

02/01/19



Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Fotografia



Impressão Digital

ASSINATURA DO PORTADOR

Arianny Inacio de Oliveira Melo

Série 00001-DE

Número 28883



6

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Salomina Ana Gomes*

Loc. Nasc.

Flóres

Est.

Pernambuco

Data

20.09.2013

Filiação

Yolê Augusta Gomes e Ana Maria da Silva

Est. Civil

Casada

Doc. N.º

126

Fls.

24

Liv.

10

Reg. Civil

3º cat

Outro doc.

Situação Militar: Doc.

N.º

Órgão

Est.

Naturalizado Dec. N.º

Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N.º

Exp. em

Estado

Obs.

Data Emissão

*24.04.29 DRT**PE*

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Est. Civil

Doc.

Nascimento

Doc.

10 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

Rua N.º

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

C.B.O. n.º

Data admissão de de 19

Registro n.º Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1.º

2.º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1.º

2.º

11 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

Rua N.º

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

C.B.O. n.º

Data admissão de de 19

Registro n.º Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1.º

2.º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1.º

2.º



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013727859546	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.G.	EXERCÍCIO
1	912993707	*****	2018
NOME			
EMANUEL GOMES LEITE			
SERRA TALHADA - PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
068.437.724-12		KJU1731	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** / PE		9C2KC06507R043098	
ESPECÍFICO		COMBUSTÍVEL	
FAS - MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN E3		2007	2007
CAP. / POT. / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
32 / 145CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
IPVA 2018 QUITADO		1° *****	
FAIXA TRVA	PARCELAMENTO / COTAS	2° *****	
*****	*****	3° *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
SERRA TALHADA		DATA	
		03/08/18	
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PE Nº 013727859546 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
EMANUEL GOMES LEITE			
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			
SERRA TALHADA - PE		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2018	03/08/18
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	068.437.724-12	KJU1731	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
912993707	HONDA / CG 150 TITAN E3		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2007	09	9C2KC06507R043098	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
SEGURO PAGO			
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA	PARCELADO		
SEGURO DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT			
SEM NAO E DE PORTE OBRIGATORIO			



16/10/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1405551050

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA			
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 tarifada na origem para telefones celulares	
DADOS DO CLIENTE! DENILSON ANTONIO DE LIMA	DATA DE VENCIMENTO 27/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 22,68	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 20/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 078379675	CONTA CONTRATO 4008362063 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA AUGUSTO JOSE DUARTE 1315 -N SA DA CONCEICAO/SERRA TALHADA -56903-234 SERRA TALHADA PE -			
PERÍODO CONSUMO 22/08/2019 a 20/09/2019	CONSUMO 39		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		
Destaque aqui			
CONTA CONTRATO 4008362063	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 22,68	VENCIMENTO 27/09/2019
TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.			AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
838000000009 226800110044 008362063104 142287987738			
			

imento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddi... 1/1

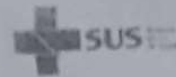
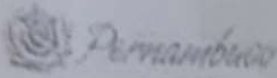


Assinado eletronicamente por: ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO - 24/10/2019 11:10:44
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102411104490000000052046941
Número do documento: 19102411104490000000052046941

Num. 52889062 - Pág. 1

3190273272

CPF: 984.057.214-87



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 66.

Data: 02.10.2019 Hora: 10:23
 Nome: Catarina Ana Gomes Almeida
 Nome Social: Profissão:
 Nascimento: 20.09.78 Sexo:
 Escolaridade: 3º Estado Civil: casada
 Mãe: Ana Nunes da Silva Responsável: B. Malabar
 Endereço: Rua Augusto de Gusmão, 1315, Fone: 9.9631.6599
 Bairro: Jacy Municipalidade: Jacy RG/CPF: 1.847.899.
 Cartão SUS:
 Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO☐ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Situação/Queixa:

Dor Cerna E.

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

paciente católica NIE, alepr-
 midade, com dor cerna E
 dor, mobilidade reduzida e
 sintomas físicos de NIE

Tratamento:

Alívio da dor com ARA 200
 e analgésico - Redução
 Sintomas.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura da 2ª INTER costal
 fechada E

Carimbo e Assinatura:

[Assinatura]
 Carimbo: HOSPAM
 05552033-25

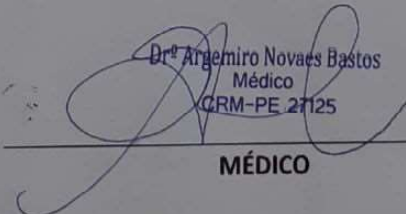
CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Paciente, sexo feminino, 75 anos, refere queda de motocicleta em movimento no dia 02 de janeiro de 2019, em área urbana, sendo socorrida para o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, no município de Serra Talhada, em Pernambuco. Após exames de imagem, foi constatado fratura de fêmur à esquerda em terço distal sendo necessária cirurgia ortopédica para correção da fratura, realizada na Clínica São Vicente.

Hoje, após avaliação clínica de sequelas por mim realizado, a paciente sob o exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela: dificuldade de deambulação mesmo com ajuda de apoio, dor crônica em membro inferior esquerdo associado a edema em articulação do joelho.

No atual momento, apresenta déficit funcional de 70% para membro inferior esquerdo e déficit laboral em 100 % para as suas funções de agricultora.

SERRA TALHADA, 11 DE JUNHO DE 2019.


Dr. Argemiro Novaes Bastos
Médico
CRM-PE 27125

MÉDICO



Clínica Médica Especializada

Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fone: (87) 3831-1601/ 9 9991-5659

CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Paciente veio a sofrer uma queda de moto onde resultou em um trauma na perna esquerda. Foi encaminhado ao Hospam onde após exames de imagem constatou fratura supra intercondiliana no fêmur esquerdo. Foi encaminhado ao Hospital São Vicente onde realizou cirurgia para estabilização e consolidação da fratura.

Após sua alta hospitalar e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela refere a dores provocadas pelas placas e parafusos, dificuldade para deambulação, impossibilidade suprema para realizações de práticas diárias como tomar banho, ir ao vaso sanitário, vestir roupas, rigidez da flexão do joelho esquerdo.

Devido ao grau elevado de osteoporose provocada por 26 anos de menopausa, sarcopenia extrema devido a qualidade, fica difícil a locomoção pela ausência completa da musculatura inviabilizando de todas as tarefas laborais assim como a funcionalidade dos membros inferiores.

Apresenta déficit laboral em 100% e déficit funcional em 100% devido a idade.

Serra Talhada, 29 de abril de 2019

Dr. João Cesar da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM: 10990

Rua Cornélio Soares, 810 - Centro - Serra Talhada - PE - CEP: 56.903-440

Scanned by CamScanner





Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019	Atendimento: 0007726	Quarto/leito: 305 / 5
Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE		
Data Nasc: 20/10/1943	Idade: 75 Anos	Sexo: Feminino
Estado Civil: Viuvo	Profissão: APOSENTADA	Naturalidade: SERRA TALHADA
Nacionalidade: BRASILEIRO	Nome Pai: JOSE AGOSTINHO GOMES	Nome Mãe: ANA NUNES DA SILVA
Endereço: AUGUSTO JOSE DUARTE, 315	- IPSEP	- SERRA TALHADA - PE
Telefones: () . / () . / (87) 9631.6594		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Suicídio () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante: -		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FISICO:		
Transt. local @, cl. ar, edema e limitação funcional		
Diagnostico Inicial: Test. SC Femur @		
SADT:		
Diagnostico Final: Test. SC Femur @		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Médica (X)	Data do Internamento: 9, 1, 19
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: 13, 1, 19
Piorando ()	Transferencia ()	Local: _____
Obito + 48h ()	Evasão ()	
Obito - 48h ()	Indisciplina ()	
Obito em ____/____/____		
Hora : _____		Medico Responsavel



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES
2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES
2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Carmona Ana Gomes Leite

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
7 0 2 0 0 6 5 8 3 6 5 6 7 7 1

11 - NOME DA MÃE
Ana Nunes da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
R: Augusto José Duarte, 315 1º SEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Sena Galadé

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/09/1943

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR
Parda

12 - TELEFONE DE CONTATO
8 7 9 6 3 1 6 5 9 9

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2613909

18 - UF
PE

19 - CEP
56903000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Dor no peito, dor no braço direito, dor no braço esquerdo, dor no abdômen, dor no pescoço, dor no ombro, dor no cotovelo, dor no punho, dor no dedo, dor no dedo indicador, dor no dedo médio, dor no dedo anelar, dor no dedo mínimo, dor no dedo polegar, dor no dedo anelar, dor no dedo médio, dor no dedo indicador, dor no dedo mínimo, dor no dedo polegar

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Dor no peito e no braço direito

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Dor no peito e no braço direito

24 - CID 10 PRINCIPAL
5728

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Osteossíntese

29 - CLÍNICA
HOSPITAL SÃO VICENTE

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Internamento

31 - DOCUMENTO
() CNB () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL
Dr. João de Deus

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
09/01/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408060586

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
Ilo Pereira de Andrade Melo

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
261910500005-9

48 - DOCUMENTO
() CNB () CPF

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
11/1

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
CPF: 153.272.214-15 CRM: 8003
Márcia Autorizadora
XI GERES

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
261910500005-9

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
09.01.19



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA** DATA DA SOLICITAÇÃO: **03/01/2019 14:48**

MÉDICO SOLICITANTE: **JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES** ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **CRM - 9608**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE** Nº DO PRONTUÁRIO: **524824**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **702906583656771** DATA DE NASCIMENTO: **20/09/1943** SEXO: **Feminino**

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **ANA NUNES DA SILVA** TELEFONE DE CONTATO: **87996316594**

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **RUA 15 DE NOVEMBRO, 370, CENTRO**

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FLORESTA** CÓD. IBGE MUNICÍPIO: **2605707** UF: **PE** CEP: **56400000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **PACT, COM FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E**

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): **RAJO X**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E**

CID 10 PRINCIPAL: CID 10 SECUNDÁRIO: CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

F. CARDÍACA	F. RESPIRATÓRIA	PRES. ARTERIAL	SATURACAO
75 Bpm	19 lrpm	110/60 MMHG	99 %

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA: CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **URGÊNCIA** DOCUMENTO: **(X)CNS ()CPF** Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO: ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO: **(X)CNS ()CPF** Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

ESCLARECIMENTOS



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019

Atendimento: 0007726

Quarto/leito: 305 / 5

Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Cirurgia Realizado:

N. do Procedimento:

OSTEOTOMIA DE FEMUR

0408050586

Data: 11/01/19

Início:

Término

Cirurgião:

ANDRÉ B.

1º Auxiliar:

RODRIGO A.

2º Auxiliar:

Anestesista:

S. P. P.

DESCRIÇÃO CIRURGICA:

- ① PCTE EM ODM
- ② ASSEPSIA / ANTISEPSIA
- ③ POSICIONAMENTO DO PACIENTE
- ④ INCISÃO LATERAL COXA
- ⑤ ABERTURA POR PLANO
- ⑥ REDUÇÃO FRATURA
- ⑦ FIXAÇÃO COM PARAFUSO CEMENTADO + PLACA
- ⑧ DCP 4.5 + PARAFUSOS
- ⑨ LAVO COM S.O.S.
- ⑩ FUTURA + CURATIVO

Assinatura do Cirurgião

Scanned by CamScanner





HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: CARMOLINA RITA GOMES VITTE

D/A6. Fígado supra-hepático
DO Fígado HEP

AO Hospital São Vicente

① DADOS LÍQUIDS

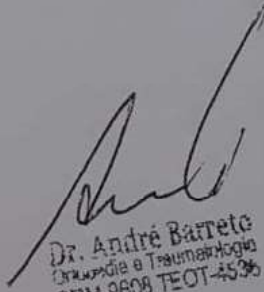
② MARCHA NÓRMOIS AO VITO

③ SF 0,3% - 500 PL H LÍQUIDS

④ DIPLOMATAS - 01 PL + AO GU 6/11/18 00:06

⑤ PARITIZAS - 01 PL GU 12/12/18 00:06

⑥ CCG


Dr. André Barreto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-9608 TEOT-4536

Data: 3 / 1 / 18

Médico - CRM



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
03/01/19 14:46 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
03/01/19 14:46	Em digitação	0h:0m:48s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
03/01/19 14:46	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/2 - 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 08 de março de 2019.

ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

Ten Cel

ANEXO TEN. CEL. 3203390
RG. 2792012-1 GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 037 DOp./2019

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. CARMOZINA ANA GOMES LEITE, CPF 984.057.214-87, residente à Rua Augusto José Duarte, 1315, Nossa Senhora da Conceição, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 396 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 10h14min do dia 02 de Janeiro de 2019, comandada pelo Cb QBMG 1/707411-5 FELIPE DE JESUS DIAS CARDOSO, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, n° B 1215068, sendo vitimada a solicitante, a qual informou que estava como garupa da motocicleta marca/modelo, HONDA/CG 150 TITAN ES, cor preta, placa KJU-1731, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Antônio Godoy, 1298, Centro, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. ANTÔNIO RODRIGUES, CRM-PE 7351, prontuário 066. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CAP QOC/BM WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.



Wamberg Rodrigues dos Santos
Cap QOC/BM Mal.704015-6

3º Grupamento de Bombeiros. BR 232 (Av. Vicente Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000.
Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às **14:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/1/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **ANTONIO GODOY, CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO**
/BRASIL Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA**
TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EMANUEL GOMES LEITE (NOTICIANTE)
CARMOZINA ANA GOMES LEITE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CARMOZINA ANA GOMES LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ANA GOMES DA SILVA Pai: **JOSE AGOSTINHO GOMES** Data de Nascimento: **20/9/1943** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1847899/SSP/PE (RG), 98405721487 (CPF)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EMANUEL GOMES LEITE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CARMOZINA ANA GOMES LEITE Data de Nascimento: **28/11/1986** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7560663/SDS/PE (RG), 06843772412 (CPF), 03817655054 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 87996316594**

Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**

22/03/2019 14:23

of 2

Scanned by CamScanner



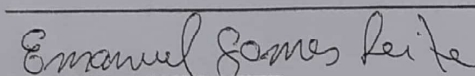
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJU1731** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **912993707** Chassi: **9C2KCO6507R043098**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, O NOTICIANTE EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA RUA MENCIONADA, PILOTANDO A CITADA MOTOCICLETA, COM A VITIMA NA GARUPA, MOMENTO EM QUE A SANDALIA DA MESMA CAIU NO SOLO, E ENQUANTO O MESMO PARAVA A REFERIDA MOTOCICLETA A MESMA SALTOU DA GARUPA, SE DESIQUILIBRANDO, E CAINDO EM SEGUIDA. APÓS O ACIDENTE, A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM, PELO CORPO DE BOMBEIROS, ONDE FOI CONSTATADO, QUE A MESMA TINHA FRATURADO O FEMUR ESQUERDO, FICANDO A MESMA INTERNADA POR ALGUNS DIAS, E DEPOIS SENDO TRANSFERIDA, A CLINICA SAO VICENTE, ONDE FOI CIRURGIADA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


EMANUEL GOMES LEITE
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**





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, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.033,45

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 32.1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (32.1% de 70%) 22,47%

Valor a indenizar: 22,47% x 13.500,00 = R\$ 3.033,45

Recebedor: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

Valor: **R\$ 3.033,45**

Banco: **001**

Agência: **000001061-8**

Conta: **0000028031-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

