
Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184554

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184554

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000042993-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 497.696.344-68 4 - Nome completo da vítima: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA

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

5 - Nome completo: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA 6 - CPF: 497.696.344-68
7 - Profissão: DIVULGADORA 8 - Endereço: RUA ODILON LÚCIO DE SOUZA 9 - Número: 16 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANGABEIRA I 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-420
15 - E-mail: isanetemeira@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99166-9485

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1909 CONTA: 00042993 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 13 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CATXA ECONOMICA FEDERAL
CATXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

08/05/2020 HORA: 09:21:48
DATA EFETIVACAO: 08/05
CONJUNTO: 000606340
OPERADOR: cm

AGENCIAMENTO: 1909
CONTA: 013.00042993-3
NOME: TSANETE DE ARAUJO MEIRA
VALOR: 10,00
COD OPERACAO: 660536738

DISQUE CATXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

SAL. CATXA: 0800 726 0101 (informacoes,
reclamacoes, sugestoes e elogios)

Para pessoas com deficiencia auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02127.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02127.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:18 horas do dia 23 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Isanete de Araujo Meira**, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido(a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Dados do(s) Fatos:

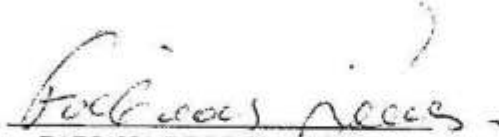
Local: Av. Josefa Távora, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

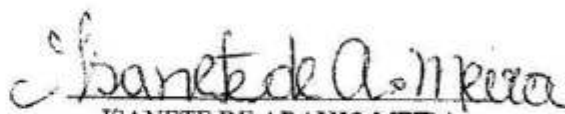
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ISANETE DE ARAUJO MEIRA
Noticiante

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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000042993-3

Nr. da Autenticação D915A0580A17C241



ISANETE DE ARAUJO MEIRA
R ODILON LUCIO DE SOUZA 16
MANGABEIRA
58056-420 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em Braille, ligue 1052
Para deficientes auditivos, ligue 08000352323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	54,99
2. Itens Adicionais	R\$	11,99
Total	R\$	66,98

Período de Uso
de 21/03/2020 a 20/04/2020

Vencimento
15/05/2020

Valor pago na última conta: R\$ 54,99

1. Plano Contratado	83 99166 9485	Valor R\$
Oferta Conjunta Claro MIX		64,99
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)		-10,00
Desconto promocional		
Serviços incluídos no seu Plano		
Pacote de Dados Controle 4GB		

Sub Total - Plano Contratado

R\$ 54,99

2. Itens Adicionais

83 99166 9485

Pacote adicional de internet - 300MB

R\$ 11,99

Sub Total - Itens Adicionais

R\$ 11,99

Total a Pagar

R\$ 66,98

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassadas ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1321 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Assentação Mecânica

Para uso do banco



Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Código Débito Automático

123994967

Claro NE DDD 81 a 89

Período de Uso
21/03/20 a 20/04/20

Total
R\$ 66,98

Vencimento
15/05/20



96701118122-0

Assentação Mecânica: assinaturas não anulam, devem ser portadas para parte da fatura, para não duplicar o crédito de fatura.

EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA
RUA PROFª CARMEN MOREIRA COUTINHO, 1127 CASA - BANCARIOS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58052490 (AQ: 5)

CPF/CNPJ/INANI: 342.927.724-67

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Logradouro: MD MONFASICO
Número: 2 - 5 - 49 - 4140 Nº Medidor: 0008188119



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002160000



VALOR DA FATURA

R\$ 242,00



VENCIMENTO

13/04/2020



REFERÊNCIA

Abr / 2020



CONSUMO

279kWh

6,30 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS (%)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/PIS-Off (R\$)	Cofins (R\$)
0001	Consumo em kWh LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	279	0,810000	227,02	227,02	27	61,29	227,02	2,41
0007	CONTROLES E LUM. PÚBLICA			19,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2020			0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2020			4,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC	Código de Classificação de Item	TOTAL	242,00	227,02	61,29	227,02	2,41	11,14
	Tarifa de Tributos		0,545400					

RESERVADO AO FISCO

R\$1.7696.1608.815F.60d4.566F.1cc5.8e35.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Abr/19	252
Mai/19	260
Jun/19	226
Jul/19	236
Ago/19	244
Sep/19	242
Out/19	246
Nov/19	240
Dez/19	270
Jan/20	321
Fev/20	242
Mar/20	265
Abr/20	254

LEITURAS
Anterior 05/03/20 0893
Atual 04/04/20 0848
Consumo 279kWh
Período 30 dias
Constante do medidor

PRÓXIMA LEITURA
06/05/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa PE	55,73	24,21
Compra de Energia	24,52	10,13
Encargo de Transmissão	8,89	3,67
Encargos Setoriais	9,59	3,91
Impostos Diretos e Encargos	89,62	37,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	242,00	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 2/2020): R\$77,09

