
Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: **TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **000001944-1**

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





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, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003518

Conta: 000001944-1

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

099.117.274-40 Tabita Barriessa dos Santos Muniz

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

Nome completo: Tabita Barriessa dos Santos Muniz CPF: 099.117.274-40
Profissão: Agricultora Rua Endereço: Agostinho Tomaz Número: 39 Complemento: casa
Bairro: Natalael Maia Cidade: Catole do Rocha Estado: PB CEP: 58884000
E-mail: emmanoela@hotmail.com.br Tel.(DDD): (83) 3421-8003 (83) 9.9855-9484 (87) 9.9999-9976

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (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: 3518 CONTA: 00001944 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
VIVOS: Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Catole do Rocha, 18/01/2019
Nome: Tabita Barriessa dos Santos Muniz
CPF: 099.117.274-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tabita Barriessa dos Santos Muniz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0140/2019

Aos **DEZESSETE (17)** dias do mês de **JANEIRO** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE (2019)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, **MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 15h:31min compareceu **GEOVANI DE LIMA**, brasileiro (a), solteira, data de nascimento 08/10/1972, RG: 1755080 SSDS/PB, CPF: 978.661.214-00, natural de Catolé do Rocha- PB, filho (a) de Carmelita Maria de Lima e de pai não declarado, residente na Rua Agostinho Tomaz, nº 39, bairro Natanael Maia, Catolé do Rocha /PB, Fone: (83) 9.9652-1524, A fim de prestar a seguinte ocorrência:

Que o (a) notificante afirma que, na data 03/10/2018, por volta das 17h:30min, seu filho (menor), **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES** (D.N. 04/01/2002), RG 4166200 SSDS/PB, CPF 121.955.634-35, conduzia uma motocicleta de marca/modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS**, Placa: **MOQ-7809/PB**, Renavam: 866680004, ano fab./modelo: 2005/2006, cor: **PRETA**, chassi: **9C2KC08106R820898**, Licenciada em nome de Wilson Alves da Silva, e a namorada de Wilson Victor de Lima Alves, de nome **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ** (D.N.04/01/1994), RG 3729576 SSDS/PB, CPF 099.117.274-40, ia na garupa da referida moto, quando, na rua Francisco Maia, na cidade de Catolé do Rocha/PB, um veículo não identificado, colidiu na moto em que seu filho pilotava, e se evadiu do local, sem prestar socorro; que **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES**, foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros Militar da cidade de Catolé do Rocha/PB, e **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**, foi socorrida pelo SAMU da cidade de Catolé do Rocha/PB; que ambos foram conduzidos ao Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos, localizado na cidade de Catolé do Rocha/PB; que devido o acidente, **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES**, teve fraturas em três dedos da mão, **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**, teve fratura no braço esquerdo.

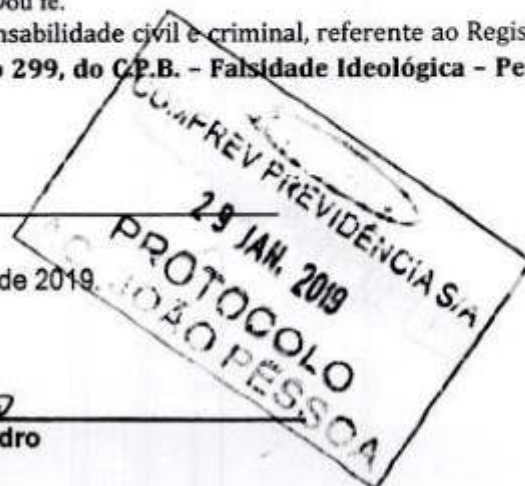
Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Geovani de Lima

Patos/PB, 17 de Janeiro de 2019.

Ana Mª da C. Leandro
Policial Civil
Mat: 138.428-7



Autentico a presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 23/01/2019 10:54:41
Djalma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2019-001299] EML:R\$ 2,40 FAPEN:R\$ 0,29 FEPP:R\$ 0,50 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: A1831213-J801
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
099.117.274-40 Tabita Barriessa dos Santos Muniz

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

Nome completo: Tabita Barriessa dos Santos Muniz CPF: 099.117.274-40
Profissão: Agricultora Rua Endereço: Agostinho Tomaz Número: 39 Complemento: casa
Bairro: Natalael Maia Cidade: Catole do Rocha Estado: PB CEP: 58884000
E-mail: emmanoela@hotmail.com.br Tel.(DDD): (83) 3421-8003 (83) 9.9855-9484 (87) 9.9999-9976

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (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: 3518 CONTA: 00001944 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
VIVOS: Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Catole do Rocha, 18/01/2019
Nome: Tabita Barriessa dos Santos Muniz
CPF: 099.117.274-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Tabita Barriessa dos Santos Muniz
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

2º Nome: _____
CPF: _____

PROTÓCOLO
29 JAN. 2019
DA PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DA PARAÍBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL



GOVERNO DA PARAÍBA
o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA

UF: PB

Atendimento: CONSULTA - CONSULTA SIMPLES (CLINICO)

Paciente: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Mae: MARIA DORGVANIA DOS SANTOS

Nascimento: 04/01/1994 Idade: 24

Cor: PARDA

Sexo: F

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereço: RUA SENADOR RUI CARNEIRO

Bairro: CORRENTE

Num.: SN
Fone: (83)99823-9881

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306

CNS: 165-9273-1231-0004

Identidade: 3.729.576 SSP PB

CPF: Reg. Nasc:

Data / Hora: 03/10/2018 17:52:07

Recepcionista: ANA R. DE S. FERREIR

Ficha Número: 48912

SPO 2: 98

FC: 420

TEMP: 36,5

HGT: 1,60

PA: 30,8

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Ref: Ref: 98-0001-60
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

101

03/10/18 18:50
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

01 - ELETIVO 02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS
PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO
1. PRESCRITA
2. APLICADA
ENCAMINHAMENTO
OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL
RESIDÊNCIA
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

LIVALDINO CARNEIRO DA COSTA NETO - 5188-PB - 203-8345-0008-4001

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

05007

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 02.10.2018	OCORRÊNCIA Nº 0032	PACIENTE / USUÁRIO Tatiana Larissa dos Santos Muniz	IDADE 074	SEXO ☐ MASC. ☒ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Rua Francisco Maia		BAIRRO Centro	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☒ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	colisão moto x moto
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAÇÕES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R.C.R. RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

* Dor aguda em M.S.E.

Livelihood Luiz da Costa Neto
CRM: 108.5457
CPF: 025.501.014-13

DADOS VITAIS

VAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30lpm ☒ <30lpm / PULSO RADICAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 130 x 80 FC: 120 FR: 24 TEMP: °C GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2aO2: 98 SpO2cO2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ansiedade | ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAAs | ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz |
| ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | ☐ Disreflexia Autônoma | ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz |
| ☐ Comunicação Verbal Prejudicada | ☒ Dor Aguda | ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz |
| ☐ Confusão Aguda | ☐ Hipertermia | ☐ Termoregulação Ineficaz |
| ☐ Deambulação Prejudicada | ☐ Hipotermia | ☐ Troca de Gases Prejudicada |
| ☐ Débito Cardíaco Diminuído | ☐ Integridade da Pele Prejudicada | ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada |
| ☐ Náusea | ☐ Integridade Tissular Prejudicada | ☐ Volume de Líquidos Deficientes |
| ☐ Constipação | ☐ Medo | ☐ Volume de Líquidos Excessivos |
| ☐ Incontinência Intestinal | ☐ Intolerância a Atividade | ☐ Retenção Urinária |
| ☐ Eliminação Urinária Prejudicada | ☐ Mucosa Oral Prejudicada | ☐ Percepção Sensorial Prejudicada |
| ☐ Padrão Respiratório Ineficaz | ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz | ☐ Interação Social Prejudicada |
| ☐ Outros | | |

INTERVENÇÕES

Monitorar e E.E. Análise primária e secundária
Prescrição Remédio / Reparação

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente vítima de acidente de motocicleta, encontra-se no posto de atendimento, com lesões, queixando-se de dor de porte intenso no M.S.E. com imobilização de M.S.E. com gesso rígido + C.C., regulam-se medicação, observando a evolução e retorno ao HRTD com internação.

