
Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190691799

Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190691799

Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

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 punhos

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: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000039779-3

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190691799 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO. PÁG 3,5
FRATURA DISTAL RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO - OSTEOSÍNTESE)DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: 121.776.024-59 4 - Nome completo da vítima: Andressa Raiane da Conceição

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

5 - Nome completo: Andressa Raiane da Conceição 6 - CPF: 121.776.024-59
7 - Profissão: Atriz 8 - Endereço: Rua Lindinalva Nunes 9 - Número: 1036 10 - Complemento: AP-13
11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Senna Talhada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56903-100
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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: ☐ RECUSO 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: 0914 CONTA: 39779 3

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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 (vai 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Senna Talhada 28.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 600/2019, LIVRO nº 003/2019.

DATA: 27/11/2019

HORA: 10h30min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: ANDRESSA RAYANE DA CONCEIÇÃO

Estado civil: solteira **RG:** 9.871.948 SDS/PE

CPF: 121.776.024-59

Sexo: masculino **Nascimento:** 24.03.1996 **Idade:** 23

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Petrolândia/PE

Profissão: agricultora

Filiação: Maria Aparecida da Conceição

Endereço: Quadra 41, Lote 16, vila Bela, Serra Talhada/PE

NARRATIVA

QUE na data de hoje 02.06.2019, por volta das 16:00 horas, seguia de garupa em uma moto conduzida por Evandro Rodrigues de Siqueira, quando nas proximidades do Sítio Pinto, zona rural de Tavares/PB, colidiu com um animal cachorro, vindo a perder o controle da moto chagando a cair ao solo; Que fui socorrida pelo SAMU de Princesa Isabel, dando entrada No hospital Regional de Princesa Isabel/PB, onde após exame de RAIOS X, constatou fratura no punho do braço direito, e escoriações pela face; Que Evandro conduzia uma Moto Honda/CG 150 TITAN ES, de cor preta, Placa PES 9176/PE, MODELO E FABRICAÇÃO 2010/2010, Chassi Nº 9C2XC1610AR070254, Registrada em nome de Evandro Rodrigues de Siqueira.

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

Notificante:

Andressa Rayane da Conceição



155.680-1

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: 121.776.024-59 4 - Nome completo da vítima: Andressa Raiane da Conceição

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

5 - Nome completo: Andressa Raiane da Conceição 6 - CPF: 121.776.024-59
7 - Profissão: Atriz 8 - Endereço: Rua Lindinalva Nunes 9 - Número: 1036 10 - Complemento: AP-13
11 - Bairro: Alto da Conceição 12 - Cidade: Senna Talhada 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56903-100
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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:
☐ RECUSO 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: 0914 CONTA: 39779 3 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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 (vai 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

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: Senna Talhada 28.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



SAMU
192

PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU- 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA DN: 24/03/1996 SUS: 705008610789158

DATA: 02.06.19 OCORRÊNCIA Nº: 85 PACIENTE: Andressa Raiane da Conceição IDADE: 23 SEXO: ☐ MASC ☒ FEM.

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 230 BAIRRO: 1ª etapa MÉDICO REGULADOR: Dr. Joviana

APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRAN ☐ OUTRO

QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDRIÁTICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO	☐ AVC	☐ DROGA
☐ DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	☒ QUEDA METROS	☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS	☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ F.A.B.	☐ OUTROS	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ F.A.F. (P.A.F.)		☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ GINECO-OBSTÉTRICO		☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS
☐ LESÕES TÉRMICAS			

DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇO MÉDICO: HRPI RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☒ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Sangramento na face por corte profundo + epistaxe + náusea USD

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mmHg ☐ <90mmHg

P.A.: 120 x 80 mmHg FC: 92 FR: 20 TEMP.: 37.3 °C GLICEMIA: 88 mg/dl Esc. Coma: 15 SpO2/02: 100

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade de Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☒ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de gases prejudicada ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Paciente vítima de queda de moto, apresentando ferimento de USD e MIE, sangramento por corte profundo na face. Exame abando para o HRPI para apoio e diagnóstico. Paciente consciente e orientado.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Realizado SSUV, posição de conforto, anotação não feita.
 Imobilização passiva de membros, monitorização cardiovascular
 EPM. Dado orientações gerais. Cabelos curtos.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

- atadura
 - equipo
 - Soro glicosado
 - plca
 - fita de glicina
 - álcool - algodão

E.C.G.

☐ NORMAL ☒ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☒ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTARRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

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

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS
 DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA ☐ RESPIRADOR
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ S. VESICAL
☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL ☐ TALAS/TRACÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

Ketorolac 60 mg EV + Dipirona 650 mg EV + Dexametazona 4 mg EV +
 AD = EV.

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 ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA
 (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

RG: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____

ENFERMEIRO(A): _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____

CONDUTOR: _____

CRM: _____

COREN: _____

COREN: _____

CNH: _____

MAT.: _____

MAT.: _____

MAT.: _____

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000039779-3

Nr. da Autenticação 8939564F13050A74

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1410826410

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. LOÃO DE BARROS 111 BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.939.992/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0009949-99

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei nº 4.430, de 28.10.12

COMERCIAL - 113 - PROTEÇÃO 113

Atendimento ao cliente gratuito de 9h às 18h - 0800 333 1042

Ouvidoria 0800 333 8129

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco - 08-4405-1000 (07h às 18h)

Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - 0800 333 1042

Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares

na internet para telefones celulares

CELPE

DADOS DO CLIENTE

ELISSON CAIQUE SOARES SANTOS

DATA DE VENCIMENTO

22/11/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/11/2019

CONTA CONTRATO

7032101342

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/11/2019

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL

084812711

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,85

ENDEREÇO

RUA LINDINALVA NUNES 1036 AP- 13 -
ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
-56903-100 SERRA TALHADA PE -

PERÍODO CONSUMO

15/10/2019 a 14/11/2019

CONSUMO

44

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 18,15

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7032101342

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,85

VENCIMENTO

22/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838500000008 818500110070 032101342100 142884587730

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Tarifa Social de Energía Eléctrica Creada por la Ley 20.430, de 28 de Agosto de 2007

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-302
CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. R095043-93 | www.celpa.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONJUGADA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 385 710 364-15

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

IPSE/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
50912-130

074938430	UNICA	26/08/2018
26/08/2018	2000128288	3673921

[illegible]

Consumo Ativo(KWh):
Acréscimo Bandeira AMARELA
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contab. Alum. Pública Municipal
ICMS Subvenção- COE- NF 087383544 - 25/06/18
Multa por atraso- NF 087383544 - 25/06/18
Juros por atraso- NF 087383544 - 25/06/18
Atualização ICPM- NF 087383544 - 25/06/18
PRO-CRIANÇA- (0813412-8880 0600 031 5080)

CONTABILIZACION	IMPORTE PAG	IMPORTE RECIB
173.8000000	0.77565772	173.27
		0.48
		5.44
		4.83
		0.57
		1.40
		0.06
		0.80
		0.58

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº de OMR	Constante	Alíquota	Consumo (m³)
		Data	Leitura	Data	Leitura		
3012121218	CAT	25-07-2018	18 015,30	26-08-2018	18 126,30	73	110,00

Month	Publications
AGO 18	110
SE 18	105
SE 18	120
SE 18	70
NOV 18	120
NOV 18	60
MAR 19	80
FEB 19	117
JAN 19	104
DEZ 18	64
NOV 18	262
OUT 18	343
SET 18	262
AGO 18	262

ITEM	BASE DE CÁLCULO		VALOR EN IMPORTE	DESCRIPCIÓN	UNID.	CANTIDAD	VALOR UNITARIO
	%						
PIS	30.17	25.50	24.34	Gestión de Emergencia	PS	34.26	20.10%
COFINS	30.17	0.74	0.72	Transmisión	PS	5.42	3.49%
	30.17	3.42	3.36	Distribución (Cable)	PS	20.21	11.10%
				Fuente de Energía	PS	6.52	3.64%
				Equipos Solares	PS	4.86	2.60%
				Mano de obra	PS	20.51	11.14%
				Total	PS	171.74	100.00%

Consumo Aproximado

845A.E30E 8273 8F00 8EED C013 8004 8001

Para a prestação mais rápida de socorro em situações de emergência, a Companhia de Saneamento de São Paulo (CSP) oferece aos seus clientes o serviço de atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, pelo telefone 115. Este serviço é gratuito para os clientes que possuem o plano de atendimento 24 horas, e custa R\$ 10,00 para os demais. Para saber mais sobre o serviço, acesse o site www.csp.sp.gov.br ou ligue para o telefone 115.

A CSP também oferece o serviço de atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, pelo telefone 115, para os clientes que possuem o plano de atendimento 24 horas. Este serviço é gratuito para os clientes que possuem o plano de atendimento 24 horas, e custa R\$ 10,00 para os demais. Para saber mais sobre o serviço, acesse o site www.csp.sp.gov.br ou ligue para o telefone 115.

Atenção: a CSP não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer acidente ou situação de emergência. A CSP também não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer acidente ou situação de emergência.

ATENÇÃO A COLPE DE UM CARRA QUE PODE POSSUIR CONTROLES INADEQUADOS

Até 15 dias, obrigações existentes causarão corte

Valor	De	Valor	Valor	De
07/08/19	25/08/19	108,30		

[illegible]

CONSUMO	VALOR ANUNCIADO	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DIC	0,00	9,43	10,00	21,72
FEV	0,00	3,30	6,60	12,60
MAR	0,00	0,11	0,00	0,00

Límite DICHO 12,29

TERCERO NOMINAL (M)	LÍMITE DE VERIFICACIÓN (M)
720	202

EURO - Valor do Encargo de Utilização Sistema de Distribuição - R\$ 20,50

CONTA CONTRASTO

REF ID: A61111

DATA DE VENCIMENTO
02/09/2018

TOTAL A. 10/14/1972

100 cm

100-38000011002-5 27807801910-0 14142325083-7 100.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 Duvidoria: 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.334.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário

Andressa Raiane da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.776.024 - 59

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Andressa Raiane da Conceição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.776.024 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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 Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>lote 1</u>
Bairro: <u>IPSEN</u>	Cidade: <u>Senna Talhada</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>55912-130</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Senna Talhada 28.11.2019

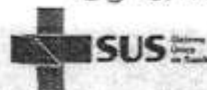
Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES

13:58

23 anos



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 128

Data:	03/06/2019	Hora:	13:42
Nome:	Andressa Raiane da Conceição		
Nome Social:		Profissão:	idolista
Nascimento:	24/03/1996	Sexo:	F
Escolaridade:	1º ano	Estado Civil:	solteira
Mãe:	Maria Aparecida da Conceição RP. 13		
Endereço:	Rua Lindalva Nunes 1036		
Bairro:	Alto da Conceição	Município:	Serra Talhada
Cartão SUS:	2	Fone:	996631826
RG/CPF:	9.871.908		
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda X Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO ☐ AMARELO ☒ VERDE ☐ AZUL

Situação/Queixa: Paciente chega com traumas após acidente.

PA:	130x90	Pulso:		HGT:		T:		SpO2:		Peso:		Glasgow:	
Medicações em uso:	na farmácia												
Intolerâncias/Alergias:	npe												
Fluxograma:	Ortopedista					Carimbo e Assinatura:							

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

paciente vítima de trauma há 24 hs

Tratamento:

- 1- Diclofenaco - M - 75mg
- 2- Curativo

Carimbo e Assinatura:
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 265.384

Hipótese Diagnóstica:

- Politravmatismo

Carimbo e Assinatura:

Personen Mithras

- 1) SFO, 9%, 500 ud, 1V, am 12 hours
- 2) Diphenyl, 200 ud, 1V, am 12 hours
- 3) Durex, 40 ud, 200 ud, 1V, am 12 hours, 5/1N
- 4) Durex, 40 ud, 200 ud, 1V, am 12 hours, 5/1N
- 5) Durex, 40 ud, 200 ud, 1V, am 12 hours, 5/1N

2

Lo Legua - 996390907

SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.268/0039-33

NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL

CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Mae: MARIA APARECIDA DA CONCEICAO

Pat: Nascimento: 24/03/1996 Idade: 23 Cor: PARDA Sexo: F

Profissao: Endereco: RUA PROJETADA

Bairro: CENTROO Num: Fone:

Cidade: PRINCESA ISABEL - PB - 58755-000 - 2512309

Naturalidade: PETROLANDIA - PE Identidade: 9871948 SDS PE

CNS: 705-0086-1078-9158

CPF: Reg Nasc: Recepcionista EMANUELE FLORENTINO

Data / Hora: 02/05/2019 18:01:47 Ficha Número: 109951

51311

Paralela, 23 anos, vem relato de queda de
muito ha 02 horas com muito impacto
em face. Nega vômito, em vômito.
Nega dor - confusão em supressão isquêmica

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
PA: TEMP:
PESO: 2.0 kg
em posição lateral + lesão cor-de-rosa
em face isquêmica

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

EXAMES REALIZADOS E OUTROS

1. Exame físico: face, dor + AD, 10, no exame
2. Trauma 100%, 01 ang + 100 ml de SFO, 91, 10
no exame

01 - ELEIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

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 OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

1. Abg + anti-epileptico de lesões + ang
com 10 ml. 0 em face e 2. 0 em face
isquêmica
Diagnóstico
Trauma cranioencefálico

CID-10

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRIÇÃO

2. OBSERVAÇÃO

3. RESCINDA

4. INTERNAÇÃO

5. APLICADA

6. OUTRO HOSPITAL

7. OBITO

8. OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	2	0	1	0	3	0	1	2	0
2 -	0	4	0	3	0	3	0	0	5	8
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carentes

Medicador / Cps

EXAMES E GASTOS GONCAVALVES, 2004 011 4110 1111 1111

ASS. ASSISTENTE / ACOMPANHANTE / RESPONSÁVEL

Proteger Direto

ASS. REVISÃO ADMINISTRATIVO - CARIÓTIPO

Verificação de 100% de 100%

CARTELA

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 21

Data: 04.06.2019.	Hora: 07:27.
Nome: Anderson Raiane da Conceição	Profissão: desempregado
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 24.03.96.	Sexo: f.
Escolaridade: 2 Grau	Responsável: mãe
Mãe: Maria Aparecida da Conceição	
Endereço: Rua Benício de Araújo, 741	
Bairro: A. da Conceição	Município: Talhada (PE) 9822-2678
Cartão SUS: 898.0039.4223.2156.	RG/CPF: 9.871.948
Raça/Cor:	Branca ☐ Preta ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena ☐

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☒ AZUL

Situação/Queixa: Dor em MSD + dor em região frontal após acidente de moto no domingo

PA: 100 x 20	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso: Nada						
Intolerâncias/Alergias: Nada						
Fluxograma: ortopedista	Carimbo e Assinatura: Joana Cardozo S. Carneiro COREN-PE: 225619-ENF					

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Tram. em pub. A h- ± 01 h
Dr + sh

Tratamento:

Rx de Antibiótico D API Prof
Tdo Lavo o DS 09h00
Em 5 min para Cingos.
Orintol + Pub 500 + Prof

Hipótese Diagnóstica:

Ent. L. de M. L.
paciente

Carimbo e Assinatura:
Dr. Erno K. de Carvalho
Traumato-Orto e dia
CRM 15926



Hospital São Vicente

Data Atend: 10/06/2019	Atendimento: 0017121	Quarto/leito: 305 / 2
Paciente: 00130320 - ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO		
Cirurgia Realizado: <i>OSTEOMITOMIA RADIO ①</i>	N. do Procedimento: <i>0408020407</i>	
Data: <i>12/06/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>RODRIGO A.</i>		
1º Auxiliar: <i>ANDRÉ B</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>RICARDO</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>① DCTE EM ODH ② OSTEOTOMIA / ANTERTOMIA ③ APOSENTO CANTO ESTERIL ④ REDUÇÃO ENCAIXOTA ⑤ FIXAÇÃO C/ FIOS K ⑥ CURATIVO + TALA GIPSADA</i>		
		 Assinatura do Cirurgião



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
04/06/19 09:33 ENIO KLEFFER DE CARVALHO FERREIRA
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
04/06/19 09:33	Em digitação	0h:0m:49s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
04/06/19 09:33	Aguardando Regulacao	0h:1m:35s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
04/06/19 09:35	Aguardando Regulacao	0h:0m:19s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO.FILHO solicitação: 331435
04/06/19 09:35	Regulado		EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

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

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

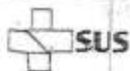
OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/06/2019	Atendimento: 0017121	Quarto/leito: 305 / 2
Paciente: 00130320 - ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO		
Data Nasc: 24/03/1996	Idade: 23 Anos	Sexo: Feminino
Estado Civil: Solteiro		
Profissão: DO LAR	Naturalidade: PETROLANDIA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai:	Nome Mãe: MARIA APARECIDA DA CONCEIÇÃO	
Endereço: RUA BENICIO NDE SOUSA RAMOS, 741		- ALTO DA CONCEIÇÃO - SERRA TALHADA
- PE		
Telefones: () . / () . / (83) 9982.22678		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Surtido () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () . / () . / ()
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Posição supina, MS em</i> <i>debrincadeira, sem esforço físico</i> <i>Dist. Edema, dor - Sempostura</i> <i>funcional MS D</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>Fract. Rádio Distal (D)</i>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <i>FRATURA RADIO DISTAL (D)</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Médica (X)	Data do Internamento: <i>10, 6, 19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: <i>12 / 06 / 19</i>
Piorando ()	Transferência ()	Local: <i>LA</i>
Óbito + 48h ()	Evasão ()	
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Óbito em ____ / ____ / ____		
Hora: ____		Médico Responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 9 4 2 2 3 2 1 5 6

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/03/1996

9 - SEXO

Marc. ☐ Fuch. ☒

10 - Nº DO PRONTUÁRIO

00130320

11 - NOME DA MÃE

MARIA APARECIDA DA CONCEIÇÃO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA BENICIO NDE SOUSA RAMOS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SEKRA TALHADA

17 - CDD. ISO MUNICÍPIO

2613909

18 - UF

P E

19 - CEP

5 6 9 0 0 0 0 0

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Foram perseguidos MSD, de faculdades
Acadêmicas de Pernambuco, com
dores e Supressão funcional MSD

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de repouso

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

As perseguições de APE RPP

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 TERCÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Respeito

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040.9020/107

29 - CLÍNICA

30 - CARACTERIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/06/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO FOLHETO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CEGR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

261910502865-0

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603

Médico Autorizador

XI GERES

02

12

10.06.19 12.06.19



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO** portador (a) do RG 9871948 SD5-PB, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês JUNHO/2019.

Princesa Isabel-PB, 04 De Setembro 2019.


SANDRO FIGUEIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat. 019.035

PARA: EXCELSIOR SEGUROS (MATRIZ) SETOR DI-VAT

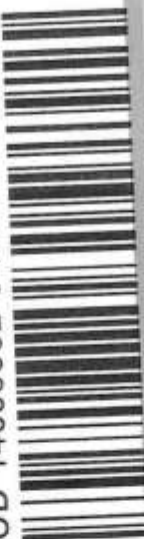
AVENIDA: MARQUES DE OLINDA, 175

RECIFE ANTIGO

RECIFE-PE

50.030.000



Correios		SEDEX	
PESO (kg)	AR	MP	
Recebador	Documento		
Assinatura	OD 14856662 8 BR		
			
FCB1737			

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Andressa Raiane da Conceição

portador(a) do documento de identidade nº 9.871.948, expedido por SDS-PE, em

17/01/2019, inscrito no CPF sob o nº 121.776.024-59, residente na

Lindinalva Nunes, nº 1036

complemento AP-13, Bairro Alto da Conceição, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 26 de Novembro de 2019

Outorgante X

Andressa Raiane da Conceição

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 38311-024

Reconheço a Firma por Autenticidade de ANDRESSA RAIANE DA CONCEIÇÃO. Dou Fé: Serra Talhada, PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva-Titular () Maria Lúcia de Sousa-Substituta. Emol-R\$ 3,39. TSNR-R\$ 0,80. FERC-R\$ 0,40. FERM-R\$ 0,04. FUNSEG-R\$ 0,08.

Selo: 0074872.UFX11201901.00298 26/11/2019 13:55:43
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445036/19

Vítima: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

CPF: 121.776.024-59

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

ANDRESSA RAIANE DA CONCEICAO : 121.776.024-59

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: 11/12/2019
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA