

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80

Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias

RG:

Endereço: SÍTIO - LAGOA DE DENTRO

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: TRIUNFO

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Cartão SUS: 706809709808520

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN 2749932-PB

P.A.: ___ X ___ mmHg Peso: ___ Kg Temperatura: ___ °C Estatura: ___ cm Per. Cefálico: ___ Per. Torácico: ___ Glicemia: ___ mg/d

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

história de queda de moto com
dor no corpo e dor forte no corpo
acima, 12/12/18.

Tensionária 40 x AD

Pa de 12mm e 80 mmHg
Triunfo 17/08/18 11:50

Receita de Oitiva
Médico da Emergência
COREN 2749932-PB

Encaminhada ao município de origem 13:25h
Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BATISTAS"
RUA DO MARCO Nº 115 - CENTRO - CEP: 53010-000 - PARAIBA - PB
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente cópia, reproduzindo fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 17/08/2018 11:49:31
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
[2018-003158] EMUL:R4 2.37 PARPEN:R4 0.28 FEPA:R4 0.47
SELQ DIGITAL: AHA68319-4VSH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

24 ABR 2019

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
10/08/2018 12:47

MÉDICO SOLICITANTE:
JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
CRM - 9608

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:
JANAINA DE LIMA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO:
477073

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
10/12/1997

SEXO:
Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
ZÉLIA NUNES DE LIMA SILOVA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
SÍTIO LAGOA DE DE, ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
TRIUNFO

COD. INTER. MUNICIPAL:
4322004

UF:
PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACT, COM FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:
FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

F. RESPIRATÓRIA	PRES. ARTERIAL	SATURACAO
20 lpm	120/80 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 LETEL:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

COD. ORGÃO EMISSOR:

13881

ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
13/08/18 08:44 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
PAQT, INTERNA AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora **Profissional Evolução**
12/08/18 10:26 CLARISSA ROBERTA AZEDO FALCAO

Descrição
REGISTRAMOS QUE NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora **Profissional Evolução**
11/08/18 13:35 VERA LUCIA BEZERRA LEITE

Descrição
REGISTRAMOS QUE NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR

Data/Hora **Profissional Evolução**
10/08/18 13:24 GLISSIA OLIVEIRA PAIXAO E SILVA

Descrição
REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITOS , SEM DISPONIBILIDADE NO MOMENTO.

Data/Hora **Profissional Evolução**
10/08/18 12:47 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
10/08/18 12:47	Em digitação	0h:1m:3s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
10/08/18 12:48	Aguardando Regulação	0h:25m:23s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
10/08/18 13:13	Aguardando Regulação	0h:0m:20s	PRNS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: PRNS solicitação: 477073
10/08/18 13:14	Regulado	0h:10m:18s	PRNS/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
10/08/18 13:24	Aguardando Disponibilidade		GLISSIA SILVA/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

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



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 15/08/2018		Nº Registro: 000158191	
Identificação do Paciente: JANAINA DE LIMA SILVA		305 - TRAUMA FEM. 02	
Data Nascimento: 10/12/1997	Idade: 20	Sexo: Feminino	Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE	Naturalidade: TRIUNFO	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: JOSIAS PEREIRA DA SILVA		Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA	
Endereço: JOAQUIM TIMOTIO LIMA FILHO		75	
Bairro: SAO CRISTOVAO	Cidade: TRIUNFO	Estado: PE	Telefone: (87) 99638-6282

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []
Suicídio [] Casual [] Outros []

Nº do Acompanhante:

Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Doença aguda, com início súbito, de evolução rápida, com sintomas de dor abdominal, náusea, vômito, febre, alteração da consciência e sinais de desidratação. História de trauma abdominal recente.

Diagnóstico Inicial:

Lesão de fígado grau III

S.A.D.T

Tratamento com analgésicos e fluidos. Evolução satisfatória. Alta em 24h.

Diagnóstico Final

CONDIÇÃO DE ALTA	MOTIVO DA ALTA
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>
Inalterado []	Alta a Pedido []
Piorado []	Transferência []
Óbito+48h []	Evasão []
Óbito-48h []	Indisciplina []

Data do Internamento: 15/08/18

Data da Alta: 20/08/18

Local:

24 ABR 2019

Óbito em: / /

Hora: .

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:

do Procedimento:

Osteossintese Fratura Diáfise Fêmur E

Data: 18/08/18

Início:

Término:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Sol punção aspirar MIE +
 fêmur 5 fêmur lateral por E
 curvar pleitea por pleitea, fêmur 5
 vasos sanguíneos, pleitea fêmur 5
 fratura de fêmur e osteossintese

Uso de: 01 placa de 4,5 e 4,5
 08 p. corticais 4,5

01 fêmur de 6,4.

Infusão por pleitea e pleitea

Salvador Brandão de Siqueira
 CRM 10779
 CEP 736.783.94-72

Assinatura do Cirurgião

24 ABR 2019

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO		NOME ATEND.	
10023036			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO
706809709808520			000158191
9 - NOME DO PACIENTE		10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
JANAINA DE LIMA SILVA		10/12/1997	Feminino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
ZELIA NUNES DE LIMA SILVA		(87) 99638-6282	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
JOAQUIM TIMOTIO LIMA FILHO			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF
TRIUNFO		PE	18 - CEP
		56870-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<p><i>Doença pré-existente ME, de natureza de insuficiência renal crônica, com complicações hipertensivas e sintomas de insuficiência renal ME</i></p>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<p><i>Na urina e sangue</i></p>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>Insuficiência renal crônica</i>	<i>5727</i>
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	27 - COD. DO PROCEDIMENTO
<i>Diálise</i>	<i>0408030519</i>
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
305 - TEALMA P.E.M. 01	IX - CNS - I - CPF
30 - DOCUMENTO	31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
<p><i>Antonio Rodrigues de Freitas</i> CPF: 056.812.003-85</p>	15/08/2018
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	
<p><i>Mauriciana Pereira Pereira</i> CPF: 030.473.994-4 CRM: 18270</p>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DOMESTICOS)

35 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CNAE DA EMPRESA	42 - CHOR
43 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	44 - CNPJ DA EMPRESA	45 - CNAE DA EMPRESA	46 - CHOR
47 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	48 - CNPJ DA EMPRESA	49 - CNAE DA EMPRESA	50 - CHOR
51 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	52 - CNPJ DA EMPRESA	53 - CNAE DA EMPRESA	54 - CHOR
55 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	56 - CNPJ DA EMPRESA	57 - CNAE DA EMPRESA	58 - CHOR
59 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	60 - CNPJ DA EMPRESA	61 - CNAE DA EMPRESA	62 - CHOR
63 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	64 - CNPJ DA EMPRESA	65 - CNAE DA EMPRESA	66 - CHOR
67 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	68 - CNPJ DA EMPRESA	69 - CNAE DA EMPRESA	70 - CHOR
71 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	72 - CNPJ DA EMPRESA	73 - CNAE DA EMPRESA	74 - CHOR
75 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	76 - CNPJ DA EMPRESA	77 - CNAE DA EMPRESA	78 - CHOR
79 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	80 - CNPJ DA EMPRESA	81 - CNAE DA EMPRESA	82 - CHOR
83 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	84 - CNPJ DA EMPRESA	85 - CNAE DA EMPRESA	86 - CHOR
87 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	88 - CNPJ DA EMPRESA	89 - CNAE DA EMPRESA	90 - CHOR
91 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	92 - CNPJ DA EMPRESA	93 - CNAE DA EMPRESA	94 - CHOR
95 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	96 - CNPJ DA EMPRESA	97 - CNAE DA EMPRESA	98 - CHOR
99 - IDENTIFICAR O ACIDENTE	100 - CNPJ DA EMPRESA	101 - CNAE DA EMPRESA	102 - CHOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
		<i>261810503420</i>
47 - CÓDIGO DE PROCEDIMENTO	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	MOTIVO DA ALTA:
		<i>Id</i>
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO EM CONSELHO	CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
	<p><i>Ilo Pereira de Andrade Melo</i> CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador</p>	<i>Id</i>
		DATA DA INTERNAÇÃO:
		<i>15/08/18</i>
		DATA DA ALTA:
		<i>20/08/18</i>

