

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

Rio de Janeiro, 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 Fátima Cristina Areuda de ASSIS

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Fátima Cristina Areuda de ASSIS

5 - CPF:

035.804.334.40

7 - Profissão:

Risco Infusor

8 - Endereço:

Rua Zoncini Júnior Perceval de Melo

9 - Número:

97

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

600 Miguel

12 - Cidade:

Santa Cruz

13 - Fone:

PE

14 - CPF:

35190.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1038

013

CONTA: 00023369

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Vítima teve

35 - Vítima teve

filhos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

nascituro (vainascer)? Sim Não

36 - Vítima teve irmãos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Advogado (se houver)

45 - Assinatura do Testemunha (se houver)

46 - Assinatura do Testemunha (se houver)

47 - Assinatura do Testemunha (se houver)

48 - Assinatura do Testemunha (se houver)

49 - Assinatura do Testemunha (se houver)

50 - Assinatura do Testemunha (se houver)

51 - Assinatura do Testemunha (se houver)

52 - Assinatura do Testemunha (se houver)

53 - Assinatura do Testemunha (se houver)

54 - Assinatura do Testemunha (se houver)

55 - Assinatura do Testemunha (se houver)

56 - Assinatura do Testemunha (se houver)

57 - Assinatura do Testemunha (se houver)

58 - Assinatura do Testemunha (se houver)

59 - Assinatura do Testemunha (se houver)

60 - Assinatura do Testemunha (se houver)

61 - Assinatura do Testemunha (se houver)

62 - Assinatura do Testemunha (se houver)

63 - Assinatura do Testemunha (se houver)

64 - Assinatura do Testemunha (se houver)

65 - Assinatura do Testemunha (se houver)

66 - Assinatura do Testemunha (se houver)

67 - Assinatura do Testemunha (se houver)

68 - Assinatura do Testemunha (se houver)

69 - Assinatura do Testemunha (se houver)

70 - Assinatura do Testemunha (se houver)

71 - Assinatura do Testemunha (se houver)

72 - Assinatura do Testemunha (se houver)

73 - Assinatura do Testemunha (se houver)

74 - Assinatura do Testemunha (se houver)

75 - Assinatura do Testemunha (se houver)

76 - Assinatura do Testemunha (se houver)

77 - Assinatura do Testemunha (se houver)

78 - Assinatura do Testemunha (se houver)

79 - Assinatura do Testemunha (se houver)

80 - Assinatura do Testemunha (se houver)

81 - Assinatura do Testemunha (se houver)

82 - Assinatura do Testemunha (se houver)

83 - Assinatura do Testemunha (se houver)

84 - Assinatura do Testemunha (se houver)

85 - Assinatura do Testemunha (se houver)

86 - Assinatura do Testemunha (se houver)

87 - Assinatura do Testemunha (se houver)

88 - Assinatura do Testemunha (se houver)

89 - Assinatura do Testemunha (se houver)

90 - Assinatura do Testemunha (se houver)

91 - Assinatura do Testemunha (se houver)

92 - Assinatura do Testemunha (se houver)

93 - Assinatura do Testemunha (se houver)

94 - Assinatura do Testemunha (se houver)

95 - Assinatura do Testemunha (se houver)

96 - Assinatura do Testemunha (se houver)

97 - Assinatura do Testemunha (se houver)

98 - Assinatura do Testemunha (se houver)

99 - Assinatura do Testemunha (se houver)

100 - Assinatura do Testemunha (se houver)

101 - Assinatura do Testemunha (se houver)

102 - Assinatura do Testemunha (se houver)

103 - Assinatura do Testemunha (se houver)

104 - Assinatura do Testemunha (se houver)

105 - Assinatura do Testemunha (se houver)

106 - Assinatura do Testemunha (se houver)

107 - Assinatura do Testemunha (se houver)

108 - Assinatura do Testemunha (se houver)

109 - Assinatura do Testemunha (se houver)

110 - Assinatura do Testemunha (se houver)

111 - Assinatura do Testemunha (se houver)

112 - Assinatura do Testemunha (se houver)

113 - Assinatura do Testemunha (se houver)

114 - Assinatura do Testemunha (se houver)

115 - Assinatura do Testemunha (se houver)

116 - Assinatura do Testemunha (se houver)

117 - Assinatura do Testemunha (se houver)

118 - Assinatura do Testemunha (se houver)

119 - Assinatura do Testemunha (se houver)

120 - Assinatura do Testemunha (se houver)

121 - Assinatura do Testemunha (se houver)

122 - Assinatura do Testemunha (se houver)

123 - Assinatura do Testemunha (se houver)

124 - Assinatura do Testemunha (se houver)

125 - Assinatura do Testemunha (se houver)

126 - Assinatura do Testemunha (se houver)

127 - Assinatura do Testemunha (se houver)

128 - Assinatura do Testemunha (se houver)

129 - Assinatura do Testemunha (se houver)

130 - Assinatura do Testemunha (se houver)

131 - Assinatura do Testemunha (se houver)

132 - Assinatura do Testemunha (se houver)

133 - Assinatura do Testemunha (se houver)

134 - Assinatura do Testemunha (se houver)

135 - Assinatura do Testemunha (se houver)

136 - Assinatura do Testemunha (se houver)

137 - Assinatura do Testemunha (se houver)

138 - Assinatura do Testemunha (se houver)

139 - Assinatura do Testemunha (se houver)

140 - Assinatura do Testemunha (se houver)

141 - Assinatura do Testemunha (se houver)

142 - Assinatura do Testemunha (se houver)

143 - Assinatura do Testemunha (se houver)

144 - Assinatura do Testemunha (se houver)

145 - Assinatura do Testemunha (se houver)

146 - Assinatura do Testemunha (se houver)

147 - Assinatura do Testemunha (se houver)

148 - Assinatura do Testemunha (se houver)

149 - Assinatura do Testemunha (se houver)

150 - Assinatura do Testemunha (se houver)

151 - Assinatura do Testemunha (se houver)

152 - Assinatura do Testemunha (se houver)

153 - Assinatura do Testemunha (se houver)

154 - Assinatura do Testemunha (se houver)

155 - Assinatura do Testemunha (se houver)

156 - Assinatura do Testemunha (se houver)

157 - Assinatura do Testemunha (se houver)

158 - Assinatura do Testemunha (se houver)

159 - Assinatura do Testemunha (se houver)

160 - Assinatura do Testemunha (se houver)

161 - Assinatura do Testemunha (se houver)

162 - Assinatura do Testemunha (se houver)

163 - Assinatura do Testemunha (se houver)

164 - Assinatura do Testemunha (se houver)

165 - Assinatura do Testemunha (se houver)

166 - Assinatura do Testemunha (se houver)

167 - Assinatura do Testemunha (se houver)

168 - Assinatura do Testemunha (se houver)

169 - Assinatura do Testemunha (se houver)

170 - Assinatura do Testemunha (se houver)

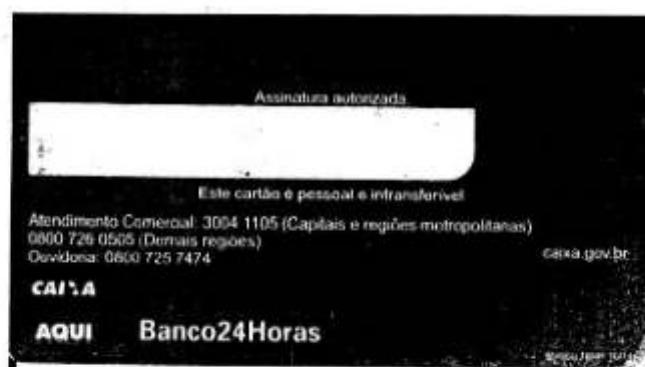
171 - Assinatura do Testemunha (se houver)

172 - Assinatura do Testemunha (se houver)

173 - Assinatura do Testemunha (se houver)

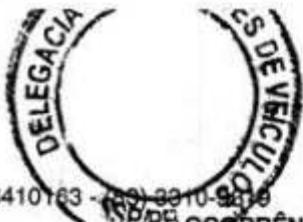
174 - Assinatura do Testemunha (se houver)

175 - Assinatura do Testem





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 N° 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 VEICULOS, 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 Médio Completo, profissão AGRICULTORA, portadora da Cédula de Identidade N° 6146251, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de N° 03580433440, residindo à rua ZENILDE LIRA PEREIRA DE MORAIS, 97, bairro CENTRO, na cidade de SANTA CRUZ DO CABIBARIBE - 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 Sueli 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
FÁTIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS

José Alberto do Nascimento
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Declarante

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

035.804.334.40 Fátima Cristina Areuda de Assis

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Fátima Cristina Areuda de Assis

5 - CPF:

035.804.334.40

7 - Profissão:

Risco Infusor

8 - Endereço:

Rua Zoncini Júnior Perceval de Melo

9 - Número:

97

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

600 Miguel

12 - Cidade:

Santa Cruz

13 - CEP:

53190.000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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:

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1038

013

CONTA: 00023369

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

MORTE

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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (vainascer):

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

NÃO ALFAIRITIZADO

34

informações
digitais da
víctima ou
beneficiário
não alfairitizado

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

40 - Local e Data:

Rocio, 30-07-19

Fátima Cristina Areuda de Assis

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha

30 JUL 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

José Ramalho de Araújo

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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: 00000023369-4

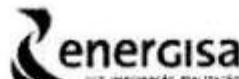
Nr. da Autenticação 5D4EA0E536931959

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Impresso para sempre: pagamento da nota fiscal contra de energia elétrica - Nº 003.865.991



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alga Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 08.838.894/0001-85 Insc. Est. 16.203.835-1

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2019

17/06/2019

140

26/06/2019

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: 3064-3/2057-6



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ 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	

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	
RUA ZENILDE LIRA PEREIRA DE MORAIS 97	
SAO MIGUEL SANTA CRUZ DO CABIBARIBE 55190-000 SANTA CRUZ DO CABIBARIBE 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
26/07/2019	19/07/2019	004011109654
TOTAL A PAGAR (R\$)	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
47,23	2002928674	0003443443

CLASSIFICAÇÃO	RESERVADO AO FISCO
B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	585D.266C.84FC.3BBE.1786.FBDD.BADB.9049

RESERVADO AO FISCO	COMPREV	COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
		02 AGO 2019

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	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
PRO-CRIANÇA-(081)3412-8950 0800 031 8989			0,99
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,09
TOTAL DA FATURA			47,23

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	kWh	
	JUL	AUG
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18224550	120
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,31493200	132
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,47130305	120
		92
	MAR	123
	FEV	106
	JAN	98
	DEZ	119
	NOV	134
	OUT	115
	SET	106
	AGO	106
	JUL	111

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		mai2019			
DIC-No de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,06	5,19	10,38	20,77
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,06	3,94	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICR: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 10,21					
Todo Consumidor pode solicitar a expuração das Indicadoras DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia oliveira: avenida bela vista bela vista / pagacil: r sc paulo crz alta lista 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, 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	MAXIMO	
220	202	231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO 004011109654	07/2019	47,23	26/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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 SUSEP¹ 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Tomás de Araújo
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Fátima Custume Araújo de Assis inscrito (a) no CPF sob o N° 035.804.334-40
 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDO da Vítima Fátima Custume Araújo ASSIS,
 inscrito (a) no CPF sob o N° 035.804.334-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: X 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.

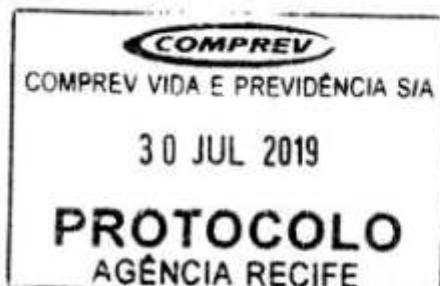
Endereço:	<u>Rua Vital Francisco Silveira</u>	Número:	<u>63</u>	Complemento:	<u>Andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58475.000</u>

Local e Data:

Recife 23/07/2019

Assinatura do Declarante

X José Tomás de Araújo



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 505 / PC, 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 Cristina Amorim de Arruda, cujo o condutor era

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

Placa: PCH 1854 Chassi: 9C2DB0100GR107465

Data do Acidente: 30/03/2019

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)

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

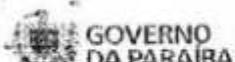
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) SUELI BARBOSA
DE QUEIROZ RAMOS.
Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 17/04/2019 - Total: 4,79
Em Testemunho Sueli B. de Queiroz Ramos da verdade
Romana Eva dos Santos Cavalcanti Sales - Escrivente
Selos(s): 0159467.BCG04201901.00692
* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital.

Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA
Av. Tito Sineiro Angulo, 174 - Centro
Santa Cruz do Capibaribe - PE - Fone: (81) 373

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

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

Endereço:SITIO MULUNGU

Sexo:F Telefone: 93771431

Cidade: Barra de São Miguel

Idade:039 Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES ARRUDA

RG: 6146251 N°:0

RAMOS

CPF: 03580433440 Profissão:AGRICULTORA

Responsável:

Data de CNS:700007743739605

Estado Civil:Casado(a)

Atend:29/03/2019 CONVÉNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 17:30:49 Especialidade:

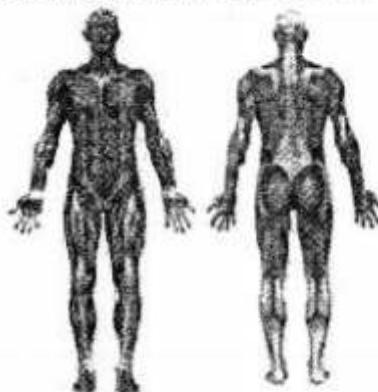
Médico:

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. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Erisísmo subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Coríntuso
- 15.F. Cortante
- 16.F. Contuso-contuso
- 17.F. Perfuro-contuso
- 18.F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Engravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Paroxesia
33. Quematose
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

DJH é um ponto (x) 995
PC de tipo de motz.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

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:



GOVERNO
DA PARAÍBA

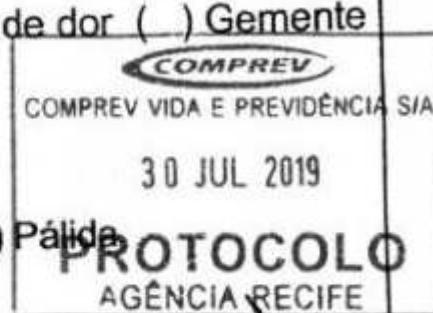
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Fatima Christiane Assuda de Assis	
End:	ST. Malungu	
Data de Nascimento:	12.03.80	Documento de Identificação:
Queixa:	dor no peito	
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"/> Cadeira de rodas	() Maca					



Estratificação

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

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

Azampon Lima

COFER-PB 71634-ENF

Assinatura e carimbo do profissional

Atual: GERALDO GOMES DA SILVA
 Idade: 55 anos
 OS: 011-64985-350
 Data D.S.: 03/12/2018 - 17:16
 Dr(a): RAILTON MARINHO DA COSTA
 Convênio: HAT
 Emissão: 04/12/2018 - 09:09

Local: CENTRO CIRÚRGICO



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

		V. lote de referência			
		Somente	H. leuc.	Crianças	Acima de 70 anos
Hemácias:	3,30 milhões/mm ³	4,50 a 6,10	< 00 a 5,10	11,5 a 14,0	3,90 a 5,36
Hemoglobina:	13,6 g/dL	13,0 a 16,5	14 a 16,0	11,5 a 14,0	11,5 a 15,1
Hematócrito:	31,1 %	36,0 a 44,0	33,0 a 47,0	30,0 a 40,5	33,0 a 46,0
V.C.M.:	94,2 µm	60,0 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	24,0 a 36,5	30,0 a 36,5
RDW:	13,3 %	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0	11,0 a 16,0

Leucócitos vermelhos: Normocitose. Normocromia.

LEUCOCRAGMA

		V. lote de referência	
		Adultos	Crianças
Leucócitos:	6.220 /mm ³	100	3.600 a 11.000
Bastonetes:	0 %	0	0 a 550
Segmentados:	86 %	7.069 /mm ³	40-70
Rosinofílos:	1 %	82 /mm ³	0-7
Basófilos:	0 %	0 /mm ³	0-2
Linfócitos:	5 %	411 /mm ³	20-50
Linfocitos reativos:	0 %	0 /mm ³	0
Morócitos:	8 %	658 /mm ³	3-14

Série branca: Linfocitopenia.

PLAQUETOGRAMA

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

Série plaquetária: Trombocitopenia.

Material: Sanguine total com EDTA

Coleta: 05/12/2018 Liberação: 04/12/2018 - 08:55

Método: Citometria de fluxo fluorescente e impedância

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

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

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinado eletronicamente por: Talita Nunes Cardoso - NY-PB 4036

ASSINATURA DIGITAL

57CA99991969F7157CD0B6555C1B22604F743F1B6F528C91A15044989F6D57178477E5C60D114

Acesse seus resultados: www.labprosangue.com.br

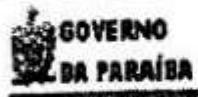
Central de Atendimento: 0800 2102 5557 | 0800 2102 5555 | 0800 988310102

UNIDADE CENTROPIA	UNIDADE DAPOERI	UNIDADE PRATA	UNIDADE CATINGUEIRA	UNIDADE JOÃO XXIII
Rua Sagrada Família, 61	Av. Isidro Carvalho, 877	Rua Rodrigues Alves, 1049	R. Severino Sezefredo Almeida, 11	R. São João Peçanha, 103 - Praia
CEP 54010-000	CEP 54010-000	CEP 54010-000	CEP 54010-000	CEP 54010-000
UNIDADE INTEGRAÇÃO	UNIDADE CRUZEIRO	UNIDADE JOSÉ PINHEIRO	UNIDADE QUEIMADAS	UNIDADE ANTÔNIO TARGINO
Rua Sébastião Bonato, 25	Av. Almirante Barroso, 1993	Rua Camarão Sales, 53	Rua João Barbosa Silva, 77	R. B. Desimiro Gouvêa, 349 - Centroano

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

CONTROLE DE QUALIDADE - SP01
Projeto de Controle para Laboratórios Clínicos

Control Lab



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

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

HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

RT Professora Teófima
Dr. Luciano Molano
CRM-PB 2945

BOLETIM DE ANESTE

NOME:	Quirino 60-691.5114	APTO:					
CONVÉNIO:	S-3	IDADE:	69	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
NUMERO DA CARTEIRA:				INÍCIO:	16-4-18		
GUIN/OF/INTERNAÇÃO:				TERMINO:	29-3-18		
SENHA:				HORÁRIO ESPECIAL:	14:00 - 14:45		
				ESTADO FÍSICO (ASA)	I II III IV V		

CIRURGIA

ELETIVA URGÊNCIA
 AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)

JFT:

12/12/11

DATA DE NASCIMENTO:

Franca Flávio Ribeiro 67

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

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

Equipe Anestesiológica:

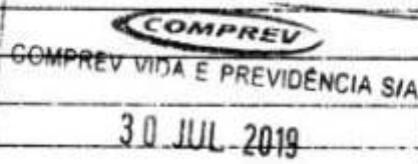
10 380

Instrumentação(s):

Scalpels usados:

Códigos:

Tutti cranioab.



PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

UNIDADE:
TESTES:
1. ECG
2. SpO₂
3. ETCO₂
4. NURSE

EXAMES:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

</div

NOME: Geraldo Gomes

IDADE: 55a

A.U.C. J. Gaudêncio

LEITO: 1082

MÉDICO: Dr. Raulton

DATA: 03 JUL 2013

MANHÃ

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

TARDE

Paciente evoluí estavel, em POI, consciente,
orientado, afibril, euritmias em roncodise
m.c.p., segue aos cuidados da
enfermagem.

Marcelino Nascimento da Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 801.294

NOITE

Paciente em POI. Evoluí estavel, sem alterações. Só
de medicamento Aci. Reduziu fix de cantiche. Segue
pelos cuidados enfermeiros.

Edite Ramos da Silva
TEC. ENFERMEIRA
COREN-PB 75.177

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

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						Complemento Endereço ZENILDA LIRA FERREIRA DE MORAIS, 198 - SÃO MIGUEL, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE CEP: CEP 5		
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 D-PARTICULAR/D-PARTICULAR		Nº Carteira	Validade	Nº 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, anestesias, 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 Pernas

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 Souza
JOELITON SOUSA GOMES
Responsável pelo Atendimento

Solange de Jesus Paixão
FATIMA CRISTIANE ARRUDA DE ASSIS
Responsável pelo Paciente

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

QUARTO/LEITO

CONVÊNIO

DATA

30/03/19

DATA DE ADMISSÃO

PRONTUÁRIO

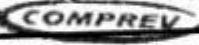
EVOLUÇÃO

Unidade

Pete aderida em fratura do péntes

CO. A centro cirúrgico às 18h




COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE:	<i>Fátima Urtidene Andrade</i>	CONVÊNIO:	AP/ENF:	LEITO:
DATA:	<i>30/03/19</i>	CIRURGIÃO:	<i>Dr. Felipe Guedes</i>	
1º AUXILIAR:		2º AUXILIAR:		
3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:	<i>Carla Andrade</i>	
ANESTESISTA:	<i>Dra. Vanessa</i>	TIPO DE ANESTESIA:		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Tumor do punho

TIPO DE CIRURGIA:

Ortofimíctese do punho

USO DO OPME:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRICO:

ACIDENTE CIRÚRGICO:

RELATÓRIO DE PATHOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:	<i>COMPREV</i> COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 30 JUL 2019
OUTRAS OBSERVAÇÕES:	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO <u>AGÊNCIA RECIFE</u></p> <p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO OPME</p> <p>Descrição dos itens utilizados e as respectivas quantidades</p> <p> 1) Panx sb ventosa 2) Anelis feompo estéril 3) Injeto molar plâstico as reais d... 4) D. molar pr. plást. 5) pedículo de fêmea do rido d... 6) Iscom implas e parafusos + lona em 150g 7) Juta fumária </p>

9 julho fumário

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 15255
CRF-PB 1035

<i>COMPREV</i> COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 30 JUL 2019
PROTOCOLO <u>AGÊNCIA RECIFE</u>

Dr. Felipe Guedes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº:

DATA: 30/03/19

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	Jônio, Gleisonne Parti Euler
CONVÊNIO:	
Nº PRONTUÁRIO:	
HORA:	QUARTO/LEITO: 320.
HORÁRIO	
QUANTIDADE	PREScrição
1) Dexta zero livre am 23hs	
2) SF 0,9% 1000ml gaveta	12/18/2019
3) Diprova Jg + AD 0,800ml 1x0	12/18/2019
4) Infuso 10g + 1000ml Jg/hs	12/18/2019
5) Nurodinon 0,6g + AD 0,800ml	12/18/2019
6) HBT de 4 em 4hs.	12/20/2019 20/10/2019
7) Insulina Regular c/prime protocolo	
8) Sod 0,9% 600	12/18/2019
9) Cefabtina Jg + AD 0,5g 6/6L	12/18/2019

CRÉDITO DO MÉDICO:
Assessoria e Consultas
CRM-PB 2021
2025

DESTINO:

RECEBIDO POR:

1ª VIA - PRONTUÁRIO

2ª VIA - FARMÁCIA

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Johanne Gustiane

QURTO/LEITO

DATA ADMISS.:

CONVÊNIO

PRONTUÁRIO:

CONTROLTE DE OXIGÊNIO

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECRE

CONTINUO

DATA HO

WCAWS

CONTÍNUO()															
\	DATA	HORAS	LTS												
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS												
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS												
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			
\	DATA	HORAS	LTS												
LIGADO				LIGADO				LIGADO				LIGADO			
DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:				DESLIG:			

30 JUL 2019

EVOLUÇÃO (ASS. DO TÉC. DE ENFERMAGEM + CARIMBO)

PROTÓCOLO
SEGURANÇA RECIFE

30/03 8h Paciente admitido para procedimento cirúrgico.

30/03 14h Paciente encontra consciente e orientado, FGT, em pré operatório de punho (E), mantendo indagações com gote em MSC, obeso, alergias em histerese de eczema, em IIE, SIC: Diabético, em fumante, desde os 06:00 horas da mat, nega alergia medicamentosa, mordedura venenosa em MSD, Eliminogênes (criolíticas, resíduos), Nomotensão (130x90 mmHg), Afebril (36.7), pulso polífico (92 bpm), estremo 98F, em AA, segue os cuidados gerais.

Ribeiro
Técnico de S. Oliveira
COREN-PB 1002561
ENFERMEGEM

30/03 21h Paciente em Pós OP imediato, afund SSV com medido C.P. em Super em reflexos dos extensori gress: Flex 4/4 e Ext 4/4.

31/03 04h Paciente e HGT 280mg/dl faz uso da medicacão Metformina 850 mg 3x ao dia faz uso agora pl manhã segue orientada, consciente seu esposo. Venda 18/62.

31/03 08h Paciente momento p/ quadro clínico com cuidados 1: Desfastexante de punho (E) orientada consciente, eletrocardiogramma, radiografia torácica, hemograma, hipertensão. Ncp, fez um sobre ligadura 20/20

11:00 Paciente nega a ter administrado a insulina regular, da mesma refator que faz 1440 da metformina 850mg



31/03/2019

MATERIAIS DESCARTÁVEIS

Paciente:	Convênio:	Part.	Aptº	120
Materiais	Manhã	Tarde	Noite	Auditor
Frascos para dieta				
Aguilha de Insulina	01			
Aguilha 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)				
Espadrapo				
Faixa de Crepon(10 cm)				
Faixa de crepon (15 cm				
Tira pra Glicemia Advantage II	01			
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco(angiocath)	01			
Luva estéril				
Luva de Procedimento	03			
Micropore				
Scalp 19,21 e 23				
Seringa descartável (3 ml)	01			
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	250ML			
Xilocaina Gel (para sonda)				
Xilocainap/sonda (para pass de cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa para tubo				
Outros				

COMPREV

COMPREV - UNIAE PREVIDÊNCIA SIA

30 JUL 2019

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

03 Maçfura

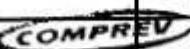


MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

30.03.19

PACIENTE	Fátima C. Arreuda de Assis	CONVENIO	APTO
MATERIAIS		MANHÃ TARDE NOITE	AUDITOR
Frasco para dienta			
Ajulha de Insulina			
Ajulha desc.p/glicemia	01	01	02
Algodão Ortopédico	01+01	02	02
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)			
Espadrapo	20cm		
Faixa Crepon (10cm)			
Faixa Crepon (15cm)			
Tira p/glicemia Advantage II	01	01	02
Gaze (pacote)			
Intracath			
Jelco (angiocath) N° 20	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 VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2019



Centro Hospitalar João XXIII



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: on fatima. Cristiane **LEITO:** 120
30/03/19

Paciente pós-op. da osteopatia, segue internada para cirurgia às 18h. A mesma segue com controle de glicemica e todos cuidados.

Alcione Mota dos Santos
ENFERMEIRA
COREN-SP 482167

30/03/19 Paciente em pós tratamento cirúrgico de fratura de punho, seu queixas.

Alcione Mota dos Santos
ENFERMEIRA
COREN-SP 482167

31.03.19 Paciente no 1500 de tratamento cirúrgico 10h de juntura de punho e. A mesma não queixas, segue sendo m.c.p. Sigue todos cuidados.

Alcione Mota dos Santos
ENFERMEIRA
COREN-SP 482167

31/03/19 Paciente recebe alta hospitalar por 11:20 ordem pronta, falta o médico prescrever na evolução médica.

Alcione Mota dos Santos
ENFERMEIRA
COREN-SP 482167

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

~~30 JUL 2019~~

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



NOTA DE SALA

R173602

Paciente: Fátima Batistone Amodeo de Assis

Leito: 120 Convênio: Particular Idade: 39a Registro: 38474

Cirurgia: Osteosíntese de punho E.

Anestesia: General + sedação.

Cirurgião: Dr. Felipe

Anestesista: Dra. Vanessa

Instrumentador(a): Jardim

Data: 30/03/2019

Início: 20:00h

Término: 21:00h

QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MEDICAÇÕES	
	ALFENTANILA 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML	SONDA FOLEY 3V N°
	ATRACURIO 10MG 2,5ML #		NITROGLICERINA 25MG	SONDA NASOGASTRICA LONGA N°
	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 0,5% PESADA 4ML		OMEPRAZOL 40MG	SONDA URETRAL N°
	CETAMINA 50MG 10ML #	01	ONDANSETRONA 4MG 2ML	TORNEIRINHA TRÊS VIAS
	CISATRACURIO 10MG 5ML		PROTAMINA 1000UI/ML 5ML	F105
	CLONIDINA 150MCG/1ML		RANITIDINA 50MG/ML 2ML	ACIFLEX 5 W481050X4
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOPLEGICA 10ML	CERA P/OSSO WAXBII02SB
	FENTANILA 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML	ETHIBOND 0 PEVOSA45
	FENTANILA 50MCG 10ML #		SUXAMETONIO 100MG 5ML	ETHIBOND 2-0 PEV202MR22T
	FENTANILA+DROPERIDOL 2ML(NILPERIDOL) #		TENOXICAM 20MG	ETHIBOND 2-0 C/AG. 2,0 PEV202MR20
	MIDAZOLAM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML	ETHIBOND 5-0 C/AG.4,7 PEV54MTC480
	MIDAZOLAM 50MG 10ML #	200	CLORHEXIDINA ALCOÓLICA 00%	LIGA CLIP 100(1201)
	MORFINA 1MG 2ML #	100	CLORHEXIDINA DEGERMANTE 4%	LIGA CLIP 200(2200)
	MORFINA 0,2MG 1ML #		MONONYLON 3-0 C/AG.3,0 NL30CT30S3	MONONYLON 3-0 C/AG.3,0 NL30CT30S3
	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 N°	POLYCOT 2-0 AA20CR30G
	SEVOFLURANO 100% 250ML #		AGULHA RAQUE N°	POLYCOT 3-0 S/AG. AA30SA45
	TRAMADOL 100MG 2ML #	02	ATADURA DE CREPOM N° 15 + 8	POLYCOT 3-0 C/AG.3,0 AA30CR30G
	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA GESSADA N°	PROLENE 4-0 PL402MR22AP
	QTD		BOLSA COLOSTOMIA 30MM	PROLENE 5-0 PL502MR17AP
	MEDICAÇÕES		BORRACHA SILICONE N°204 MT	PROLENE 7-0 PL702CR10AP
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML	02	CATETER P/02	PROLENE 6-0 PL602CR13AP
	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	01	CATETER PERIDURAL N°	PROLENE 6-0 SE6680/2-4SH
30	ÁGUA DESTILADA 10ML #	30	CAMPO OPERATORIO GRANDE UND.	VICRYL 0 C/AG.4,0 G4091-75H
	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML		COMPRESSA DE GAZE ENV.C/10UND	VICRYL 0 C/AG.4,0 PGLA20MR48ER
	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 10ML	50	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	VICRYL 3-0 C/AG.1,9 PE19303-BH
	ESMOLOL 10MG/10ML		DRENO N°	VICRYL 3-0 C/AG.2,5 ABS30MR26G
	CEFAZOLINA 1GR		ELETRODO DESCARTÁVEL	
02	CEFALOTINA 1GR	05	EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR	
	CEPTRIXONA 1GR		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR	SOROS
	CLORETO DE CÁLCIO 10%10ML		EQUIPO P/ARTROSCOPIA 4VIAS	SF 100ML SF 250ML SF 500ML
	CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML		ESPADRADO 00%	SG100ML SG 250ML G 500ML
	CLORIDRATO DE PAPVERINA 100MG 2ML	30	FILTRO P/RESPIRADOR C/TRAQUÉIA	SORO RINGER C/LACTATO 500ML
	CETOPROFENO 100MG IV		FITA MICROPORÉ	ORTSESE E PROTESE
01	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML		GELCO N°	
02	DIPIRONA SODICA 2ML 500MG/ML		INTRACATH ADULTO N°	
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT B6 EV DL		LAMINA DE BISTURI N°11	
	EFEDRINA 50MG 1ML		LAMINA DE BISTURI N°15	
	ESCOLPOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE BISTURI N°23	
	ESCOLPOLAMINA+DIPIRONA 5ML	01	LUVA DE PROCEDIMENTO TAM M,	
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	04	LUVA ESTÉRIL N°6,5	
	FITOMONEDIONA 10MG/1ML EV		LUVA ESTÉRIL N°7,0	
	FUROSEMIDA 20MG 2ML		LUVA ESTÉRIL N°7,5	
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LUVA ESTÉRIL N°8,0	
	GLICOSE 50% 10ML	02	LUVA ESTÉRIL N°8,5	EQUIPAMENTOS
	HEPARINA 5000UI 5ML		SERRA	() oxímetro pulso () Foco Auxiliar
	HIDROCORTISONA 100MG		SERRA	() Serra () Eletrocautério
	HIDROCORTISONA 500MG		SERRA	() Desfibrilador () Oxicapnogáfic
	HISOCHEL SOL DE GELATINA 3,5% 500ML	01	SERRA	() Foco Frontal () Cardiomonitor
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% C/VASO	01	SERRA	() Fonte de Luz () Perfurador Elétrico
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% S/VASO	01	SERRA	Tempo de Oxiênio: 26/77
02	LIDOCAINA COM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC. 60ML BICO LONGO	
	LIDOCAINA SEM VASO 2% 20ML		SONDA ENDOTRAQUEAL C/BL N°	
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA FOLEY 2V N°	
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML	01	Drupa n°23	
		02	Algínia uterina	
		03	Parte de moçoide	
		03	torcer dor	
		03	mancaria dor	

COMPREV
Comissão de Previdência:
Luciana Guedes Lira
Comissão de Previdência: Técnica em Enfermagem
COREN-PB 656 517

30 JUL 2019

ESTÉSIOLOGISTA: Viviane Oliveira b. Nunes CRM 6536

CRM 6536

ESTÉSIOLOGISTA AUXILIAR

 CRM _____

JOÃO XOM

30/03/14

CONVÉNIO:

Pacto Unic

NÚMERO DA CARTEIRA

GUIA DE INTERNAÇÃO:

SENHA:

INÍCIO: 20:00 TÉRMINO: 21:00

HORÁRIO ESPECIAL: SIM NAO VENIENTE: Fátima Cecília Acosta de AraujoIDADE: 39 a SEXO: MASC FEM AMIO ENF UTI

PESO:

ALTURA:

ASA: E- III-IV-V-VIPROFISSÃO: OPERATÓRIO / Fatima de prumhi éDe: Fá. Fátima Cecília

2º AUX:

CÓDIGOS

PROCEDIMENTOS

VIA%

Orto na intubação de prumhi é

HORA:

02:21

MONITORIZAÇÃO

 PAM PANI FEC PVC TNM Esteto. Esofágico Esteto. Precordial BIS AN. Gases SpO2

LIGERDOS

0. Isotônico 5%:

200

220

240

1. Fisiológico 0,9%:

200

180

160

Ringer Lactato:

170

180

Conc. de Hemicrânio:

150

130

120

110

100

90

9. CO2:

80

70

8. TO, AF:

60

50

7. TENSÃO:

40

30

6. DIAFRAGMA:

20

10

5. TENSÃO:

0

4. TENSÃO:

VVVVVV

MMMM

EGG + 75

93 - 93 - 100

- - - -

- - - -

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

30 JUL 2013

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

DIURESE

1ª HORA =

2ª HORA =

DROGAS UTILIZADAS

3ª HORA =

4ª HORA =

T =

1. Midazolam 60mg

9. AD 30ml.

17. Nac e desm 4mg

25 -

2. Fentanil 100mcg

10. Liposolvente 2g

18 -

26 -

3. Propofol 200mg

11. Liposolvente 2g

19 -

27 -

4. Lidocaina c/6 40ml

12. Liposolvente 2g

20 -

28 -

5. Propofol 200mg

13. Decadron 10mg

21 -

29 -

6. Lidocaina c/6 40ml

14. Liposolvente 2g

22 -

30 -

7. Lidocaina c/6 40ml

15. Liposolvente 2g

23 -

31 -

8. Lidocaina c/6 40ml

16. Liposolvente 2g

24 -

32 -

Transferido para:

 RPA UTI APTO ENF

Técnica/ Observações:

INDUÇÃO

 M. LARINGEA

Induzimento

Nº:

Intubação

SISTEMA

Contraind.

 Aberto

Absorção

 Fechado

RC N°:

 Cr. Absorção

CI CUFF

 S/ Absorção



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

p/ Fáthia Cristiane Andrade
de Assis

leito médio

A paciente supracitada fui u-
tizou de trauma, tendo ape-
sentado lesões do sacro
digital esquerdo. Foi subse-
tuída à tração vaginal
em 30/03/19. Atualmente
encontra-se reabilitada.

Cto. CED 10 = SSA 15

10/04/19:

Data

Dr. Fáthia Cristiane
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1491
CRF-PF 21075

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**

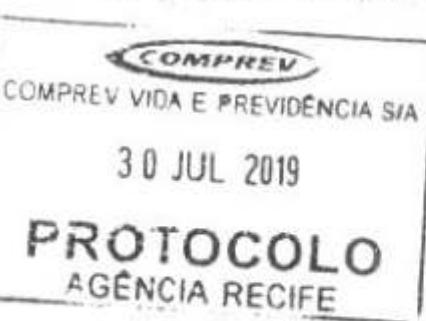
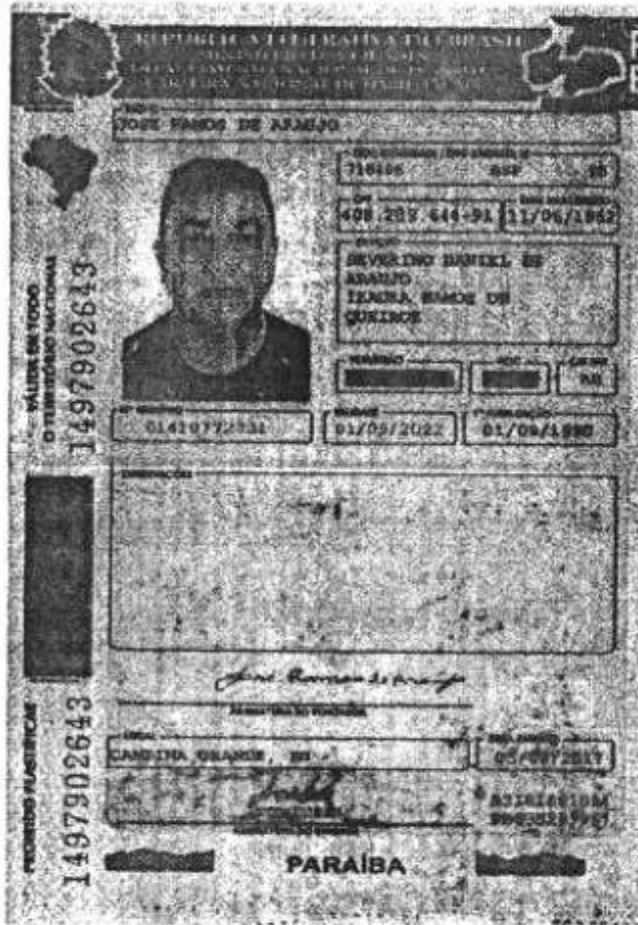
Dígito Verificador: **00**

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 1.513, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CÓD. RENAVAM: 1115544370 DATA: 2019

NOME: SUELTI BARBOSA DE QUEIROZ RAMOS

S. C. CAPIBARIBE-PE

OPF/ONPJ: 922-923-364-68 PLACA: PCH1954
PLACA ANT. OF: ***** / 2019 N. CHASSI: SC2JB0100GR107465

ESPECIE: MOTO/CICLO MATERIAIS: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I ANO FAB.: 2015 ANO MOD.: 2018

CAP/POV/CL: 2P/109CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VERO/COTAS
I - IPVA 2019 QUITADO		1*****
V - FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO/COTAS	2*****
A - I		3*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) - 100% IPVA - PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO:
80,11 - 0,02 - 84,58 / 08/02/19

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA - PORTO OBRIGATÓRIO
NÃO É NECESSÁRIA TRANSFERÊNCIA

S. C. CABO FORTES DATA: 13/03/19
Roberto Carlos Moreira Moreira
VEREADOR PRES.

COBERTURA OBRIGATÓRIA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU FOR SUA CARGA, A PESSOAS TRAI, SPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014802035400 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SUELTI 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

EXPIRAÇÃO: 2019 DATA EMISSÃO: 13/03/19

VIA: 922-923-364-68 PLACA: PCH1954
RENAVAM: 1115544370 MARCA/MODELO: HONDA/POP 110I

ANO FAB.: 2015 ANO CHASSI: 9C2JB0100GR107465

PRÉMIO TARIFÁRIO

FIS/PF	DETAN/RS	CUSTO DO SEGURO (R\$)
28,05	4,01	40,06

DESPESA DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL IPVA/SEGURO (R\$)
4,15	0,22	84,58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
	08/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPJ 00.346.600/0001-04

DESTACAR N. QUASE O BILHETE IPVA
ELA NÃO É UMA PORTA OBRIGATÓRIO



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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
NOME: 4.788.440 DATA DE EXPEDIÇÃO: 05/12/2012

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 N° 7.118 DE 29/08/83

F-53 B.544





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50000-902
 CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0020943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 RADJAMILTON ARRUDA RAMOS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MARIA ELINICE CHAGAS 8

CPF: 800.265.914-72

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

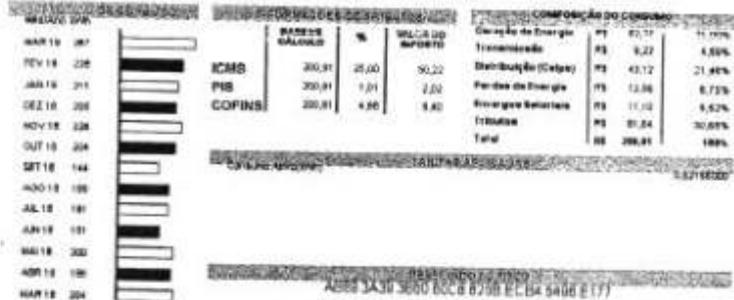
CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

NR. DA NOTA FISCAL	PERÍODO	PERÍODO
054/2018	UNICA	20/03/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	NR. DA INSTALAÇÃO
20/03/2018	2012877143	3415473

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7013850858	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PAGAMENTO
27/03/2019	17/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
222,99	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	207.000000	0,76250004	200,91
Contrib. Aut. Pública Municipal			16,04
ICMS Subvenção-CDE-NF 047350007-18/01/18			0,00
Multa por atraso-NF 051129008 - 18/02/18			3,26
Juros por atraso-NF 051129008 - 18/02/18			1,08
Atualização IGPM-NF 051129008 - 18/02/18			0,73

TOTAL DA FATURA									
NR. DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LITURA	DATA ATUAL LITURA	NR. DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)	VALOR (R\$)	
HV2018	CAT	19/02/2018	27/03/2018	30-02-2018	24.200,00	30	1.000000	200,91	222,99



Este documento é parte da nota fiscal de serviço, disponível no site www.celpe.com.br. Para mais informações, entre em contato com a Celpe ou com o seu fornecedor de energia elétrica. O cliente pode obter mais informações no site www.mtst.mt.gov.br. O fornecedor de energia elétrica é responsável pelo fornecimento de serviços de energia. Fique atento ao seu fornecedor de energia elétrica (CELPE) para evitar problemas com a sua conta de energia. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o seu fornecedor de energia elétrica.



COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 30 JUL 2019

PROTÓCOLO
 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