

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDREZA BATISTA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180444620**

Vítima: **ANDREZA BATISTA DE LIMA**

Data do Acidente: **20/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444620**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13410871



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444620 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IDENTIFIQUEI QUE NA PÁGINA 01 DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA, CITA LADO DIREITO DA FRATURA, PORÉM O RESTANTE DA DOCUMENTAÇÃO COMO RELATÓRIO DA CIRURGIA E RESUMO DE ALTA, CITA O LADO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

711.227.774-42

Nome completo da vítima

Andreza Batista de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Andreza Batista de Lima

CPF titular da conta

711.227.774-42

Profissão

Endereço

Rua da Begonia

Número

52

Complemento

Bairro

Mangabeira

Cidade

João Pessoa

Estado

Pb

CEP

58059-777

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRASECO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0617

DAV

CONTA

31787

DAV

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NOME

(Informar dígito se existir)

DAV

CONTA

NOME

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 24 de setembro de 2018

Local e Data

X Andreza Batista de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01752.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01752.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:18 horas do dia 13 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Andreza Batista de Lima**, CPF nº 711.227.774-42, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Diarista, filho(a) de Elizabete Fontes de Oliveira e Nelson Batista de Lima, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 08/03/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Begônias, Nº 52, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Cole Fio Afonso Pereira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98632-8181.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua: Diogenes Gomes da Silva, Costa do Sol -cidade Verde, Escola Municipal Afonso Pereira, João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/04/18 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

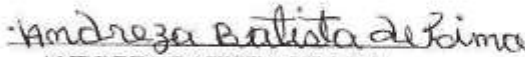
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a notificante tentava atravessar a rua, quando um veículo até então não identificado atropelou a notificante; que a mesma não sabe especificar a marca e modelo, nem o condutor, pois este ao atropelar a notificante evadiu-se do local sem prestar socorro; QUE devido ao impacto a notificante foi jogada ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 11572018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 29.08.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANDREZA BATISTA DE LIMA
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Andreza Batista de Lima CPF da Vítima: 711.227.774-42 Data do Acidente: 20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e afecção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

Andreza Batista de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

IMPRESSO PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUENOS
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 121908/ Atd: Nao Regul
Data: 20/04/2018
Hora: 19:41:18
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANDREZA BATISTA DE LIMA

Num. Prontuario: 2018.04.002988

CNS: 700505381970153 Sexo: F IDENTIDADE: 4364256 Fone: 986328181

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/03/1976 Id: 42 ano(s)

End.: RUA DAS BEGONIAS, 52

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ELIZABETE FONTES DE OLIVEIRA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DIARISTA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Rel.: FILHA - ALANA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violencia por: PROX DE CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Ci. Abd: - O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Trauma em TNE e ESE com Atropelamento.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Alana batista da silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 09/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREZA BATISTA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000031787-6

Nr. da Autenticação CDF2200805C26C9F

PROTCCLO
AG. JOAO PESSOA

JOÃO KLEBER DA SILVA SANTANA
 RUA AGOSTO F. JESUS COSTA QUARTZ 1077 SALA 25 - MAGADURA
 JOÃO PESSOA / PB CEP 58098384 (A3 1)

Enviado: 22/05/2018 Referência: Mai/2018
 Classe: BÚLT. COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO BÚLT. IN-25 - Data Recebto: João Pessoa/PB - 05/06/2018
 Reten: 12.4-292-490 Nº medidor: 2028987620

ENERGISA PARANÁ - DISTR. DE ENERGIA S/A
 BÚLT. IN-25 - Data Recebto: João Pessoa/PB - 05/06/2018
 CNPJ: 08.987.001/0001-40 - Ins. Est. 14.119.024-0

Uma Pessoa Conta de Energia Eletrônica em 12x
 CDB com Dth Automática: 0001698358-7

Mai/2018

22/05/2018

21/06/2018

1094222445

UC (Unidade Consumidora):

5/1698358-7

Basta o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet, você terá acesso a seguintes via de conta, mensagem de falhas, informações sobre fatura de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite estas facilidades.

PR

Calde

Data	Letura	Data	Letura		
22/04/18	1827	22/05/18	2043	1	216

	Quantidade	Taxa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
001 Consumo energia	221.000	0,591470	131.715,10	131.715,10	25	3.275,38	135.000,00	0,54	4.260,00
001 Adc. B. Atividade	2.12	2.12	25	25	2.12	2.01	2.01	2.01	2.01
0017 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	2.00	0,00	0	0,00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 Set. 2018

PROTOCCLO

AG. JOÃO PESSOA

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 Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andrezza Batista de Lencastre inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.227.774-42 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Andrezza Batista de Lencastre inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.227.774-42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Endereço Fiscal Jose E. Duarte</u>		<u>157</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Mangabeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58056-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 9 86634900</u>

João Pessoa de Setembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 1157/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº121908 e Prontuário nº 2018.04.002988, pertencentes a **ANDREZA BATISTA DE LIMA** que foi atendida dia 20/04/2018 às 19H41min, vítima de atropelamento, apresentando trauma de tornozelo direito.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/05/2018 com alta médica dia 05/05/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de agosto de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____

TB _____

NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Realizado*

Hipóteses Diagnósticas: *Infarto miocárdico*

Conduta: *Tratamento clínico*

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 10.114

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dois dorsais sob anest.

Incisão:

Longa e profunda do tarso

Achados:

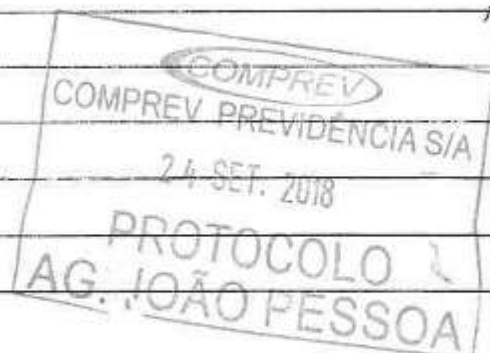
Conduta:

- 1) Lavar e curar
- 2) Apoiar de gesso
- 3) Anest. long e profunda do tarso
- 4) Fecho de 10 pontos mfl e 2 pf
- 5) Ponto para gesso anterior

Fechamento:

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia Traumatologia
Oncologia Metabólica e Squeletal
Crm. 123703/2017 TEOT 11797

OBS:



Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ANDREZA BATISTA DE LIMA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 20/04/2018		DATA DE ALTA: 05/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Medial do Tornozelo Esquerdo</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo medial</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *CEFALEXINA E DIPIRONA*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **7** dias para revisão.



05/05/2018
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.354.258 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/04/2015

NOME
ANDREZA BATISTA DE LIMA

FILIAÇÃO
NELSON BATISTA DE LIMA
ELIZABETE FONTES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 08/03/1976

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº1592 - LM A-02 FLS.101 - CAMPINHO CONCEIÇÃO-PB

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.115 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

Assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

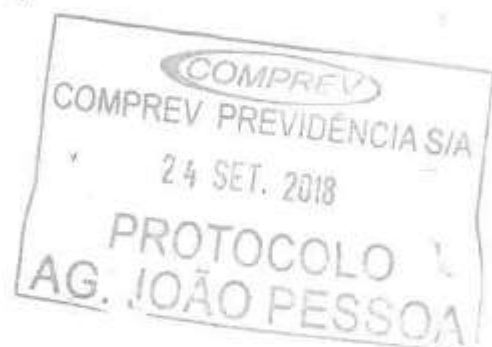
PREVIDENCIA S/A

24 SET. 2018

AG.

PROTOCOLO

ÇÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444620 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IDENTIFIQUEI QUE NA PÁGINA 01 DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA, CITA LADO DIREITO DA FRATURA, PORÉM O RESTANTE DA DOCUMENTAÇÃO COMO RELATÓRIO DA CIRURGIA E RESUMO DE ALTA, CITA O LADO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444620 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IDENTIFIQUEI QUE NA PÁGINA 01 DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA, CITA LADO DIREITO DA FRATURA, PORÉM O RESTANTE DA DOCUMENTAÇÃO COMO RELATÓRIO DA CIRURGIA E RESUMO DE ALTA, CITA O LADO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Andreza Batista de Lima
brasileiro(a), estado civil solteira, profissão
Diarista, CI RG nº 4.364-256
CPF/MF nº 711.227.774-42, residente e domiciliado(a) à Rua
dos Bejômios 52, Mangabeira,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58058-777, telefone
99342-1170, 98663-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 13 de setembro de 2018.

x Andreza Batista de Lima

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350185/18

Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA

CPF: 711.227.774-42

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/04/2018

Titular do CPF: ANDREZA BATISTA DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ANDREZA BATISTA DE LIMA : 711.227.774-42

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: 24/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA