

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 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 com 16 ou 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

Nome completo da vítima

705.392.774-10

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ANA CAROLINA DA SILVA LIMA	CPF titular da conta	705.392.774-10	Profissão	RECUSO
Endereço	Mia Próstada	Número	31	Complemento	Casa
Bairro	Nova Trindade	Cidade	Santa Rita	CEP	58919-000
Email				Telefone (DDD)	(33) 991807807

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

3348

D/V

CONTA

NRO.

38717

D/V

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(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, 30 de agosto de 2018

Local e Data

Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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 com 16 ou 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

Nome completo da vítima

705.392.774-10

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ANA CAROLINA DA SILVA LIMA	CPF titular da conta	705.392.774-10	Profissão	RECUSO
Endereço	Mia Próstada	Número	31	Complemento	Casa
Bairro	Nova Trindade	Cidade	Santa Rita	CEP	58919-000
Email				Telefone (DDD)	(33) 991807807

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

3348

D/V

CONTA

NRO.

38717

D/V

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(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, 30 de agosto de 2018

Local e Data

Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA
Nº 857/2018

ASSUNTO :

DATA E HORA DA OCORRENCIA: 30/08/2018

ÁS 09:00 HORAS

ÁREA DA OCORRÊNCIA: cidade de Santa Rita/PB.

NOTIFICANTE

Aos 30/08/2018, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, presente o DPC. GERALDO BATINGA DA SILVA, Adjunto desta Delegacia, comigo Escrivão do seu cargo, aí por volta de 09h:00, compareceu Ana Carolina da Silva Lima, brasileiro(a), solteira, com 20 anos de idade, nascido aos 26/11/1997, natural de João Pessoa/PB, alfabetizada, do lar, RG 4 173 . 343 Seds./PB, CPF 705.392.774 - 10, filho(a) de Hermano de Oliveira Lima e de Maria Nazaré Pereira da Silva, residente a Rua Projetada nº 31, quadra 07, lote, 08, Nova Trindade, Santa Rita/PB, - TEL: 083-986621579.

HISTÓRICO

Que, no dia 13 de maio do ano fluente, às 04:30 horas aproximadamente, a notificante tentava atravessar a avenida principal que dá cesso a Marcus Moura, precisamente em frente a praça ali existente, quando foi vítima de atropelamento por parte de uma motocicleta de placa e Condutor não identificado, até porque, logo após o impacto este evadiu-se do local, consequentemente a vítima foi socorrida para o Complexo Hospitalar Mangabeira, onde ficou diagnosticado Fratura de diafisária da Tíbia Esquerda, conforme certidão nº 1090/ 2018, do referido Hospital, apresentada. Diante do exposto solicita providências.

João Pessoa, 30 de agosto de 2018.

Ana carolina da silva lima
NOTIFICANTE

Everaldo Martins da Costa
Mat. 76.501-5



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA
Nº 857/2018

ASSUNTO :

DATA E HORA DA OCORRENCIA: 30/08/2018

ÁS 09:00 HORAS

ÁREA DA OCORRÊNCIA: cidade de Santa Rita/PB.

NOTIFICANTE

Aos 30/08/2018, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, presente o DPC. GERALDO BATINGA DA SILVA, Adjunto desta Delegacia, comigo Escrivão do seu cargo, aí por volta de 09h:00, compareceu Ana Carolina da Silva Lima, brasileiro(a), solteira, com 20 anos de idade, nascido aos 26/11/1997, natural de João Pessoa/PB, alfabetizada, do lar, RG 4 173 . 343 Seds./PB, CPF 705.392.774 - 10, filho(a) de Hermano de Oliveira Lima e de Maria Nazaré Pereira da Silva, residente a Rua Projetada nº 31, quadra 07, lote, 08, Nova Trindade, Santa Rita/PB, - TEL: 083-986621579.

HISTÓRICO

Que, no dia 13 de maio do ano fluente, às 04:30 horas aproximadamente, a notificante tentava atravessar a avenida principal que dá cesso a Marcus Moura, precisamente em frente a praça ali existente, quando foi vítima de atropelamento por parte de uma motocicleta de placa e Condutor não identificado, até porque, logo após o impacto este evadiu-se do local, consequentemente a vítima foi socorrida para o Complexo Hospitalar Mangabeira, onde ficou diagnosticado Fratura de diafisária da Tíbia Esquerda, conforme certidão nº 1090/ 2018, do referido Hospital, apresentada. Diante do exposto solicita providências.

João Pessoa, 30 de agosto de 2018.

Ana carolina da silva lima
NOTIFICANTE

Everaldo Martins da Costa
Mat. 76.501-5



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 <i>ANA CAROLINA DA SILVA LIMA</i>	CPF da Vítima <i>705.399.774-10</i>	Data do Acidente <i>13/05/2018</i>
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição 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.



Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 <i>ANA CAROLINA DA SILVA LIMA</i>	CPF da Vítima <i>705.399.774-10</i>	Data do Acidente <i>13/05/2018</i>
--------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição 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.



Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Ficha Nr: 127729 Atd: Nao Regu
Data: 13/05/2018
Hora: 05:03:35
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.05.001629

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/11/1996 Id: 21 ano(s)

End.: NAO INFORMADO, 0

Bairro: MARCOS MOURA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB

Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA

Tr Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado

QUEIXA Principal

Observacao

ATROPELAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Perdeu o sentimento de trauma.
Tremor per. + alterada consci.


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

Diagnóstico: Fratura exposta per. +

PROTÓCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Prescrição

Horário da medicacão

- Ibutam. pi. 200mg -
- Cefazol. 2g D 250mg
- ou azeite - Paracetamol 1000

Antitetânico 1000
ao onte c/cefa. 250mg
Dr. Lucio Pacelli Fernan
Medicina - Traumatolog
Surgica do Joelho

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
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

X Valter Henrique Pessanha

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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

Ficha Nr: 127729 Atd: Nao Regu
Data: 13/05/2018
Hora: 05:03:35
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.05.001629

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/11/1996 Id: 21 ano(s)

End.: NAO INFORMADO, 0

Bairro: MARCOS MOURA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB

Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA

Tr Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado

QUEIXA Principal

Observacao

ATROPELAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Perdeu o sentimento de trauma.
Tremor per. + alterada consci.


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

Diagnóstico: Fratura exposta per. +

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Prescrição

Horário da medicacão

- Ibutam. pi. 200mg -
- Cefazol. 2g D 250mg
- ou aze. amox. 1 grm + 1000 mg

Antitetanico 1000
ao onte c/cez. 1000 mg
Dr. Lucio Pacelli Fernan
Medicina - Traumatolog
Surgica do Joelho

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

X Valter Henrique Pessanha

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: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000008871-7

Nr. da Autenticação D85374BAD1F07CB3

 COMPREV

11 - 7018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

ALDE MORAES RERERA DA SILVA

RUA PROJETADA 31 QD 7 LT 08 - NOVA TRÍNDADE

CEP 58919000 - SANTA RITA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteliro: 17-009-371-4640

0

Referência: JUL/2016

Emissão: 29/07/2016

6

Nº 001.374.885


energi
HERCULANAS S/A

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.985.183 / 0001-48 Insc Est. 16.015.812

Nota Fiscal/Carta de Energia Eletric.

Ligaçāo gratuita Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00006656938

ENERGISA UNIDADE CONSUMIDORA

5/665693-8

Indicadores de Qualidade

LIMITE DA APURADO LIMITE DE TENSĀO (V)

Canal de Contato

 COMPREV

11 - 7018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

ALDE MORAES RERERA DA SILVA

RUA PROJETADA 31 QD 7 LT 08 - NOVA TRÍNDADE

CEP 58919000 - SANTA RITA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteliro: 17-009-371-4640

0

Referência: JUL/2016

Emissão: 29/07/2016

6

Nº 001.374.885


energi
HERCULANAS S/A

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.985.183 / 0001-48 Insc Est. 16.015.812

Nota Fiscal/Carta de Energia Eletric.

Ligaçāo gratuita Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00006656938

ENERGISA UNIDADE CONSUMIDORA

5/665693-8

Indicadores de Qualidade

LIMITE DA APURADO LIMITE DE TENSĀO (V)

Canal de Contato



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a ficha de atendimento nº 127729 corresponde à paciente **Ana Carolina da Silva Lima** RG nº 4.173.343 SSP/PB e não a **Maria Carolina Pereira da Silva**, contendo erro de digitação.

Informo que a mesma foi atendida neste **Complexo Hospitalar Mangabeira**, dia 13/05/2018 vítima de acidente por atropelamento, conforme ficha de atendimento nº 127729 em anexo.

Certifico ainda que o nome da paciente em questão esta correta de acordo com certidão nº 1090/2018.

Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessária.

Atenciosamente,

JOÃO PESSOA, 28/08/2018.

Odilene Márcia Fernandes
Assessora de Desenvolvimento Institucional
Mat. 86.501-0
Complexo Hosp. Mang. Gov. Tarcísio Buriti

Odilene Márcia Fernandes
ASSESSORA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL





CERTIDÃO

Nº 1090/2018

Atendendo solicitação de ANA CAROLINA DA SILVA LIMA de acordo com as buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 127729 e prontuário de Nº2018.05.1629 pertencentes à mesma que foi atendido dia 13/05/2018 às 05h03min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado cirurgia dia 13/05/2018 e alta médica 23/05/2018

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde
data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de agosto de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-FB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Antônio Laranjeira do Nascimento</i>				Registro:	
Idade: <i>43</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Unimed</i>	EMP:	LR:
Data: <i>13/05/18</i>	Cirurgião: <i>Dra. Rosângela Bernardo</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:				3º Assistente:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Instrumentador:	
				Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

4 Fk esp de Túbera Enquadrado

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

4 O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

4 Tratamento cirúrgico

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensiva Residência Óbito durante o Ato Cirúrgico

COMPREV
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
10/05/2018
COMPREV
PREVIDÊNCIAS
SIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.N na anestesia.
2. Asepsia + antiseptico.
3. Preparo da pele do campo cirúrgico.

Incisão:

Ø

Achados:

4 Fx diafisário da tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF 0,9% (Grautua).
6. LMC.
7. Retirada anotomica.
8. Fixação com prader extomal 4 pinos de rehos + Osseos.
9. Controle de escavação.
10. Fechamento por plâano + pele.
11. Curativo articular.
12. Ato cirúrgico bem intencional.

Fechamento:

OBS:

13. Sítio de controle

COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Data: 13/5/18	10 SET. 2018
PROTÓCOLO	
AG: JOÃO PESSOA	
Dr. Felipe Batista MÉDICO CRM-PB 111140	
MÉDICO/CRM	



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

Nome: _____ Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Dor em perna (e)

HDA: Quem de resto tem trânsito perna (e)
apresentado dor + descoloração + FST
de impotência funcional da MIE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume abdominal _____

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos []

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DMD [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

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

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
AR: _____	10 SET 2018
ABD: _____	PROTÓCOLO
AGU: _____ SME: _____ SN: _____	AG: JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Folho Exp. OSSOS do Pernete*Conduta: *Internar no tratamento clínico*

Dr. Indalecio Facetili de Moraes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 00077 TEOF 14247

 					
ANNE ANA CAROLINA DA SILVA LIMA					
PRONTUÁRIO N° 22.4 SENO F COR CLÍNICA Ortopedia				ENF. LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 12/05/2018		DATA DE ALTA: 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Diafisária de Tibia CID: S82.2					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <p>Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação externa. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</p>					
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 cetoprofeno.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
 10 set. 2018					
PROTÓCOLO JOÃO PESSOA					
Dr. Jorge Augusto Ortopedia/Traumatologia CRM 8127 - PB CRAM 20770 - PE ASS. MÉDICO / C.R.M					
DATA 13-05-18					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Antônio Lázaro da Silva Júnior</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/05/18</i>	Cirurgião: <i>Dra. Rosângela Bernardo</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:			T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

↳ Fl. esp de Túbera Enquadrado

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

↳ O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

↳ Tratamento cirúrgico

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensiva Residência Óbito durante o Ato Cirúrgico

10/05/2018
AG. 1040 PESSOAL
PROTÓCOLO
COMPREV
COMPREV
PREVIDÊNCIAS SIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posicionam em D.O.N. colo anotomado.
2. Limpeza + ant. sepsica.
3. Preparo do campo cirúrgico.

Incisão:

Q

Achados:

4 Fx diafísario da tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF 0,9% (Grautina).
6. LMC.
7. Retirada anotomica.
8. Fixação com prato extomal 4 pinos de rebo + Osseos (2x2).
9. Controle de escavação.
10. Fechamento por plâano + pele.
11. Curativo articular.
12. Ato cirúrgico bem intencional.

Fechamento:

OBS:

13. Sítio de controle

COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Data:	10 SET. 2018
PROTÓCOLO	
AG: JOÃO PESSOA	
Dr. Felipe Batista MÉDICO CRM-PB 111146	
MÉDICO/CRM	



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

Nome: _____ Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Dor em perna (e)

HDA: Quem de resto tem trânsito perna (e)
aggravamento dor + desforça-ção + F/1
de impotência funcional da MIE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume abdominal _____

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos []

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DMD [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

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

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
AR: _____	10 SET 2018
ABD: _____	PROTÓCOLO
AGU: _____ SME: _____ SN: _____	AG: JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Folho Exp Ossos do Pernete*Conduta: *Internar no tratamento clínico*

Dr. Indalecio Facchini de Moraes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 00077 TEOF 34247

 					
ANNE ANA CAROLINA DA SILVA LIMA					
PRONTUÁRIO N° 22.4 SENO F COR CLÍNICA Ortopedia				ENF. LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 12/05/2018		DATA DE ALTA: 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Diafisária de Tibia CID: S82.2					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMÓVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <p>Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação externa. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</p>					
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 cetoprofeno.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
 10 set. 2018					
PROTÓCOLO JOÃO PESSOA					
Dr. Jorge Augusto Ortopedia/Traumatologia CRM 8127 - PB CAM 20770 - PE ASS. MÉDICO / C.R.M					
23-05-18 DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Ara Lopes da Cunha
Silva

Larissa Melo

Paciente cirúrgico de 00000
de tânto, de ambos os lados
mão com fratura
no centro da ossificação
benigna sobre a fratura
estava o tratamento. Paus
em decorrência
ambas.

• nro: 582

31/10/18

Assinatura e Carimbo

J. L. Tasso da S. Chaves
CRM-PB 9233 / Especialização em Traumatologia
03220-000 / 31-3201-15816

CONTREV PREVIDÊNCIA S/A
PRO
FON. 031-3000-0000
19 NOV. 2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Adriana da Silva Leme</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/05/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Bernardo</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:			T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

↳ Fl. esp de Túber Enquadrado

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

↳ O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

↳ Tratamento cirúrgico

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensiva Residência Óbito durante o Ato Cirúrgico

10/05/2018
AG. 10 CAIO PESSOA
COMPREV
PROTÓCOLO
ENCAMINHAMENTO
PREVIDÊNCIAS SIA
JOÃO PESSOA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posicionam em D.O.N. colo anotomado.
2. Limpeza + ant. sepsica.
3. Preparo do campo cirúrgico.

Incisão:

Q

Achados:

4 Fx diafísario da tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF 0,9% (Grautina).
6. LMC.
7. Retirada anotomica.
8. Fixação com prato extomal 4 pinos de rebo + Osseos (2x2).
9. Controle de escavação.
10. Fechamento por plâano + pele.
11. Curativo articular.
12. Ato cirúrgico bem intencional.

Fechamento:

OBS:

13. Sítio de controle

COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Data:	10 SET. 2018
PROTÓCOLO	
AG: JOÃO PESSOA	
Dr. Felipe Batista MÉDICO CRM-PB 111146	
MÉDICO/CRM	



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

Nome: _____ Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Dor em perna (e)

HDA: Quem de resto tem trânsito perna (e)
aggravamento dor + desforça-ção + F/1
de impotência funcional da MIE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume abdominal _____

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos []

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DMD [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
 [] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

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

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
AR: _____	10 SET 2018
ABD: _____	PROTÓCOLO
AGU: _____ SME: _____ SN: _____	AG: JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Folho Exp OSSO do Peroné*Conduta: *Internar no tratamento cirúrgico*

Dr. Indalecio Facchini de Moraes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 00077 TEOF 34247

 					
ANNE ANA CAROLINA DA SILVA LIMA					
PRONTUÁRIO N° 22.4 SENO F COR CLÍNICA Ortopedia				ENF. LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 12/05/2018		DATA DE ALTA: 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Diafisária de Tibia CID: S82.2					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMÓVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <p>Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação externa. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</p>					
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 cetoprofeno.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
 10 set. 2018					
PROTÓCOLO JOÃO PESSOA					
Dr. Jorge Augusto Ortopedia/Traumatologia CRM 8127 - PB CAM 20770 - PE ASS. MÉDICO / C.R.M					
23-05-18 DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a ficha de atendimento nº 127729 corresponde à paciente **Ana Carolina da Silva Lima** RG nº 4.173.343 SSP/PB e não a **Maria Carolina Pereira da Silva**, contendo erro de digitação.

Informo que a mesma foi atendida neste **Complexo Hospitalar Mangabeira**, dia 13/05/2018 vítima de acidente por atropelamento, conforme ficha de atendimento nº 127729 em anexo.

Certifico ainda que o nome da paciente em questão esta correta de acordo com certidão nº 1090/2018.

Sem mais para o momento, colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessária.

Atenciosamente,

JOÃO PESSOA, 28/08/2018.

Odilene Márcia Fernandes
Assessora de Desenvolvimento Institucional
Mat. 86.501-0
Complexo Hosp. Mang. Gov. Tarcísio Buriti

Odilene Márcia Fernandes
ASSESSORA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL





CERTIDÃO

Nº. 1090/2018

Atendendo solicitação de ANA CAROLINA DA SILVA LIMA de acordo com as buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 127729 e prontuário de Nº2018.05.1629 pertencentes à mesma que foi atendido dia 13/05/2018 às 05h03min, vítima de atropelamento, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia esquerda. Realizado cirurgia dia 13/05/2018 e alta médica 23/05/2018

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde
dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de agosto de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-FB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Antônio Laranjeira do Nascimento</i>				Registro:	
Idade: <i>43</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Unimed</i>	EMP:	LR:
Data: <i>13/05/18</i>	Cirurgião: <i>Dra. Rosângela Bernardo</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:				3º Assistente:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Instrumentador:	
				Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

↳ Fk esp de Túbera Enquadrado

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

↳ O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

↳ Tratamento cirúrgico

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensiva Residência Óbito durante o Ato Cirúrgico

COMPREV
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
10/05/2018
COMPREV
PREVIDÊNCIAS
SIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.N na anestesia.
2. Asepsia + antiseptico.
3. Preparo da pele do campo cirúrgico.

Incisão:

Ø

Achados:

4 Fx diafisário da tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF 0,9% (Grautua).
6. LMC.
7. Retirada anotomica.
8. Fixação com prader extomal 4 pinos de rehos + Osseos.
9. Controle de escavação.
10. Fechamento por plâano + pele.
11. Curativo articular.
12. Ato cirúrgico bem intencional.

Fechamento:

OBS:

13. Sítio de controle

COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Data: 13/5/18	10 SET. 2018
PROTÓCOLO	
AG: JOÃO PESSOA	
Dr. Felipe Batista MÉDICO CRM-PB 111140	
MÉDICO/CRM	



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

Nome: _____ Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Dor em perna (e)

HDA: Quem de resto tem trânsito perna (e)
apresentado dor + descoloração + FST
de impotência funcional da MIE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume abdominal _____

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos []

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DMD [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
 [] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

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

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

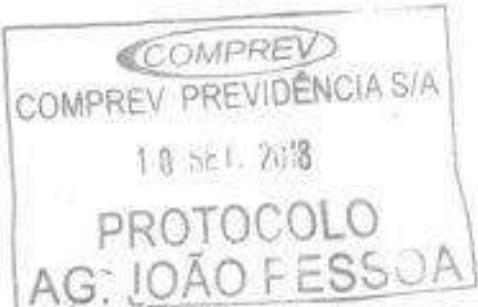
Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
AR: _____	10 SET 2018
ABD: _____	PROTÓCOLO
AGU: _____ SME: _____ SN: _____	AG: JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

 					
ANNE ANA CAROLINA DA SILVA LIMA					
PRONTUÁRIO N° 22.4 SENO F COR CLÍNICA Ortopedia				ENF. LEITO	
DATA DE ADMISSÃO: 12/05/2018		DATA DE ALTA: 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura Diafisária de Tibia CID: S82.2					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <p>Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação externa. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</p>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorna 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 cetoprofeno.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
 10 set. 2018					
PROTÓCOLO JOÃO PESSOA					
Dr. Jorge Augusto Ortopedia/Traumatologia CRM 8127 - PB CRAM 20770 - PE ASS. MÉDICO / C.R.M					
DATA 13-05-18					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.173.343 -

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/06/2013

NOMEANA CAROLINA DA SILVA LIMA

FILIAÇÃO HERMANO DE OLIVEIRA LIMA

MARIA NAZARÉ PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

- DOC ORIGEM

IASC. N. 68499 FLS. 265V LTIV.A-63

CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF

705.392.774-10

José Pessoa - PB

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET 2013

PROTÓCOLO
AG^º JOÃO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO
26/11/1997

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.173.343

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/06/2013

NOMEANA CAROLINA DA SILVA LIMA

FILIAÇÃO HERMANO DE OLIVEIRA LIMA

MARIA NAZARÉ PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

- DOC ORIGEM

IASC. N. 68499 FLS. 265V LTIV.A-63

CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF

705.392.774-10

José Pessoa - PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET 2013

PROTÓCOLO
AG^º JOÃO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO
26/11/1997

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



Seguradora Lider • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **ANA CAROLINA DA SILVA LIMA**
 DATA DO ACIDENTE **13/05/2018** CPF DA VITIMA **705392-774-10**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº **COMPLEMENTO** **BAIRRO**
 CIDADE **UF** **CEP**

E-MAIL **TELEFONE ()**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE ALUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> • MORTE = R\$ 13.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADA PREVISTA NA LEI 6.194/74. • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. | O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR , PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO , ACESSE WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **30/08/2018**
IDENTIDADE **417334355018**

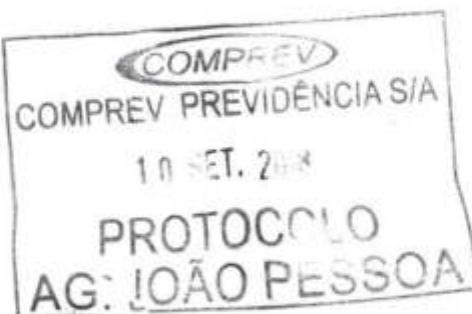
ASSINATURA **Ana Carolina da Lima**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Silva Lima



Seguradora Lider • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **ANA CAROLINA DA SILVA LIMA**
 DATA DO ACIDENTE **13/05/2018** CPF DA VITIMA **705392-774-10**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº **COMPLEMENTO** **BAIRRO**
 CIDADE **UF** **CEP**

E-MAIL **TELEFONE ()**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE ALUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MORTE = R\$ 13.500,00 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADA PREVISTA NA LEI 6.194/74. • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

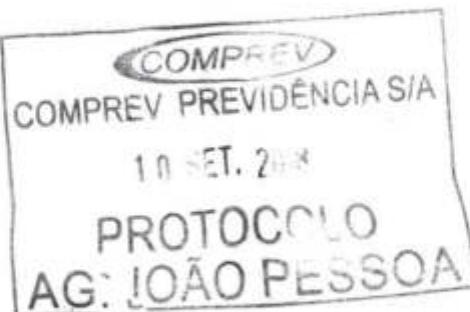
DATA **30/08/2018**IDENTIDADE **417334355018**ASSINATURA **Ana Carolina da Lima**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Silva Lima

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180543644 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418860/18

Vítima: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

CPF: 705.392.774-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2018

Titular do CPF: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA : 705.392.774-10

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: 19/11/2018
Nome: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA
CPF: 705.392.774-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

RENATO LUNA DIAS

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180543644

Vítima: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 13/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543644**.

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