*Faturamento de Média Mensal

INDICADORES DE QUALIDADE

METAS	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas sem interrupção de energia - DDI	5,07	0,00	10,16	20,30
Voltagem e qualidade da energia - FQ	0,17	0,00	6,95	12,70
Duração da menor interrupção de energia no período - DMO	2,68			
Duração da interrupção individual em dias úteis - DDIU	12,22			

ATENÇÃO

Delegação de Qualidade Anual de Serviços: Conforme previsto na Lei 12.037 de 16 de julho de 2009, informamos a qualidade dos serviços referentes aos faturamentos e requisições de energia elétrica desta unidade consumidora verificada no período de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos faturamentos mensais dos últimos doze meses que se refere, e suas versões anteriores.

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CN e WhatsApp (83) 92135-5540.

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

Pelo exposto, eu

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 090.538.974 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Pequena, Carmen M. Coutinho</u>	Número: <u>112</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bom Jardim</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>haroldo.junior@gmail.com</u>	CEP: <u>58052-490</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 98811-1179</u>

Local e Data: João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante



VISTO EM: 23/11/17

[Assinatura]
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 351/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 28/072017, conforme requerimento nº 342/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 12h45min o/a Sr.(a) **ISANETE DE ARAUJO MEIRA** CPF: 497.696.344-68 vítima de acidente de trânsito (*atropelamento*), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira – João Pessoa/PB. Tendo como ponto de referencia a Caixa Econômica. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula: 514.900-2. Vítima consciente e orientada, com dores no membro superior e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Jânio Damião Carneiro de Alencar** - SGT BM Mat. 520.030-0, (*Jânio*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Assinatura]
JYMARSON DIEGO A. DE SOUSA
TELEFONE - FAX 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-6751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isanete de Araujo Meira

DATA DE NASCIMENTO 13/04/65

NOME DA MÃE Anete Maria de Araujo

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103344

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1016616

DATA DO ATENDIMENTO 28/07/17

HORA DO ATENDIMENTO 13:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular esquerda

CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento, com queixa de dor em ombro esquerdo, exame neurovascular normal, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular esquerda

ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

DATA DA EMISSÃO: 17/11/2017 (2ª via emitida em 04/10/19)


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

1. **Product Name:** [Product Name]
 2. **Product Code:** [Product Code]
 3. **Product Description:** [Product Description]
 4. **Product Category:** [Product Category]
 5. **Product Image:** [Product Image]
 6. **Product Price:** [Product Price]
 7. **Product Stock:** [Product Stock]
 8. **Product Status:** [Product Status]
 9. **Product Date:** [Product Date]
 10. **Product User:** [Product User]

Imprimer

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031001

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ISANETE DE ARAUJO MEIRA	BAE 1016616	Data/Hora Entrada 28/07/2017 13:15:30
Data de nascimento 13/04/1965	Idade 52	Sexo Feminino
Mão ISANETE MARIA DE ARAUJO		
Endereço ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENÍCIO, 60	Bairro ÁGUA FRIA	Município JOAO PESSOA
Acidente FOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO
Data/Hora Classificação 28/07/2017 13:15:30		Data/Hora Prescrição 28/07/2017 15:52:03

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERIODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIAO DE OMBRO ESQUERDO ULTIME EXAME NEUROVASCULAR NORMAL RX. LAC OD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO PELA S-1 CIRURGICO TIPOIA HEMI J ESQUERDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 150 OU PAS > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V. 12/12H

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
Médico
CRM-PB 20204

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRÚRGICO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: HEMIJ ESQUERDA)

Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
11-01-2024
MATHEUS MARSHO ENOMOTO
(10204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-900

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ISANETE DE ARAUJO MEIRA		BAE 1016616	Data/Hora Entrada 28/07/2017 13:15:30	Idade Res.
Data de nascimento 13/04/1965	Idade 52	Sexo Feminino	CNS	Tela 400 (RG) 986500011
Mãe ANETE MARIA DE ARAUJO		Profissão		
Endereço ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENICIO, 60		Bairro ÁGUA FRIA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ		M. 10271 10271/PB
Data/Hora Classificação 28/07/2017 13:15:30		Data/Hora Prescrição 28/07/2017 13:35:28		

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO, COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO, NEGA TRAUMA CRANIANO, NEGA DEFORMIDADE, REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CAIXA TORÁCICA A ESQUERDA, ABDOME SEM ALTERAÇÕES. PA: 220X100 SL. 1-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453



Hospital Estadual de Pernambuco



Hospital Estadual de Pernambuco
Serviço de Atendimento à Saúde



GOVERNO
DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

AV. ORESTES LUCENA, 100 - FLORESTA
CINELAS 51212-210 - PE

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA			Impressão por
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52	QUEM O PACIENTE
Tempo de internação	4d 19h 10min	Sexo	Feminino	Em
		Diagnóstico	SUS	
		Data Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30	
		Planta	103344	
		Planta	DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRUNO GUEDES WANDERLEY - 02/08/2017 12:35:10)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR SEM
INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM

Localização: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0015

Profissional responsável pela informação: BRUNO GUEDES WANDERLEY

Número Conselho: 7940

BRUNO GUEDES WANDERLEY
Médico
CRM - PE 220



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

6 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

7 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

8 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

9 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

10 - DIAGNÓSTICO INICIAL

11 - CID 10 PRIMÁRIO

12 - CID 10 SECUNDÁRIO

13 - CID 10 OUTRAS DOENÇAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

15 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agulha de pleuro 50-001

Fio de Kirschner 2.0-001

Glauber M. Nery
Nº 120

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DOCUMENTO

25 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco de Assis Silva BH Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____

Clinica/Setor: _____ FAP: _____ LP: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Alisson 1º Assistente: Dr. R. R. R.

2º Assistente: Dr. Elton (R2) 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesiista: Dr. T. T.

Tipo de Anestesia: Gaseosa Intubação: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>- Lesão crânio cervical</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- Tratamento cirúrgico de lesão crânio cervical</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____


M. Novais Almeida
Médico
CRM-PB 9120

João Pessoa, 02/08/16

10

ROSENBERG, ALBERT
10. - 1940



HOSPITAL
SANTA CRUZ

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HIST. N.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito dorsal sob prisma
- 2 - Anestesia + Antissepsia
- 3 - Afirmação de campo cirúrgico

Incisão:

- 4 - Incisão na pele
- 5 - Dissecção por planos
- 6 - Hemostasia cirúrgica

Achados:

- 7 - Duração Acromioclavicular

Conduta:

- 8 - Realização das incisões paralelas em glândula deital
- 9 - Hipertrofia + formação subcutânea com fio Ethon 5.0
- 10 - fixação da articulação acromioclavicular com fio KC 2.5 sob escopia

Fechamento:

- 10 - Sutura por planos
- 11 - curativa estéril
- 12 - Rx de controle

Observação:

- 13 - Tapaio RT

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - RJ 5720

João Pessoa, 02/08/97

Médico/CRM:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISORA UF 3335861 ESF PB	
CPF 090.538.974-37	
DATA NASCIMENTO 09/06/1992	
FILIAÇÃO HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA	
PROFISSÃO []	
ACD []	
CAT. HAB A11	
Nº REGISTRO 05321633290	
VALIDADE 28/06/2021	
1ª HABILITAÇÃO 07/10/2011	
OBSERVAÇÕES A 7	
Assinatura do Titular Haroldo Pereira de Oliveira Junior	
ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 28/06/2016	
15394835504 PB032810172	
DETRAN PB (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1280729771

PROIBIDO PLASTIFICAR

1280729771



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudó nº 03.01.06.112017.30774

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

Isanete de Araújo Meira
02/04/18.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 695417 Laudo nº: 03.01.06.112017.30774

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 23/11/2017 Hora do exame: 16:29

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital. nº da Solicitação: 405/2017
Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: ISANETE DE ARAUJO MEIRA, 52anos, sexo: Feminino Raça/cor: filho(a) de: Inácio de Almeida Meira e de: Anete Maria de Araújo, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Boa Vista/PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: A pericianda relata que foi vítima de acidente de trânsito em 28.07.2017. Encontra-se em tratamento fisioterápico.

DESCRIÇÃO: O exame do membro superior esquerdo, incluindo região clavicular, revela cicatriz cirúrgica em região anterior do ombro esquerdo, de disposição oblíqua, medindo aproximadamente 9 cm. O exame funcional revela limitação do movimento de elevação e abdução desse membro. Trouxe laudo médico emitido em 17.11.2017 pelo Dr. Juan Jaime CRM 3323, onde consta admissão no Hospital de Traumas em 28/07/2017, com diagnóstico de luxação acrômio clavicular esquerda, cujo tratamento foi cirúrgico. Trouxe ainda laudo médico emitido em 27/10/2017 pelo Dr. lauri F. C. Júnior, com relato de tratamento cirúrgico de luxação acrômio clavicular esquerda, com evolução com queixas álgicas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

QUESTOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODERÁ. REALIZAR EXAME COMPLEMENTAR APÓS 90 DIAS. TRAZER LAUDO ATUALIZADO DE MÉDICO ORTOPEDISTA, RELATANDO SITUAÇÃO DA LESÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? PODERÁ. VER RESPOSTA DO QUESITO 4.
- 10) Provocou aborto? NÃO

Dr(a). Antônio Vieira de Moura

Antônio Vieira de Moura
Médico Legista
CRM 157.609-2



Requisição de exame nº 405/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB

João Pessoa (PB), 23 de NOVEMBRO de 2017.

OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência
02127.01.2017.1.00.420

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

ISANETE DE ARAUJO MEIRA, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido (a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Histórico Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h.

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

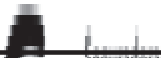
Observações:

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

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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184554

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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.

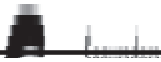
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184554

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000042993-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 497.696.344-68 4 - Nome completo da vítima: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA

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

5 - Nome completo: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA 6 - CPF: 497.696.344-68
7 - Profissão: DIVULGADORA 8 - Endereço: RUA ODILON LÚCIO DE SOUZA 9 - Número: 16 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANGABEIRA I 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-420
15 - E-mail: isanetemeira@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 99166-9485

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:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 00042993 3 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (nascer) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 13 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CATXA ECONOMICA FEDERAL
CATXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

08/05/2020 HORA: 09:21:48
DATA EFETIVACAO: 08/05
CONJUNTO: 000606340
OPERADOR: cm

AGENCIA: 1909
CONTA: 013.00042993-3
NOME: TSANETE DE ARAUJO MEIRA

VALOR: 10,00

COD OPERACAO: 660536738

DISQUE CATXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVIS
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUT
OS

SA: CATXA: 0800 726 0101 (informacoes,
reclamacoes, sugestoes e elogios)

Para pessoas com deficiencia auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02127.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02127.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:18 horas do dia 23 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Isanete de Araujo Meira**, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido(a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Dados do(s) Fatos:

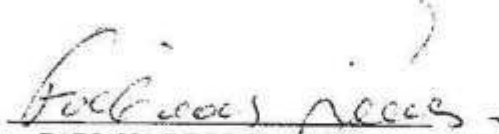
Local: Av. Josefa Távora, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

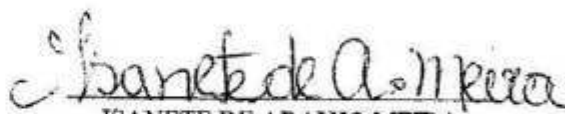
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


ISANETE DE ARAUJO MEIRA
Noticiante

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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000042993-3

Nr. da Autenticação D915A0580A17C241



ISANETE DE ARAUJO MEIRA
R ODILON LUCIO DE SOUZA 16
MANGABEIRA
58056-420 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em Braille, ligue 1052
Para deficiente auditivo, ligue 08000352323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	54,99
2. Itens Adicionais	R\$	11,99
Total	R\$	66,98

Período de Uso
de 21/03/2020 a 20/04/2020

Vencimento
15/05/2020

Valor pago na última conta: R\$ 54,99

1. Plano Contratado 83 99166 9485

Valor R\$

54,99

Oferta Conjunta Claro MIX
Aplicativos Digitais
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)
Desconto promocional

-

-10,00

Serviços incluídos no seu Plano
Pacote de Dados Controle 4GB

R\$ 54,99

Sub Total - Plano Contratado

2. Itens Adicionais

83 99166 9485

Pacote adicional de internet - 300MB

R\$ 11,99

R\$ 11,99

Sub Total - Itens Adicionais

R\$ 66,98

Total a Pagar

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassadas ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1321 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Assinatura Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente
ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Código Débito Automático
123994967

Claro NE DDD 81 a 89

Período de Uso
21/03/20 a 20/04/20

Total
R\$ 66,98

Vencimento
15/05/20



96701118122-0

Assinatura Mecânica substitua pelo número, digite ou pinte a parte da fatura, para não duplicar o código de barras.

EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA
RUA PROFª CARMEN MOREIRA COUTINHO, 1127 CASA - BANCARIOS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58052490 (AQ: 5)

CPF/CNPJ/INANI: 342.927.724-67

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Logradouro: MD MONFASICO
Número: 2 - 5 - 49 - 4140 Nº Medidor: 0008188119



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002160000



VALOR DA FATURA

R\$ 242,00



VENCIMENTO

13/04/2020



REFERÊNCIA

Abr / 2020



CONSUMO

279kWh

6,30 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Total	Base (R\$)	Calc. ICMS	Alíq (%)	ICMS Base	Valor (R\$)	Calc. PIS/COFINS	Alíq (%)	PIS/COFINS Base	Valor (R\$)
0001	Consumo em kWh	279	0,810000	227,02	227,02	27	12,00	41,29	227,02	2,41	11,14	11,14	11,14
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0004	CONTROLES E LUM. PÚBLICA			19,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2020			0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2020			4,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC	Código de Classificação de Item	TOTAL	242,00	227,02	41,29	227,02	2,41	11,14
Tarifa de Tributos	0,545400							

RESERVADO AO FISCO

R\$1.7696.1608.815F.60d4.566F.1cc5.8e35.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



LEITURAS

Anterior 05/03/20 0893

Atual 04/04/20 0848

Consumo 279 kWh

Período 30 dias

Constante do medidor

PRÓXIMA LEITURA

06/05/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energ. P.E.	55,73	24,71
Compra de Energia	24,52	10,13
Serviço de Transmissão	8,89	3,67
Encargos Setoriais	9,59	3,97
Impostos Diretos e Encargos	83,62	34,72
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	242,00	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 2/2020) R\$77,09

* Exatidão da Med. Síntese

INDICADORES DE QUALIDADE

METAS	REALIZADO	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas sem interrupção de energia - DDI	5,07	0,00	10,16	20,30
Horas sem interrupção de energia - FID	0,17	0,00	6,95	12,70
Duração da menor interrupção de energia no período - DMO	2,68			
Duração da interrupção individual em dias (máx.) - DDI	12,22			

ATENÇÃO

Delegação de Qualidade Anual de Serviços: Conforme previsto na Lei 12.037 de 16 de junho de 2009, informamos a qualidade dos serviços prestados aos consumidores, segundo a avaliação da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) para o ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as que seriam os documentos mensais dos índices do ano a que se refere, e das anteriores.

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CN e WhatsApp (83) 92135-5540.

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

Pelo exposto, eu

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 090.538.974 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Pequena, Carmen M. Coutinho</u>	Número: <u>112</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bom Jardim</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>haroldo.junior@gmail.com</u>	CEP: <u>58052-490</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98811-1179</u>

Local e Data:

João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante



VISTO EM: 23/11/17

[Assinatura]
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 351/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 28/072017, conforme requerimento nº 342/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 12h45min o/a Sr.(a) **ISANETE DE ARAUJO MEIRA** CPF: 497.696.344-68 vítima de acidente de trânsito (*atropelamento*), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira – João Pessoa/PB. Tendo como ponto de referencia a Caixa Econômica. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula: 514.900-2. Vítima consciente e orientada, com dores no membro superior e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Jânio Damião Carneiro de Alencar** - SGT BM Mat. 520.030-0, (*Jânio*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Assinatura]
JYMARSON DIEGO A. DE SOUSA
TELEFONE: 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-6751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isanete de Araujo Meira

DATA DE NASCIMENTO 13/04/65

NOME DA MÃE Anete Maria de Araujo

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103344

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1016616

DATA DO ATENDIMENTO 28/07/17

HORA DO ATENDIMENTO 13:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular esquerda

CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento, com queixa de dor em ombro esquerdo, exame neurovascular normal, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E.

TRATAMENTO:

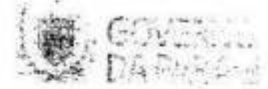
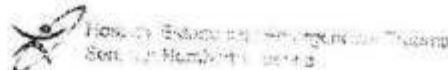
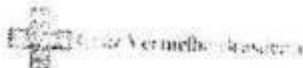
Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular esquerda

ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

DATA DA EMISSÃO: 17/11/2017 (2ª via emitida em 04/10/19)


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel.: 3332165700

Boletim de Atendimento: 1016616



Identificação do paciente

ID: 1194414
 Nome: ISANETE DE ARAUJO MEIRA
 Sexo: Feminino
 Data de nascimento: 13/04/1966
 Idade: 52 anos 3 meses 15 dias
 Estado civil: Casado
 Religião: Católico
 Mãe: ANETE MARIA DE ARAUJO
 Paternidade: IRMAO DE ALMEIDA MEIRA
 Paternidade: IRMAO(A): IRMAO(A)
 RG (IDENTIDADE): 33
 Número do documento: 986509212
 Tipo de documento: RG (IDENTIDADE)
 Local de procedência: MANGABEIRA
 Tipo: BAIRRO
 UF: PB
 Endereço: BOA VISTA
 CEP: 58053032
 Município de residência: JOAO PESSOA
 UF: PB
 Número: 60
 Complemento: ESTUDANTE THIAGO OZAMAN ALCANTARA BENSER
 Rua: AGUA FRIA

Endereço

CEP: 58053032
 Município de residência: JOAO PESSOA
 UF: PB
 Número: 60
 Complemento: ESTUDANTE THIAGO OZAMAN ALCANTARA BENSER
 Rua: AGUA FRIA

Admissão

Data e hora: 28/07/2017 13:15:30
 Número do paciente: 1000004180721
 UF: PB

Especialidade: CIRURGIA GERAL
 Classificação do caso:

Caracter de atendimento:

Motivo do atendimento: ATROPELAMENTO
 Origem do paciente: RUA
 Descrição do acidente: MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Plano de saúde: Não
 Meio de transporte: RESGATE - BOMBEIROS
 Tipo de atendimento: Não
 Tipo de atendimento: Não
 Tipo de atendimento: Não

Sinais Vitais

PA: 220 x 100 mmHg
 FC: 100
 Temperatura: 37,1
 SPO2: 98

Exames complementares

Raio X [], Sangue [], Urina [], TC [], Liqueur [], ECG [], Ultrassonografia []

Lesão cutânea de atropelamento
 consciente, orientada, não H/S, D
 alergia, segue com cuidados.

Atendido por: LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Tempo: 01min 14seg

Imprimir

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031000

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ISANETE DE ARAUJO MEIRA	BAE 1016616	Data/Hora Entrada 28/07/2017 13:15:30
Data de nascimento 13/04/1965	Idade 52	Sexo Feminino
Mão ISANETE MARIA DE ARAUJO		
Endereço ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENICIO, 60	Bairro ÁGUA FRIA	Município JOAO PESSOA
Acidente FOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO
Data/Hora Classificação 28/07/2017 13:15:30		Data/Hora Prescrição 28/07/2017 15:52:03

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERIODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIAO DE OMBRO ESQUERDO ULISSE EXAME NEUROVASCULAR NORMAL RX. LAC OD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO FOLHA + RX CIRURGICO TIPOIA HEMI J ESQUERDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 150 OU PAS > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
Médico
CRM-PB 20204

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRÚRGICO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: HEMI J ESQUERDA)

Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
11-01-2024
MATHEUS MARSHO ENOMOTO
(10204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-900

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ISANETE DE ARAUJO MEIRA		BAE 1016616	Data/Hora Entrada 28/07/2017 13:15:30	Local Recebimento 10271/PB
Data de nascimento 13/04/1965	Idade 52	Sexo Feminino	CNS 00000000000000000000000000000000	Tela de Exatidão (R3) 986500011
Mãe ANETE MARIA DE ARAUJO				
Endereço ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENICIO, 60		Bairro ÁGUA FRIA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ		M. B. 10271/PB
Data/Hora Classificação 28/07/2017 13:15:30		Data/Hora Prescrição 28/07/2017 13:35:28		

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO, COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO, NEGA TRAUMA CRANIANO, NEGA DOR EM VÔMITO, REFEPE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CAIXA TORÁCICA A ESQUERDA, ABDOME SEM ALTERAÇÕES, PA: 220X100 SL, 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-



Hospital Estadual de Pernambuco



Hospital Estadual de Pernambuco
Serviço de Atendimento à Trauma



AV ORESTES LIDÓRIA DINIZ PEREIRA RIBEIRO
CINEL 0121221-701

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA	Boletim de Atendimento	1016616	Data Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30	Impressão por	QUEDES WANDERLEY
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52	Sexo	Feminino	Em	02/08/2017
Tempo de Internação	4d 19h 10min	Diagnóstico	SUS	Plantão	No	Prontuário	103344
						Plantão	DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRUNO GUEDES WANDERLEY - 02/08/2017 12:35:10)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM

Localização: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0015

Profissional responsável pela informação: BRUNO GUEDES WANDERLEY

Número Conselho: 7940

BRUNO GUEDES WANDERLEY
Médico
CRM - PE 220



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

27 - CID-10 PRIMÁRIO

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*Agulha de pleuro 50-001
Fio de Kirschner 2.0-001*

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF

*Glauber M. Nery
CRM 15.000
R20*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco de Assis Silva BH Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____

Clinica/Setor: _____ FAP: _____ LP: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Alisson 1º Assistente: Dr. R. R. R.

2º Assistente: Dr. Elton (R2) 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesiista: Dr. T. T.

Tipo de Anestesia: Gaseira Intubação: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório

CID

- Lesão crânio cervical

Procedimentos Cirúrgicos

Código

- Tratamento cirúrgico de lesão crânio cervical

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. M. Novais Miranda
Médico
CRM-PB 9120

João Pessoa, 02/08/18

12

Rosario D. S. L. S.
no. - 100000

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito dorsal sobre prateleira
- 2 - Anestesia + Antissepsia
- 3 - Afiação de Canção cirúrgica

Incisão:

- 4 - Incisão na pele
- 5 - Dissecção por planos
- 6 - Hemostasia cirúrgica

Achados:

- 1 - Duração Acromioclavicular

Conduta:

- 2 - Realização das incisões paralelas em
- 3 - Hemostasia + Antissepsia
- 4 - Hemostasia + Antissepsia
- 5 - Hemostasia + Antissepsia
- 6 - Hemostasia + Antissepsia
- 7 - Hemostasia + Antissepsia
- 8 - Hemostasia + Antissepsia
- 9 - Hemostasia + Antissepsia
- 10 - Hemostasia + Antissepsia
- 11 - Hemostasia + Antissepsia
- 12 - Hemostasia + Antissepsia
- 13 - Hemostasia + Antissepsia
- 14 - Hemostasia + Antissepsia
- 15 - Hemostasia + Antissepsia
- 16 - Hemostasia + Antissepsia
- 17 - Hemostasia + Antissepsia
- 18 - Hemostasia + Antissepsia
- 19 - Hemostasia + Antissepsia
- 20 - Hemostasia + Antissepsia
- 21 - Hemostasia + Antissepsia
- 22 - Hemostasia + Antissepsia
- 23 - Hemostasia + Antissepsia
- 24 - Hemostasia + Antissepsia
- 25 - Hemostasia + Antissepsia
- 26 - Hemostasia + Antissepsia
- 27 - Hemostasia + Antissepsia
- 28 - Hemostasia + Antissepsia
- 29 - Hemostasia + Antissepsia
- 30 - Hemostasia + Antissepsia
- 31 - Hemostasia + Antissepsia
- 32 - Hemostasia + Antissepsia
- 33 - Hemostasia + Antissepsia
- 34 - Hemostasia + Antissepsia
- 35 - Hemostasia + Antissepsia
- 36 - Hemostasia + Antissepsia
- 37 - Hemostasia + Antissepsia
- 38 - Hemostasia + Antissepsia
- 39 - Hemostasia + Antissepsia
- 40 - Hemostasia + Antissepsia
- 41 - Hemostasia + Antissepsia
- 42 - Hemostasia + Antissepsia
- 43 - Hemostasia + Antissepsia
- 44 - Hemostasia + Antissepsia
- 45 - Hemostasia + Antissepsia
- 46 - Hemostasia + Antissepsia
- 47 - Hemostasia + Antissepsia
- 48 - Hemostasia + Antissepsia
- 49 - Hemostasia + Antissepsia
- 50 - Hemostasia + Antissepsia
- 51 - Hemostasia + Antissepsia
- 52 - Hemostasia + Antissepsia
- 53 - Hemostasia + Antissepsia
- 54 - Hemostasia + Antissepsia
- 55 - Hemostasia + Antissepsia
- 56 - Hemostasia + Antissepsia
- 57 - Hemostasia + Antissepsia
- 58 - Hemostasia + Antissepsia
- 59 - Hemostasia + Antissepsia
- 60 - Hemostasia + Antissepsia
- 61 - Hemostasia + Antissepsia
- 62 - Hemostasia + Antissepsia
- 63 - Hemostasia + Antissepsia
- 64 - Hemostasia + Antissepsia
- 65 - Hemostasia + Antissepsia
- 66 - Hemostasia + Antissepsia
- 67 - Hemostasia + Antissepsia
- 68 - Hemostasia + Antissepsia
- 69 - Hemostasia + Antissepsia
- 70 - Hemostasia + Antissepsia
- 71 - Hemostasia + Antissepsia
- 72 - Hemostasia + Antissepsia
- 73 - Hemostasia + Antissepsia
- 74 - Hemostasia + Antissepsia
- 75 - Hemostasia + Antissepsia
- 76 - Hemostasia + Antissepsia
- 77 - Hemostasia + Antissepsia
- 78 - Hemostasia + Antissepsia
- 79 - Hemostasia + Antissepsia
- 80 - Hemostasia + Antissepsia
- 81 - Hemostasia + Antissepsia
- 82 - Hemostasia + Antissepsia
- 83 - Hemostasia + Antissepsia
- 84 - Hemostasia + Antissepsia
- 85 - Hemostasia + Antissepsia
- 86 - Hemostasia + Antissepsia
- 87 - Hemostasia + Antissepsia
- 88 - Hemostasia + Antissepsia
- 89 - Hemostasia + Antissepsia
- 90 - Hemostasia + Antissepsia
- 91 - Hemostasia + Antissepsia
- 92 - Hemostasia + Antissepsia
- 93 - Hemostasia + Antissepsia
- 94 - Hemostasia + Antissepsia
- 95 - Hemostasia + Antissepsia
- 96 - Hemostasia + Antissepsia
- 97 - Hemostasia + Antissepsia
- 98 - Hemostasia + Antissepsia
- 99 - Hemostasia + Antissepsia
- 100 - Hemostasia + Antissepsia

Fechamento:

- 10 - Sutura por planos
- 11 - Curativa estéril
- 12 - Rx de Controle

Observação:

- 13 - Tensão R.T.

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - RJ 5720

João Pessoa, 02/08/97

Médico/CRM:

100-D
20-V

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DO PARÁ
VIA DE CIVILIS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
15 DE SETEMBRO DE 1961

Clair de Almeida




VALIA EM 17/11/2010

105.135 - 2 VIA

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

INACIO DE ALMEIDA MEIRA
ANETE MARIA DE ARAUJO

MATERNIDADE
BOA VISTA-PB

NASC. N. 5134 PLS. 43 LIV. A 15
CARTEIRO BOA VISTA-PB
497.696.344-68

13/04/1965

ASSINATURA DO DETETIVE
LEONILDO DE ARAUJO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 3335861 EST PB	
CPF 090.538.974-37	
DATA NASCIMENTO 09/06/1992	
FILIAÇÃO HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA	
PROFISSÃO ACD	
ACD AB	
CAT. HAB AB	
Nº REGISTRO 05321633290	
VALIDADE 28/06/2021	
1ª HABILITAÇÃO 07/10/2011	
OBSERVAÇÕES A 7	
Assinatura do Titular Haroldo Pereira de Oliveira Junior	
ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 28/06/2016	
15394835504 PB032810172	
DETRAN PB (PARAIBA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1280729771

PROIBIDO PLASTIFICAR

1280729771



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudó nº 03.01.06.112017.30774

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

Isanete de Araújo Meira
02/04/18.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 695417 Laudo nº: 03.01.06.112017.30774

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 23/11/2017 Hora do exame: 16:29

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital. nº da Solicitação: 405/2017
Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: ISANETE DE ARAUJO MEIRA, 52anos, sexo: Feminino Raça/cor: filho(a) de: Inácio de Almeida Meira e de: Anete Maria de Araújo, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Boa Vista/PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: A pericianda relata que foi vítima de acidente de trânsito em 28.07.2017. Encontra-se em tratamento fisioterápico.

DESCRIÇÃO: O exame do membro superior esquerdo, incluindo região clavicular, revela cicatriz cirúrgica em região anterior do ombro esquerdo, de disposição oblíqua, medindo aproximadamente 9 cm. O exame funcional revela limitação do movimento de elevação e abdução desse membro. Trouxe laudo médico emitido em 17.11.2017 pelo Dr. Juan Jaime CRM 3323, onde consta admissão no Hospital de Traumas em 28/07/2017, com diagnóstico de luxação acrômio clavicular esquerda, cujo tratamento foi cirúrgico. Trouxe ainda laudo médico emitido em 27/10/2017 pelo Dr. lauri F. C. Júnior, com relato de tratamento cirúrgico de luxação acrômio clavicular esquerda, com evolução com queixas algícas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

QUESTOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODERÁ. REALIZAR EXAME COMPLEMENTAR APÓS 90 DIAS. TRAZER LAUDO ATUALIZADO DE MÉDICO ORTOPEDISTA, RELATANDO SITUAÇÃO DA LESÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? PODERÁ. VER RESPOSTA DO QUESITO 4.
- 10) Provocou aborto? NÃO

Dr(a). Antônio Vieira de Moura

Assinatura: Antônio Vieira de Moura
CRM: 157.609-2



Requisição de exame nº 405/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB

João Pessoa (PB), 23 de NOVEMBRO de 2017.

OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência
02127.01.2017.1.00.420

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

ISANETE DE ARAUJO MEIRA, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido (a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Histórico Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBÁ ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h.

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO 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 OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA, brasileira, solteira, divulgadora, portadora da Cédula de Identidade C.I n.º 1.105.135 2ª via SSP/PB, inscrita no CPF sob o n.º 497.969.344-68, residente e domiciliada na Rua Odilon Lúcio de Souza, n.º 16, Mangabeira I, nesta capital, CEP 58056-420.

OUTORGADO(S): HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JÚNIOR, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o n.º 20.960 e ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o n.º 19.591 ambos com escritório profissional situado na Rua Padre Meira, n.º 35, sala 403, 4º andar, Edifício Paraná, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-200.

PODERES: Concede poderes especiais aos outorgados para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento e apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder, seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade da outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados aos outorgados.

João Pessoa/PB, 13 de maio de 2020.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Isanete de Araújo Meira

ISANETE DE ARAÚJO MEIRA
OUTORGANTE

CARTÓRIO VB VIEIRA BATISTA	2º OFÍCIO DE NOTAS RUA PADRE MEIRA, 35 - JOÃO PESSOA - PB	SERVIÇO NOTARIAL 2º Ofício Distrital Rua Padre Meira de Araújo, Mangabeira João Pessoa - PB
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-016744		
Reconheço por autenticidade a firma de: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA		
Doutor, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 10/05/2020 09:43:30		
EMOL: R\$ 10,22 / FEE J: R\$ 2,04 / PARPEN: R\$ 0,30 / ISS: R\$ 0,61		
SELO DIGITAL: A.024158-9V		
Confira a autenticidade em http://selodigital.tpb.ju.br		
<i>Rosângela</i>		
ROSSYANGELA COELHO MARQUES BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZ		

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF: 497.696.344-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/07/2017

Titular do CPF: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR : 090.538.974-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISANETE DE ARAUJO MEIRA : 497.696.344-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020
Nome: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 090.538.974-37

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF: 497.696.344-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/07/2017

Titular do CPF: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR : 090.538.974-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISANETE DE ARAUJO MEIRA : 497.696.344-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020
Nome: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 090.538.974-37

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL