\$ 81,54 36,67%
MEI 2018					Total	R\$ 208,91 100%

RESUMO DO PREÇO
A R\$ 3438,3600 DOL B 8758 ELISA 5408 E177

Este documento é uma cópia eletrônica da fatura de energia elétrica emitida pela Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e não possui validade jurídica. Para obter a fatura original, o cliente deve acessar o site www.celpe.com.br ou entrar em contato com o Serviço ao Cliente. A fatura original é emitida em papel e possui validade jurídica.

Assinatura digital
CPF: 800.265.914-72
RUA MARIA EUNICE CHAGAS 8
SANTA CRUZ DO CAPIBARIB PE
55195-509
www.celpe.com.br

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
30 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190455560 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS **Data do acidente:** 29/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PUNHO - PÁG 9).
ALTA (PÁG 15).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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