PROTÓTIPO
PROTESSCA
29 Jan 2019

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 Jelco N°20

- Tala de Imobilização

03 S.R.L.

- Algodão

03 ABD

- GPT

02 Amp. Dipirona Sódica.

E.C.G

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL-"AMBU")

☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA

☐ CÂNULA OROFARÍNGEA

☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA

☐ OUTROS: _____

☐ PUNÇÃO VENOSA

☐ TALAS/TRAÇÃO

☐ OROTRAQUEAL

☐ Sonda GÁSTRICA

☐ RESPIRADOR

☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS

☐ DRENAGEM TORÁCICA

☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (02)

☐ Sonda VESICAL

☐ SEDAÇÃO

☐ CURATIVO

☐ COLAR CERVICAL

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

* A.V.D. + S.R.L.

* Dipirona Sódica - 3g / EV + ABD - 10ml - Injeção lenta

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____

ENFERMEIRO(A): André Luiz

COREN: André Luiz MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____

COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: Daniel

COREN: _____ MAT: _____



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: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 472772B5573383B3

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: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 6B9B51905E821B7A

MARIA RAIMUNDA NETA
RUA ADOLFO TOMAZ, 38 - NATASAL, IMA
CATELE DO ROCHA / PB CEP: 58384-000 (A3: 345)

Emissão: 17/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 5/230, Km25 - Cota Rede Inter. Jato Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 17 - 245 - 110 - 2600 Nº medidor: 000854812



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.085.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.423-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.101.275
Cód. para 24h Automático: 0000389747

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	27/09/2018	29/10/2018	025.843.964-69

UC (Unidade Consumidora): 5/538974-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 10 - criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/09/18	6483	27/09/18	6709	1	226	28

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Ala (R\$)	Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Cofins (R\$)
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30.000	0.221350	6.64	8.44	27	2.38	9.44	0.27
0802	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70.000	0.483950	33.78	33.78	27	9.11	33.78	0.27
0803	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	116.800	0.723460	83.92	83.92	27	22.86	83.92	0.69
0804	Adic. B. Vermehe			11.43	11.43	27	3.09	11.43	0.29
0810	Subsídio			58.80	58.80	27	15.92	58.80	0.47
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			17.30	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORA 07/2018			0.24	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0.12	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2018			2.37	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2018			2.38	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0.11	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0.08	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0806	Derrogação Subsídio			-40.18	0.00	0	0.00	0.00	0.00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 178.63 188.19 52.38 188.15 1.56 7.28

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
188	21/10/2018	R\$ 178,63

Histórico do Consumo (kWh)

170 | 184 | 207 | 184 | 130 | 222 | 177 | 170 | 199 | 176 | 195 | 195
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

fba7.12a8.e617.5d30.53d4.dbf8.6f15.980d.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	8.27	0.00	NOMINAL	Serviço de Dist. de Energia/PB	30.73	17.19
DIC TRIMESTRAL	12.54			Conta de Energia	51.42	28.79
DIC ANUAL	25.08			Serviço de Transmissão	4.78	2.68
FIC TRIMESTRAL	3.42	0.00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	7.27	4.07
FIC ANUAL	9.25		UNITE ACERVO	Impostos Diretos e Encargos	84.43	47.27
DIC TRIMESTRAL	13.70		UNITE SUPERIOR	Outros Serviços	0.00	0.00
DIC ANUAL	3.71					
DIC TRIMESTRAL	12.22	0.00		Total	178.63	100.00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$40,18.
Resolva Tarifa - Vigência 26/09/18 - Res. ANEEL nº 2.438 - Baixa Renda 15.41% Média.
Resolva Tarifa - Vigência 26/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 15.75% Média.

Faturas em atraso

29 JAN. 2019
PROTOCOLADO
Pessoa

energisa PARAIBA

Roteiro: 17 - 245 - 110 - 2600
Matrícula: 538974-2018-09-8

VENCIMENTO 21/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 178,63

83680000001-7 78630054000-6 05389742018-7 09800245019-9





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
02892885.7

N° Documento: 20181228928857 ESCRITÓRIO PATOS

MATRÍCULA
02892885.7

CLIENTE
DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO

CPF/CNPJ:
041.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
19/12/2018

INSCRIÇÃO
075.005.420.0056.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB 58704-380

FATURA
12/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO
ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

11/2018 -	10	10/2018 -	9
09/2018 -	14	08/2018 -	17
07/2018 -	14	06/2018 -	22-FF
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	9	R	53014

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	CONSUMO/DIA (M³)
743	752	9	30
07/11/2018	07/12/2018	N°Hm: Y13N713469	0,30

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

9 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos FIP e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 3,58

TOTAL R\$ 37,91

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/12/2018



CAGEPA

MATRÍCULA
02892885.7

INSCRIÇÃO
075.005.420.0056.000

NÃO RECEBER APÓS
31/12/2019

VENCIMENTO 19/12/2018

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 525

FIRMA: 2

82630000000-5 37910010075-7 02892885701-1 12201850003-5

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tabita Lázara dos Santos Menezes inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.117.274 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Tabita Lázara dos Santos Menezes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.117.274 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☒ 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 RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELO HORIZONTE	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58700-000
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003		Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976

Paté de Rocha, 18 de Janeiro de 2019
Local e Data

Emmanoela S.P.V.S. Araújo
Assinatura do Declarante





GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ, RG 3.729.576 SSP/PB**, residente e domiciliada na Rua: Senador Rui Carneiro – Catolé do Rocha – PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Livaldino Luiz da Costa Neto – CRM/5457, no dia 03 de Outubro de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de colisão carro com moto, foram feitos os primeiros procedimentos e ficando em observação, e a mesma vindo sendo Transferida para o Hospital Regional de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

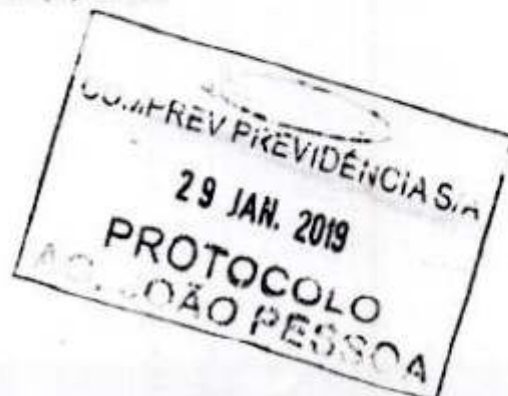
As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen R. de M. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 480924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Católé do Rocha – PB, 22 de Outubro de 2018.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com – Tel. (83)3441-2280



Nome: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Leito: _____

03.10.17

SINAIS VITAIS

Data

COM. PREVIDENCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. DA PESSOA

ENCAMINHAMENTO

Nome do paciente Talita Brito da Silva
e na(o) Católe do Rocha
lo de Hospital Regional
le de P.B.

JUSTIFICATIVA

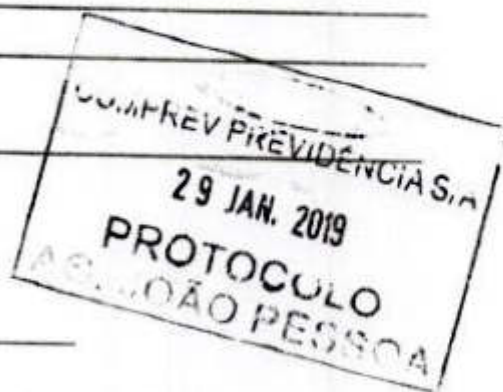
OBSERVAÇÕES

Assinatura do Acompanhante:

Assinatura do Profissional:

Dr. Livaldino Luiz da C. Neto
CRM: 5457
CPF: 025.501.01

Assinatura e carimbo do profissional



Católe do Rocha - PB, 29/10/17



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	13108	PRONTUÁRIO	7980
DATA	12/10/2018	HORA	15:43
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	MMAIA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)		
PACIENTE	TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ	IDADE	24a 9m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DORGIVANIA DOS SANTOS		
FILIAÇÃO II	UBIRATAN FERREIRA MUNIZ		
CIDADE	CATOLE DO ROCHA PB	58884000	
ENDEREÇO	RUA AGOSTINHO TOMAZ 39		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	CATOLE DO ROCHA		
TELEFONE	8396331451	CELULAR	
C.N.S.	165927312310004	IDENTIDADE	3729576
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	04/01/1994	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL GEAVANIA DE LIMA

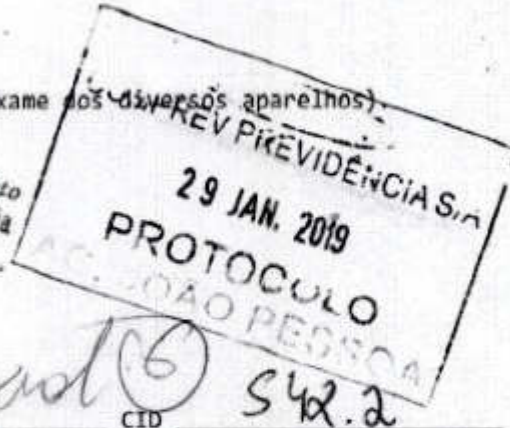
Ass. Resp./Paciente

Geovani de Lima

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Dr. André Luis Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18426



EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

fratura de um dos membros

CID

542.2

DADOS DA SAÍDA

Data *14/10/18*

Hora *07* H *00* Min

MOTIVO

() Alta Curado (☒) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

João H. Carneiro Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7411

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>FABIO CARLOS DO SANTO RODRIGUES</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>11/01/2019</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Fábio Spá</u>	1º Auxiliar <u>Dr. W462301</u>	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FRACTURA UMBILICADA PEXIMAR G50J620</u>		
Tipo de Cirurgia <u>OSTEOSINTESE UMBILICADA PEXIMAR G50J620</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>BOEM</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>-</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>-</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>-</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL MESO
2. ASSIN O ANTIBIÓTICO
3. CUBITO DO CANTO CIRCULAR
4. VIA DE ACESSO ANTERIOR AO CANTO G50J620
5. Realiza coleta e o diagnóstico NMCM PEXIMAR
6. Sutura com PDS 4.5 mm - o PEXIMAR COVIM
4.5 mm -

6. Sutura em forma de S e PDS
7. Sutura em PDS

CONFREV PREVIDÊNCIAS S.A.
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
NÃO PESSOA
Fábio do Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 15.114

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>Tobias Lourenço dos Santos Luiz</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
22	LEITO	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>24</i>	REGISTRO <i>7980</i>	
CIRURGIA <i>Proximal</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Spá</i>			
ANESTESIA <i>Local</i>		ANESTESISTA <i>Isidoro</i>			
INSTRUMENTADORA <i>George</i>		DATA <i>11-10-18</i>	INÍCIO <i>10:30</i>	FIM	

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <i>mcu</i>
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
1	<i>Halotano Propofol</i>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
1	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
1	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	1	Esparadrapo
	Etodimidade	1	Xilocaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lanexat 0,5ml	1	Algodão Hidrófilo <i>Compressas</i>
	Narcolin		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 1g <i>cefazolin 2g</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotec 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha <i>Ucryl</i>
	Prolene 0 c/ agulha		<i>nylon 20</i>

COOP. PREVIDENCIÁRIA S.A.
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
100.000.000



PEDIDO DE VENDAS

No

NF N°

Prontuário

1980

Hospital

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Vendedor

THIRAKO

Paciente

TABATA LARISSA DOS SANTOS

Data

45/10/2018

Médico

Dr. FABIO SPA

Instrumentador

GEOGE

Convênio

505

Procedimiento

DATA: CEAR DE FRATURA DE UMBRO PROXIMAZ

Dr. Fabio de Moura Sp

COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
DAO PED...A

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromusltda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: TABATA LARISSA DOS SANTOS ALVES

DA CLÍNICA Maternidade
A CLÍNICA Obstetrícia

ENFERMARIA 13
LEITO 08

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Risco cirúrgico

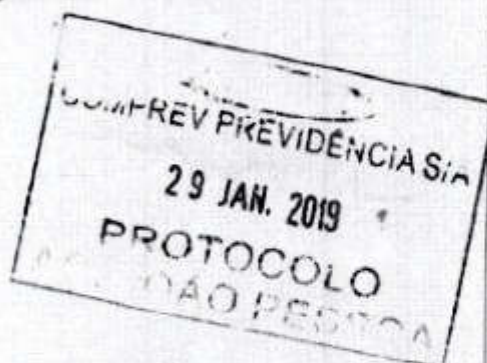
05/10/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente Sem queixas Cardíacas.
Nenhum Comorbidade ou drogas medicamentosa.
PA = 120 x 80 mmHg.
ECG = Normal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco



07/10/18

DATA

Kleuber M. de Franco
Cardiologia / Clínica
CRM 10000

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Idade: 24

Data: 04/10/18

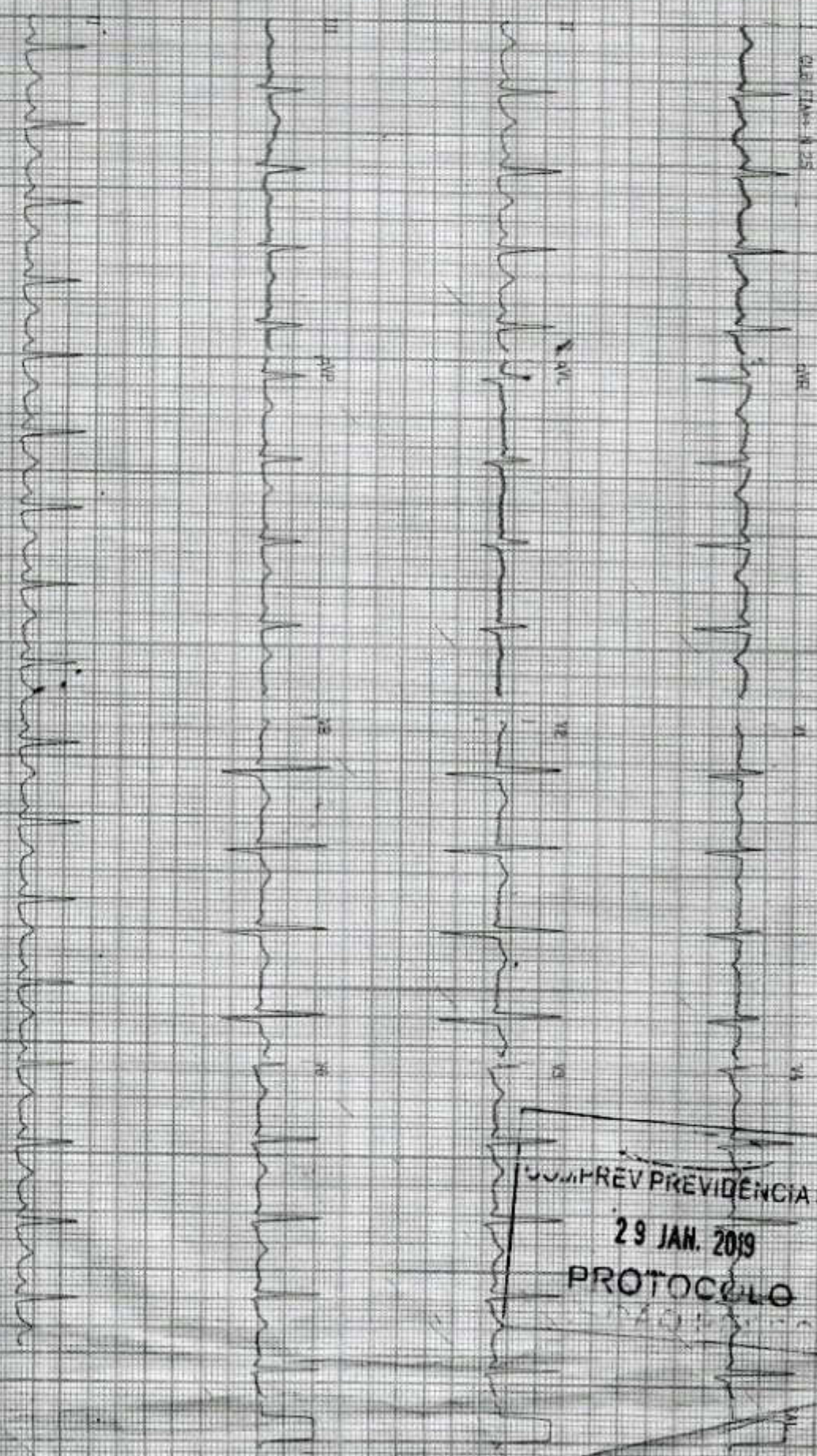
Hora: 16:30

50

100

150

200



COMPREV PREVIDENCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	13108	PRONTUÁRIO	7980
DATA	12/10/2018	HORA	15:43
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO	OPERADOR	MMAIA
PACIENTE	TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ	IDADE	24a 9m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

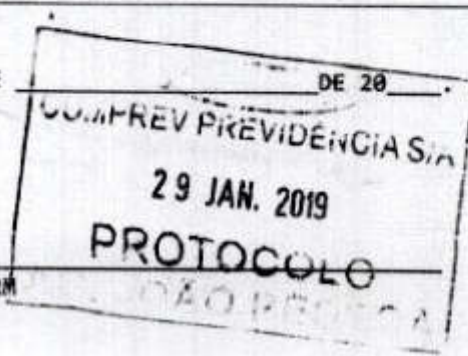
ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

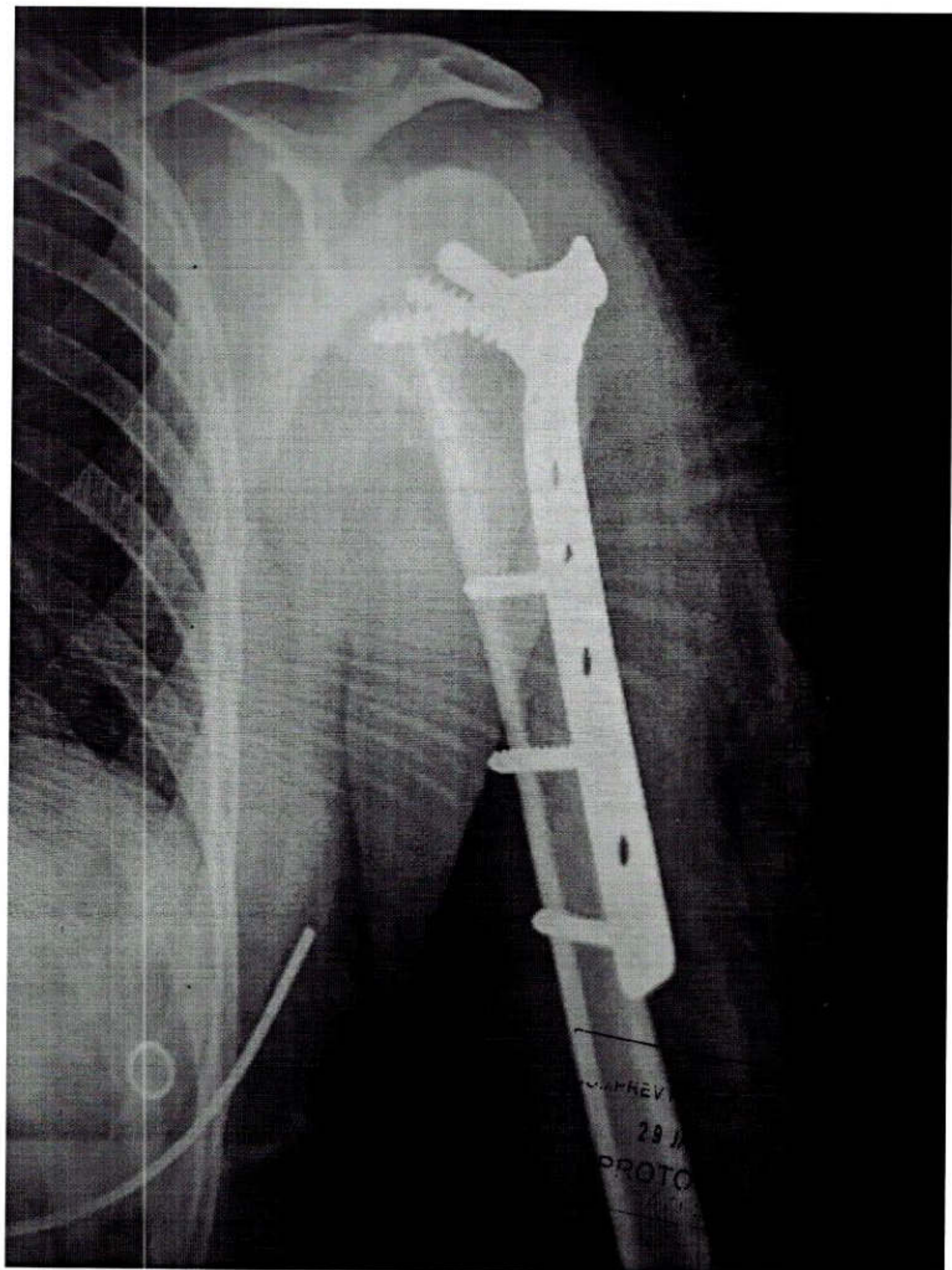
CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito
DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar
() Transferência para _____

PATOS/PB, _____ DE _____

DE 20 _____

MÉDICO/CRM _____





PHILIPS

Lista de pacientes

Exame

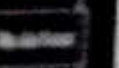
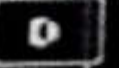
Revisão

Imprimir



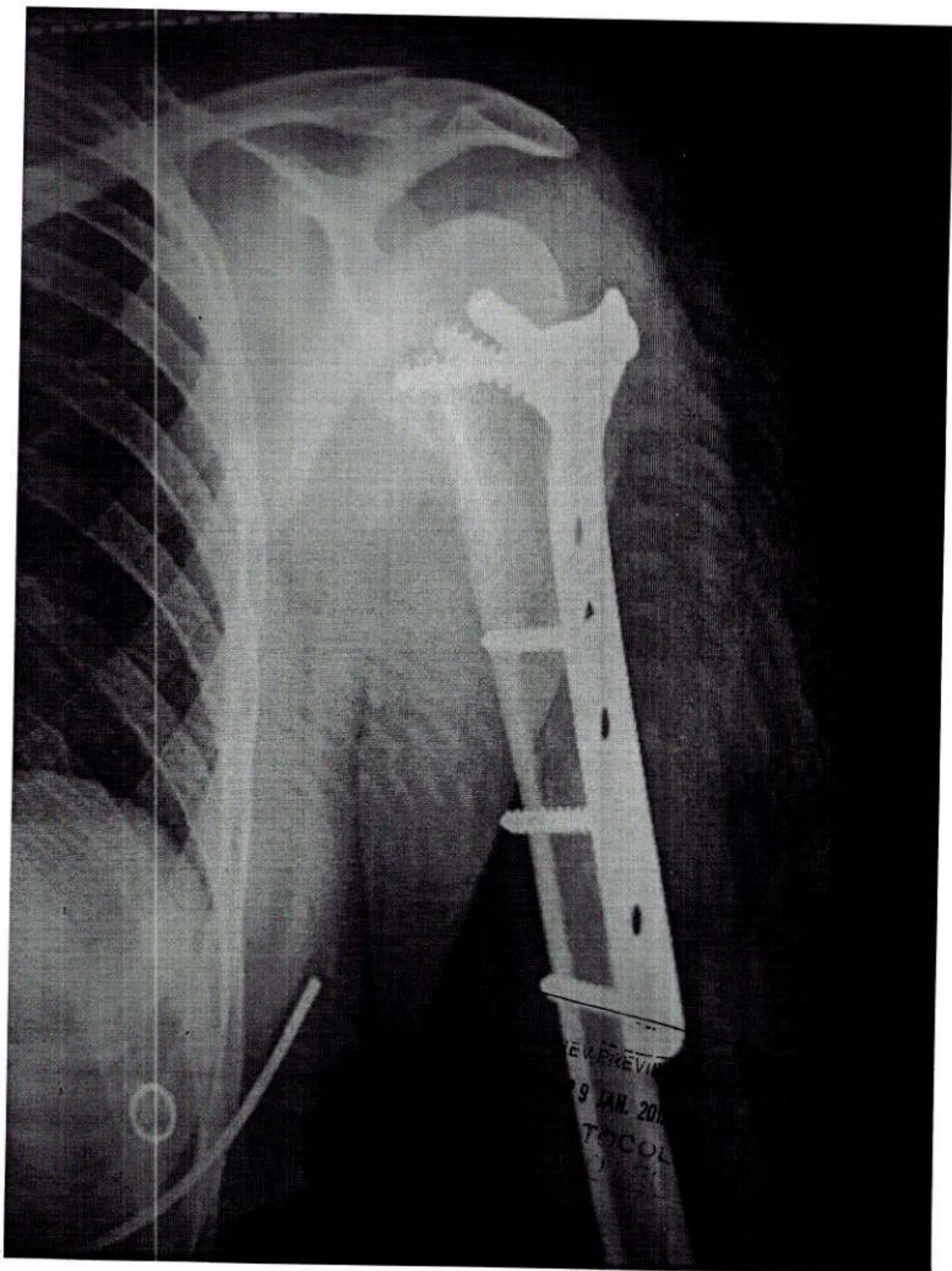
0.93

0.83



Operador: user 11 x 234 cm 1.40

1-



Dra. Gertrudes M^a Medeiros Nóbrega e Souza
CRM 5471

ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza
CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEdia • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEdia
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAIOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOSPIROMETRIA (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO

VO2
LABORATÓRIO

COMPREV
CURSOS DE PREVENÇÃO E SEGURANÇA

25 MAR 2019

PROTOCOLO
AGILIDADE PESSOAL

Laudo médico

Dedou para os exames
fms que a paciente Talita
Leissa da Santa Rodrigues
seu entrada no Hospital
Regional de Patos em 02
de outubro de 2018 vítima
de acidente de moto com
fractura de fêmur cominativa
do membro proximal esquerdo
(CSO: 542.2) sendo submetida a
tratamento cirúrgico em 01 de
outubro com fixação do membro
proximal esquerdo com placa
e parafusos corticais e esponjoso
Atualmente apresentando fêmur
consolidado com perda de 60%
de amplitude de movimento
ombro esquerdo e perda de

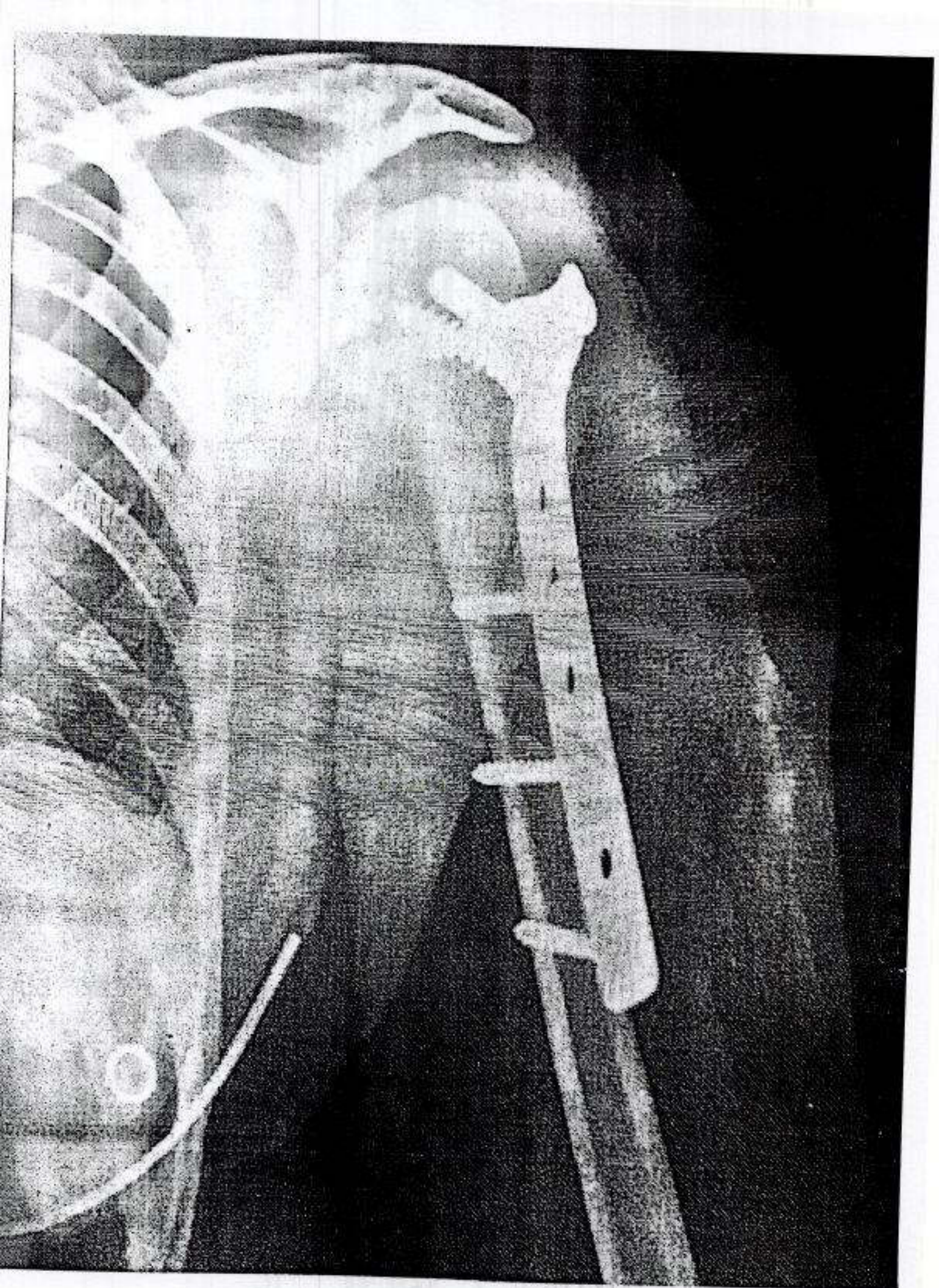
601. da força em membro superior esquerdo
como agindo deflexões da lacuna
crucial.

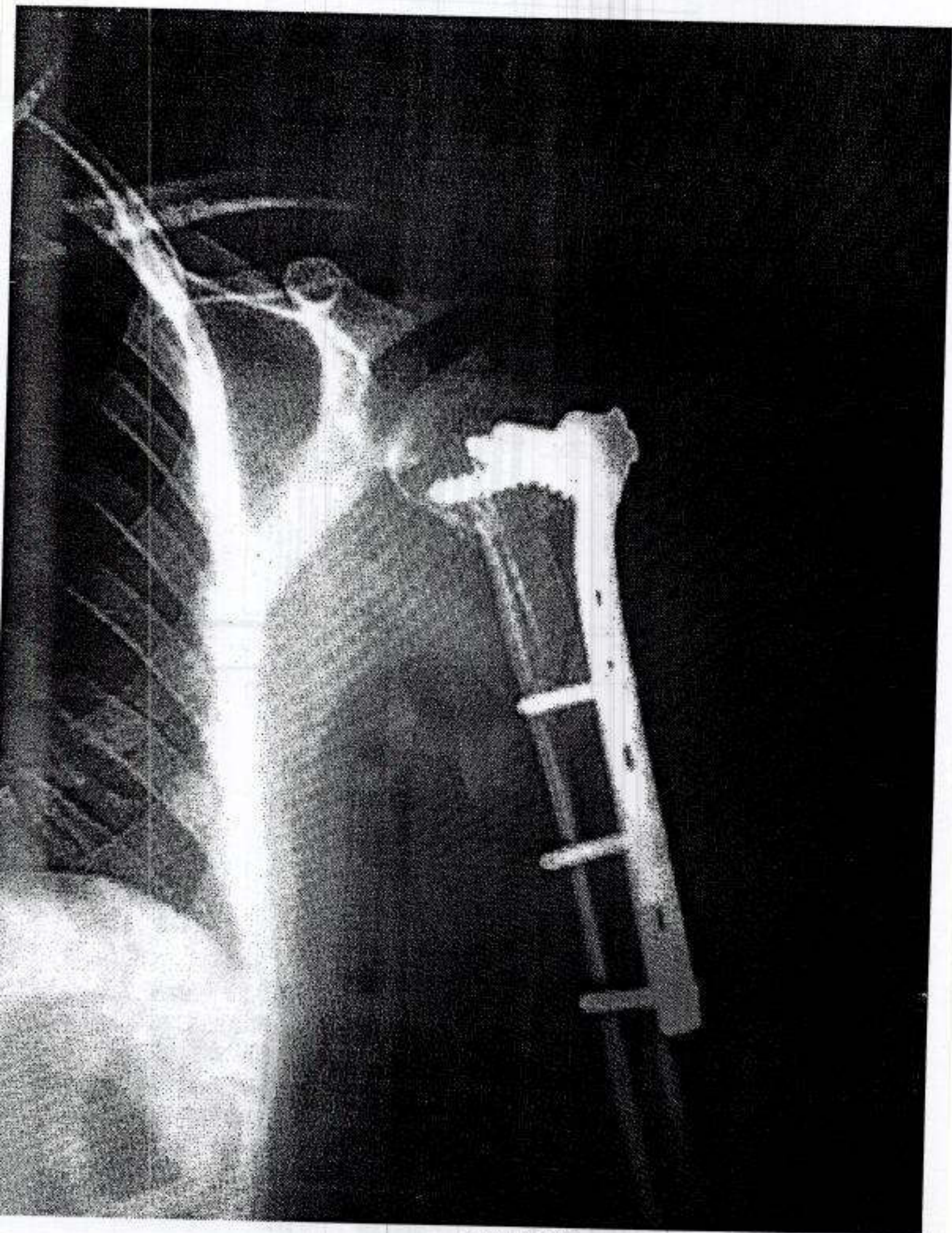
CID - T92.8

Ptas, 21 de fevereiro de 2019

Dr. João de
Ortopedia e Traumatologia
CRM 119







25 MAR. 2019

PROTOCOLO Scanned by CamScanner
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

02R46



Emanoela Saturnina P. Vasconcelos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1975 Nº INSCRIÇÃO 0481 3125 0833 ZONA 050 SEÇÃO 0030

MUNICÍPIO / UF TABIRA/PE DATA DE EMISSÃO 15/05/2013

Emanoela S. P. Vasconcelos

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

106946 00005

Emanoela S. P. Vasconcelos

ASSINATURA DO PORTADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DO ARQUIVO CIVIL DAS PESSOAS NATURAS E.D.H.
INTERDIÇÕES E TUTELAS
MUNICÍPIO DE TABIRA
ESTADO DE PERNAMBUCO

MONILIA SOARES DE SOUZA LIMA NASCIMENTO - TITULAR
NATILIA RIJARES DO NASCIMENTO - SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

(CERTIFICADO que, sob o nº 1.716, do Livro II-V, do Registro de Casamentos Civil, verificou-se que em 17 de dezembro de 1985, foi realizado o Casamento de: DEIANE QUEIROZ DE ARAÚJO e EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA. Casado perante o Dr. Darso Duarte de Costa Oliveira, Juiz de Tabira, Substituído em completo pela Consorte e as testemunhas presentes no local.

ELLE, solteira, natural de Tabira - PE, nascida em 10 de outubro de 1979, brasileira, residente nesta cidade. Filho de: JOÃO BATISTA DE ARAÚJO, de residência (gratuito) e de EMERENCIANA SOUZA DE QUEIROZ, residente nesta cidade.

ELA, divorciada, natural de Tabira - PE, nascida em 18 de outubro de 1975, brasileira, residente nesta cidade. Filho de: ANTONIO XAVIER DE SOUZA e de MARIA ANJELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA, residentes nesta cidade.

Para os efeitos legais no documento a que se refere a Art. 1.585, alínea I, III e IV, do Código Civil Brasileiro.

A presente certidão é emitida em conformidade com o art. 1.585, alínea I, III e IV, do Código Civil Brasileiro.

OBSERVAÇÕES: Casamento feito sob o Regime do Consórcio Parcial de Bens O RENDIDO E VENDIDO E IN RE. VALIDO SOMENTE COM O SEL O DE AUTENTICIDADE E FIDELIZAÇÃO.

TABIRA (PE), 17 DE DEZEMBRO DE 1985

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

UTA DO TRABALHADOR

1126.00104.45.8

Nome do titular EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS

Nome de mãe MARIA ANJELA PEREIRA VASCONCELOS

Data de nascimento 28/10/1975 Carteira de Trabalho 010694600005 PE Código bancário 104-1433-8

Endereço da agência AV. MANUEL BORBA 145

CEP 010694600001-00 Data de cadastramento 17/03/1997

UNIAO REV PREVIDENCIA S.A.

29 JAN. 2019

PROTOCOLO

GOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.672.305 DATA DE EMISSÃO 04.01.1994

EMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

NATURALIDADE Tabira-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

DOIS DIGITOS Cert.Nas.1316 L.66 F.5V art. de Tabira-PE.

LEI Nº 11.952 DE 26/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
06EA.5464.DC0C.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Emmanoela S. P. Vasconcelos

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

QUALIFICAÇÃO CÍVEL

Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Aroux

em Tabira PE em 28-10-75

filha de Antonio Xavier de Souza e Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

matr. civil. nº 4.672.305

RECEBIMENTO

Requisito de Matrícula: Data: 22.01.1992

Assinatura: Tabira-PE

Assinatura: [Assinatura]

Secretaria de Registro Civil do Brasil

BRASIL - 2019

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 JAN. 2019

PROTOCOLO

PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 8923460522
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. TENA/PRT 20111300001034-3 VENCIMENTO 2010
86668000-4 00/00000000

WILSON ALVES DA SILVA

01837309418

MOQ7809/PB

NOVO PB 9C2KC08106R820898

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

2005 2006

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

TPVA PAGO EM

15/03/2011

1º

0

2º

0

3º

0

4º

0

5º

0

6º

0

7º

0

8º

0

9º

0

10º

0

11º

0

12º

0

13º

0

14º

0

15º

0

16º

0

17º

0

18º

0

19º

0

20º

0

21º

0

22º

0

23º

0

24º

0

25º

0

26º

0

27º

0

28º

0

29º

0

30º

PB Nº 8923460522

BILHETE DE SEGURO DPVAT

WILSON ALVES DA SILVA

01837309418

MOQ7809/PB

PBNº 8923460522

EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 20/04/2011

WILSON ALVES DA SILVA

1 01837309418

MOQ7809/PB

866680004 GAS

HONDA/CG 150 TITAN KS

2005

9

9C2KC08106R820898

PREMIO TARIFARIO (R\$)

ICF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO

PAGO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
31054-0851047-20110420

CONFREV PREVIDÊNCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. DAOPESSOA

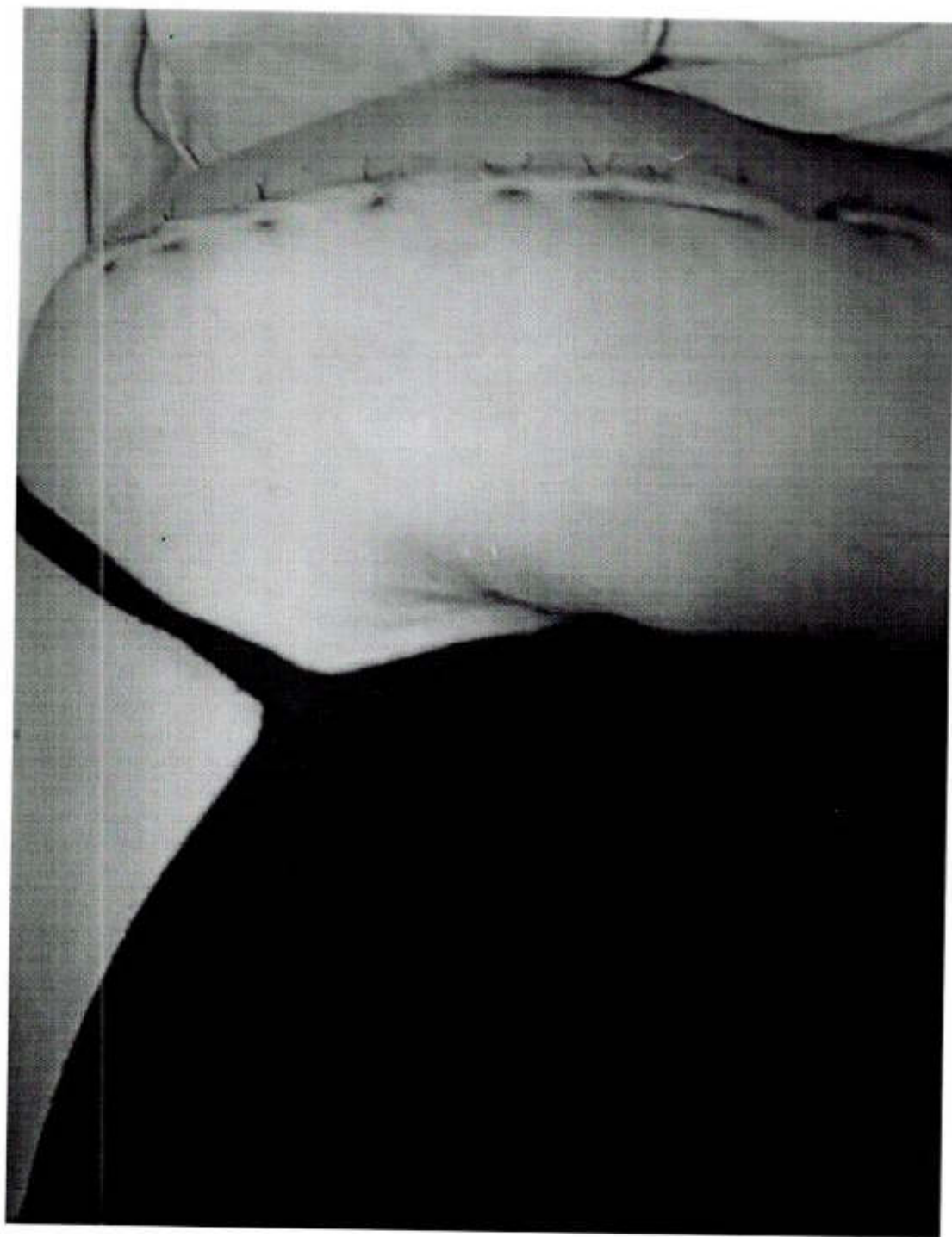


UNIPREV PREVIDÊNCIA S.A.

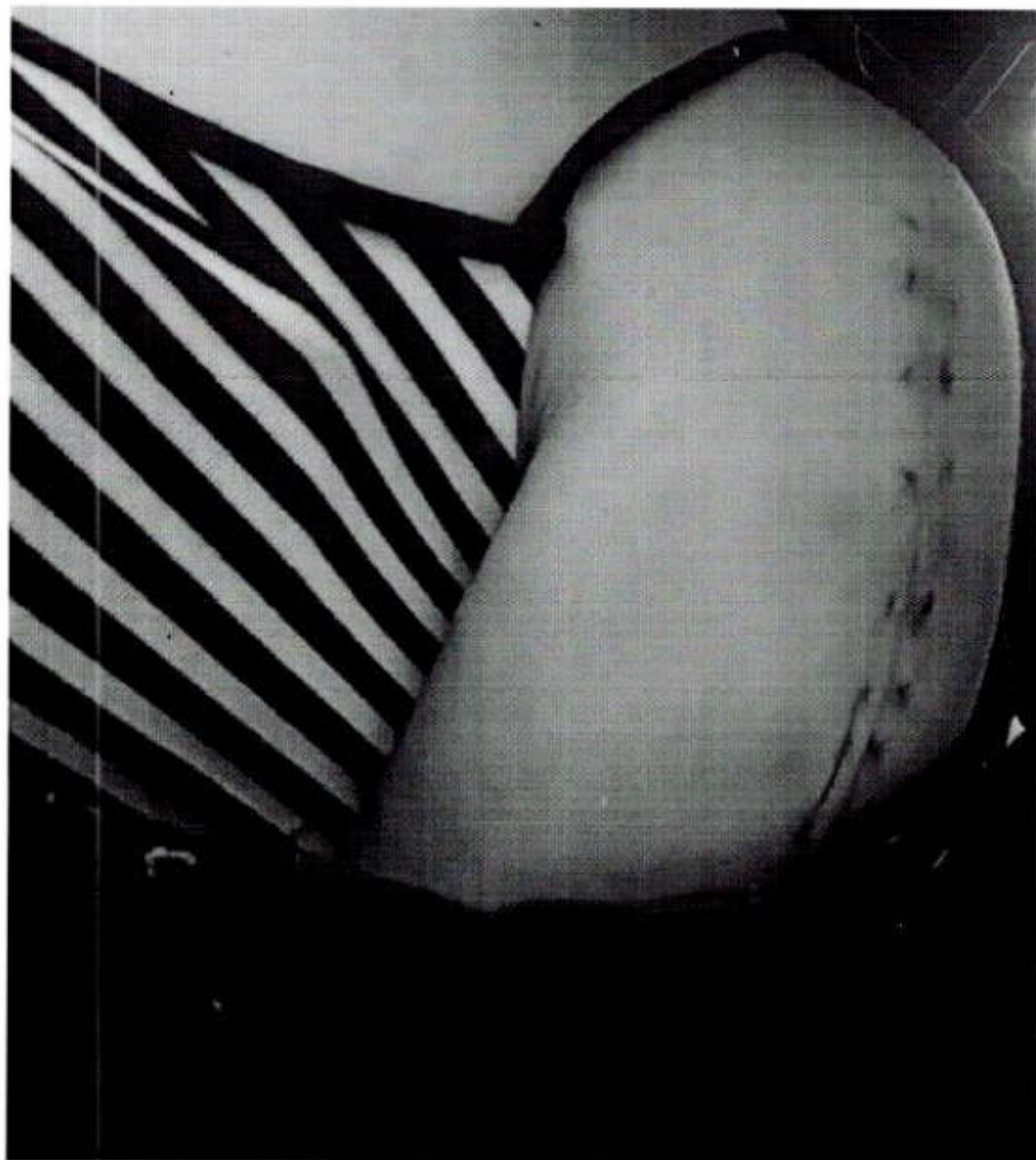
29 JAN. 2019

PROTOCOLO

040.000.000



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
DAO PESSOA



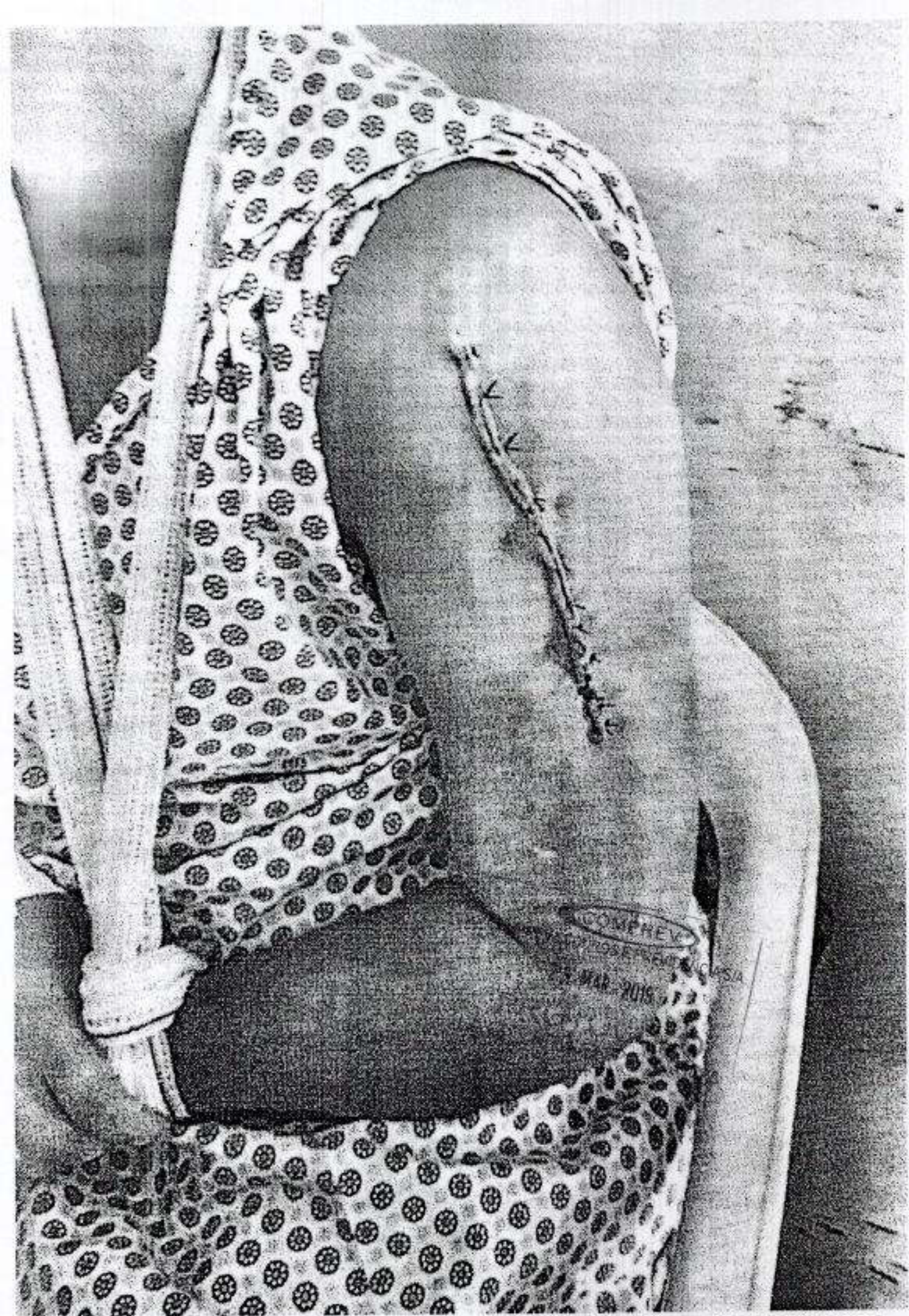
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 JAN. 2019
PROTOCOLO
CADA PESSOA

Eu, Tábata Larissa dos Santos Muniz, Brasileira,
Solteira, Agricultora, portadora da Identidade de
nº: 3.729.576 - SSDS/PB, expedida em 09/01/2009,
e CPF de nº: 099.117.274-40, residente na rua
Agostinho Tomaz, 39 - Natalaul Maia, Catolê do
Rocha / PB, CEP: 58884-000. Venho através desta
informar a minha insatisfação, pois, sou um
acidente de trânsito no dia 03/10/2018,
onde fui diagnosticada com uma fratura no
umero proximal esquerdo, que fui submetida a
procedimentos cirurgicos, e hoje me encontro com
sequelas devido a esse acidente, no qual perdi
60% do movimento e força do meu braço. No entanto
como uma cidadã que cumprio com meus direitos e
deveres peço incansavelmente, que meu processo venha
ser avaliado com atenção, pois preciso ser avaliada
por um médico da seguradora, para que ele
possa informar como eu me encontro.



Catolê do Rocha - PB; 21/Fevereiro/2019

Tábata Larissa dos Santos Muniz



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/10/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM T 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 11/10/2018. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do ombro devido à limitação da mobilidade articular, atrofia muscular e redução da força muscular. Vítima já indenizada em 50% de 25%, portanto, PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ 12-14

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: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

@1 E 2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ 12-14

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 PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Tabita Larissa dos Santos Muniz
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Agricultora
Identidade: 3.729.576 CPF: 099.117.274-40
Endereço: Rua Agostinho Farnes 39 Natalanael Maria *Carole Roch PB*

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Tabita Larissa dos Santos Muniz, ocorrido no
03/10/2018, de Colheita Invalidez

Patos-PB 17 de Janeiro 2019.

Local e data

Tabita Larissa dos Santos Muniz

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO CARLOS TRIGUEIRO
Rua Peregrino Filho, 130 - Centro - Patos - PB - Cep: 58700-450
Telefone: (31) 3421-3700 / 3421-3400
E-mail: contato@cartoriosigilados.com.br

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ
Patos/PB 17/01/2019
Em testemunha de verdade.
Escrevente: REBECA ALVES DO NASCIMENTO
Selo Digital: AHY6863-7YHW
Confira os dados do ato em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Embutimento R\$9,91 15% R\$0,50 Farpem R\$0,29
FEPJ R\$1,02 HP R\$0,10



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032540/19

Número do Sinistro: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

CPF: 099.117.274-40

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 03/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU

CPF: 029.848.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 104.643.734-84

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032540/19

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

CPF: 099.117.274-40

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

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

TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ : 099.117.274-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190075910**

Nome do(a) Examinado(a): **TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA AGOSTINHO TOMAZ, 39, CASA - NATANAEL MAIA - Catolé do Rocha - PB - CEP 58884-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3729576**

Data e local do acidente: [**03/10/2018**] **CATOLÉ DO ROCHA PB**

Data e local do exame: [**12/04/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/10/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM T 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 11/10/2018. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45° DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15° DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15° ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

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: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 472772B5573383B3

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: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 6B9B51905E821B7A