98032240

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO FISCAL 10.023.036

03/09/2014

Nome: JANAÍNA DE LIMA SILVA

CPF: 0011391 20 TRIUNFO-PE

DATA DE NASCIMENTO: 10/12/1997

ASSINATURA DO DIRETOR: SERRA TALHADA - PE

117.948.644-74

CÓDIGO DE CONTROLE
CB9F.315D.386F.9740

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada, na internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:52:45 do dia 05/07/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

10R-32

RECARGA DIREITO

Carteira de Identidade

x Janaina de Lima Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
117.948.644-74

Nome
JANAÍNA DE LIMA SILVA

Nascimento
10/12/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

10 DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E SOFISORES E LIAÇÃO

104-23

 

Edilsa Ferreira de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.819.300 DATA DE EXPIRAÇÃO 15/05/2003

NOME EDILSA FERREIRA DE SOUZA

PATRONO JOÃO FERREIRA DA SILVA

RITA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE TRIUNFO PE DATA DE NASCIMENTO 18/04/1975

SEC. ORDEM CC 1619, LB 04 AUX, F.110-CART. DE FLORES-PE 21/08/1994

CPF 041.021.214-00


ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 F-07 10852

1º DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012382313546

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	COO. RENAVAM	DATA
1	671911024	26/12/81
NOME/ENDEREÇO		
JOSE RONIVALDO ALVES DE SOUZA		
SÍTIO CAJUEIRO S/N		
CASA ZONA RURAL		
TRIUNFO-PE		
CPF/CNPJ	PLACA	
066.678.529-02	KLT8596	56870-000
NOME ANTERIOR		

PLACA ANT./UF	CHASSI
*****	9C2KCC08106R021838
ESPECÍFICO	TIPO DE VEÍCULO
3AS. MOTOCICLETA	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO/FAB. - ANO/MOD.
HONDA/CG 150 TITAN RS	2005 2006
CAPACIDADE	CATEGORIA
200/149CCS 200	COM FREIO A FREIO
20185002	VERMELHA
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA	

TRIUNFO-PE 12/02/16
Charles Anderson Sousa Ribeiro

10 DEZ. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583024 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583024 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA **Data do acidente:** 06/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5_CIRURGIA

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANAÍNA DE LIMA SILVA, brasileiro(a), estado civil: Solteira
Profissão: Agricultora, portador(a) do RG 10.023.036, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 117.948.644-74, residente no(a) Sit: Lagoa de Dentno
nº 130, bairro: Rural, município: Triunfo / PE.

OUTORGADO:

Nome: EDILSA FERREIRA DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil: CASADA
Profissão: Recuso, portador(a) do RG 4819300, órgão expedidor SDS-PE
e do CPF: 041.021.214-80, residente no(a) RUA DAS MANGUEIRAS
nº 198, bairro: SANTO ANTONIO, município: TRIUNFO / PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima JANAÍNA DE LIMA SILVA.
Local e Data: TRIUNFO PE, 21/09/18.

Janaína de Lima Silva
Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



1º DEZ. 2018

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180583024

Vítima: JANAINA DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 06/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSA FERREIRA DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANAINA DE LIMA SILVA

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JANAINA DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000039175-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 117.948.644-74 Nome completo da vítima: Jamaina de Lima Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Jamaina de Lima Silva CPF: 117.948.644-74
 Profissão: Agricultora Endereço: Sítio boaga de dentro Número: 130 Complemento: _____
 Bairro: Zona Rural Cidade: Triunfo Estado: PE CEP: 56870-000
 E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 99932-5938

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (servente 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: Bradesco
 AGÊNCIA: 0586 0 CONTA: 39175 1
(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assina o pedido

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A RODO
Jamaina de Lima Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 541/2018, LIVRO nº 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

DATA: 17 de outubro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 09h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JANAINA DE LIMA SILVA

Estado civil: solteira

RG: 10.023.036 SSP/PE CPF: 117.948.644-74

Sexo: Feminino

Nascimento: 10.12.1997 Idade: 20 anos

Naturalidade: Brasileira

Naturalidade: Serra Talhada/PB

Profissão: Agricultora

Alfabetizado: SIM

Filiação: Josias Pereira da Silva e de Zélia Nunes de Lima Silva

Endereço: Sítio Lagoa de Dentro, Município de Triunfo/PE.

NARRATIVA

QUE, NO DIA 06 DE AGOSTO DE 2018, POR VOLTA DAS 10:30 HORAS, SOFREU UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, NA PB 426 NAS IMEDIAÇÕES DO IF, EM PRINCESA ISABEL/PB, QUE CONDUZIA UMA MOTO HONDA/CG 150 TITAN K3, DE COR VERMELHA, DE FABRICAÇÃO E MODELO 2005/2006, PLACA KLT 8596 PE, CHASSI Nº 9C2KC08106R021638, REGISTRADA EM NOME DE JOSÉ RONIVALDO ALVES DE SOUSA, QUE NAS IMEDIAÇÕES DO REFERIDO LOCAL, CONDUZIA A REFERIDA MOTO QUANDO PASSOU O QUEBRA MOLA, BATENDO NA GUIA DE ACOSTAMENTO PERDEU O CONTROLE E DESCONTROLANDO A MOTO CHEGANDO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UPA DE PRINCESA ISABEL, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE SERRA TALHADA/PE (HOSPAM), QUE APÓS EXAME DE RAIO X, FOI CONSTATADO FRATURA NO FEMUR DO PE ESQUERDO.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante

Janaina de Lima Silva

10 DEZ. 2018

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL

1620014

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 117.948.644-74 Nome completo da vítima: Jamaina de Lima Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Jamaina de Lima Silva CPF: 117.948.644-74
 Profissão: Agricultora Endereço: Sítio boaga de dentro Número: 130 Complemento: _____
 Bairro: Zona Rural Cidade: Triunfo Estado: PE CEP: 56870-000
 E-mail: _____ Tel (DDD): (81) 99932-5938

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (servente 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: Bradesco
 AGÊNCIA: 0586 0 CONTA: 39175 1
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assina o pedido

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A RODO
Jamaina de Lima Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80 Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA Senha: Senha
Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA Pront. Local:
Data Nasc.: 10/12/1997 Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias. RG:
Endereço: SÍTIO - LAGOA DE DENTRO N°: S/N
Bairro: ZONA RURAL Município: TRIUNFO
Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA Cartão SUS: 706809709808520
Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50 N° da Ficha: 76811 N° do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06:

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN 2749932-PB

P.A.: ___ X ___ mmHg Peso: ___ Kg Temperatura: ___ °C Estatura: ___ cm Per. Cefálico: ___ Per. Torácico: ___ Glicemia: ___ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Intima de acidente de moto com
dor no membro dos joelhos com grande
deformidade, 12/10.

Tensão 40 x AD

Ra de 10mm E AP 10x10

Transferido H 12:55. Saúde

Recebeu de Oliveira
Mário em Exame
COREN-PB 311970

Comprovação do ato declaratório

Encaminhada ao município de origem 13:25h

Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BATISTAS"
RUA CEL MARCOLINO, 225 - CENTRO - CEP: 57155-000 - FONE: (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PBAutentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 17/09/2018 11:49:31

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

(2018-003158) EMUL:R4 2.37 FARPEN:R4 0.28 FEPJ:R4 0.47

SELO DIGITAL: AHA68319-4758

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiipb.pb.gov.br>

10 DEZ. 2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANAINA DE LIMA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000039175-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1305201905000000000023700586000000039175236250 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

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 | Ins. Est. 0002943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSIAS PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI LAGOA DE DENTRO 130

CPF 873.722.238-49

TRIUNFO - RURAL/TRIUNFO RURAL
TRIUNFO PE
55670-000

CLASSIFICAÇÃO

S2 RURAL
AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásica

CONTA CONTINÚO	MÊS/ANO
4006754880	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LEITURA
15/10/2018	07/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	30,28

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
034189952	UNICA	05/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
05/10/2018	2002530939	3633672

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Residencial	41,0000000	0,61147390	25,97
Atenuação Bandeira VERMELHA			1,87
ICMS Substituição COE NF 022684417-04/07/18			0,18
Multa por atraso NF 030419877 - 04/09/18			0,46
Multa por atraso NF 026261030 - 05/09/18			0,46
Juros por atraso NF 020419877 - 04/09/18			0,03
Juros por atraso NF 026261030 - 03/09/18			0,16
Atualização IGPM NF 030419877 - 04/09/18			6,02
Atualização IGPM NF 026301130 - 02/09/18			0,11
Causação FUNDAÇÃO TERRA - (08/7) 3621-1542			6,00

TOTAL DA FATURA

30,28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
4006754880	CAL	04-09-2018	11 194 (0)	05-10-2018	11 240 (0)	31	1,00000		41,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano (KWH)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Derivação de Energia	R\$	31,24%
OUT 18	41				Transmissão	R\$	4,32%
SET 18	36	ICMS	23,04	25,00	Perdas de Energia	R\$	4,81%
AGO 18	37	COFINS	23,04	0,94	Encargos Sociais	R\$	1,24
JUL 18	40				Tributação	R\$	5,82
JUN 18	54				Total	R\$	23,84
Mai 18	48						100%
ABR 18	43						
MAR 18	44						
FEB 18	51						
GEN 18	45						
DEZ 17	51						
NOV 17	49						
OUT 17	23						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague o valor devido desta conta de energia elétrica até o dia 15 de outubro de 2018, para não incorrer em multa e juros. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas de funcionamento. Pague o valor devido até o dia 15 de outubro de 2018, para não incorrer em multa e juros. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas de funcionamento. Pague o valor devido até o dia 15 de outubro de 2018, para não incorrer em multa e juros. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas de funcionamento.

				Atividade gerada de forma automática pelo sistema de controle de qualidade da Celpe Neoenergia. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas de funcionamento.	
--	--	--	--	---	--

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APROXIMADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIÁRIO	0,00	18,73	21,46	42,82	220	207	231
SEMANAL	0,00	7,87	18,34	30,56			
TRIMESTRAL	0,00	5,78	0,00	0,00			

Linha 04-30 10,00

Nota: Valor de Energia de Lado do Sistema de Distribuição em kWh

10 DEZ. 2018

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		 celpe Grupo Neoenergia www.celpe.com.br	
		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 NADEGE PEREIRA MADUREIRA CPF: 332.854.464-04 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA DAS MANGUEIRAS 198 CS- STO ANTONIO/TRIUNFO 56870-000 TRIUNFO 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 05/09/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 126,14	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 29/08/2018 DATA DA APRESENTAÇÃO 29/08/2018 NÚMERO DA NOTA FISCAL 029849274	CONTA CONTRATO 007028290971 Nº DO CLIENTE 2011148129 Nº DA INSTALAÇÃO 9003927749
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO BEFC.C4F1.D042.01D3.899A.650D.C05F.47FC			

10 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILSA FERREIRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.021.214 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jamaina de Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.948.644 / 74 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jamaina de Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.948.644 / 74, 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		Número	Complemento
RUA DAS MANGUEIRAS		198	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	TRIUNFO	PE	56870-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	(87) 99932-5938		(87) 99901-7156

TRIUNFO-PE, 06 de dezembro de 2018
Local e Data

Edilsa Ferreira de Souza
Assinatura do Declarante

1º DEZ. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ronivaldo Alves de Souza,
RG nº 9.503.858, data de expedição 19/06/12,
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 086.078.524-69, com
domicílio na cidade de Triunfo no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Capueira, nº 490,
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 Janaina de Lima Silva, cujo o condutor era
Janaina de Lima Silva.

Veículo: moto
Modelo: CG 150 Titan KS
Ano: 2005-2006
Placa: KLT 8596
Chassi: 9C2KC08186R031638
Data do Acidente: 06/08/18
Local e Data: Triunfo PE, 10/10/18

José Ronivaldo Alves de Souza
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

 **CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS**
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS,
PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS
ANTÔNIO CARLOS RIBEIRO DE SOUZA - SUBSTITUTO
EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA - SUBSTITUTA



Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSÉ
RONIVALDO ALVES DE SOUZA em 10/10/2018
14:52:23 e dou fé. Em test., da
verdade. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE
SOUZA. Emol: 3,39. TGNR: 0,80. PERC: 0,40.
Total: 4,79. Selo: 0073841.XXX10201807.00010.

Consulte Autenticidade em: www.tpa.jos.br/validar

Edivaneide Menezes de Souza
Substituta

10 DEZ. 2018

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 06/08/2018

Cod. Prof: 80

Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 27277 - JANAINA DE LIMA SILVA

Pront. Local:

Data Nasc.: 10/12/1997

Idade Pac.: 20 Anos, 7 Meses e 27 Dias.

RG:

Endereço: SÍTIO - LAGOA DE DENTRO

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: TRIUNFO

Nome da Mãe: ZELIA NUNES DE LIMA SILVA

Cartão SUS: 706809709808520

Data e Hora da Recepção: 06/08/2018 11:50

Nº da Ficha: 76811

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 06/08/2018 12:06

Profissional da Pré-Consulta: 52 - REBECA LEANDRO DE MENEZES

COREN 2749932-PB

P.A.: ___ X ___ mmHg Peso: ___ Kg Temperatura: ___ °C Estatura: ___ cm Per. Cefálico: ___ Per. Torácico: ___ Glicemia: ___ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE DEU ENTRADA NA UNIDADE PELO SAMU-PI COM DOR E DEFORMIDADE NO MIE APÓS QUEDA DE MOTO

Medicamentos em Uso:

OBS: REALIZADO TILATIL PELO SAMU

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

06/08/2018 12:02:04 JOSE BATISTA DA SILVA

Intervenção de acidente de moto com
dor no corpo e dor forte no corpo com
consequência, 12/12/18.

Transferência para AD
para o Serviço E de 12:25
Transferência para H2 S. Saúde

Repare Sistema de Oliveira
Móvel em Emergência
COREN-PB 211378

Encaminhada ao município de origem 13:25h
Equipe de Triunfo.

X

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 225124-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"
RUA CEL. MARCOS, 225 - CENTRO - CEP: 58703-000 - FONE: (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 17/09/2018 11:49:31

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

[2018-003150] EMDL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHA68319-475H

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiwb.gov.br>

10 DEZ. 2018



GOVERNO
DA PARAÍBA

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PRINCESA ISABEL - PB

TRANSFERÊNCIA

Nome: _____

Destino: _____ Data e Hora da Admissão: ____/____/____ às ____:____h

Contato Prévio _____ Data e hora da Transferência: ____/____/____ às ____:____h

HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME CLÍNICO

Admite-se ao ac. de modo que se encontra
no corpo forte dores em HIE

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA / HORÁRIO

Paracetamol 40 x AD — 12

EXAMES REALIZADOS / RESULTADOS

Na de Hemur sp e fígado

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Problema crônico de 1º membro do
braço

OBSERVAÇÕES: _____

Assinatura e Carimbo do Médico: _____

UPA 24h PRINCESA ISABEL-PB

CQM 2045

10 DEZ. 2018