

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:

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	Meuuso
Endereço	Rua Prostada		Número	31	Complemento	Casa
Bairro	Nova Trindade	Cidade	Santa Rita	Estado	PB	CEP
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

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. 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:

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	Meuuso
Endereço	Rua Prostada		Número	31	Complemento	Casa
Bairro	Nova Trindade	Cidade	Santa Rita	Estado	PB	CEP
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

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. 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 OCORRÊNCIA: 30/08/2018

ÀS 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
Everaldo Martins da Costa
Mat. 76.501-5



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA
Nº 857/2018

ASSUNTO :
DATA E HORA DA OCORRÊNCIA: 30/08/2018
ÀS 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

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

CPF da Vítima

705.392.774-10

Data do Acidente

13/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

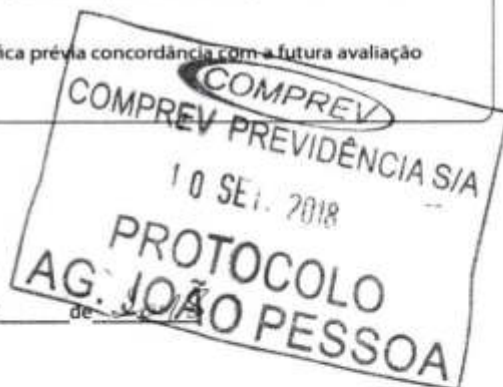
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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.



Soão Luma, 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 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

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

CPF da Vítima

705.392.774-10

Data do Acidente

13/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

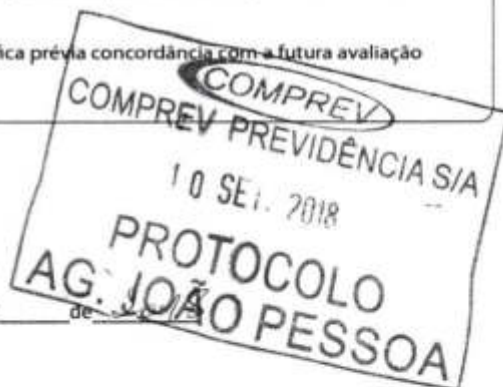
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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.



Soão Luma, 30 de agosto de 2018

Local e Data

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
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0 Num. Prontuario: 2018.05.001629
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:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

A - PELOAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Queixa de dor com trauma
seguido de deformidade*

Diagnostico *Fratura Exposta* *com* *deformidade*

Prescricao

Horario da medicacao

*Interno - 100 mg
- Capsulas 29 (29 mg)
- 100 mg - 100 mg*



*Antitrombotico TMO
no outro lado
Dr. Rocio Pocielli Fernandes
Traumatologia
Cirurgia do Joelho*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

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
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0 Num. Prontuario: 2018.05.001629
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:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

ATROPELAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Queixa de dor com trauma
seguido de deformidade*

Diagnostico

Fratura Exposta por trauma

Prescricao

Horario da medicacao

*Interno - pt Cirurg
- Capsoleto 2g 3x ao dia
- analgico 3x ao dia*

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
10 SET. 2018
PROTOCOLO
AG: JOAO PESSOA

*Antitrombotico TMO
no outro lado
Dr. Rocio Pocielli Fernandes
Traumatologia
Cirurgia do Joelho*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

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:

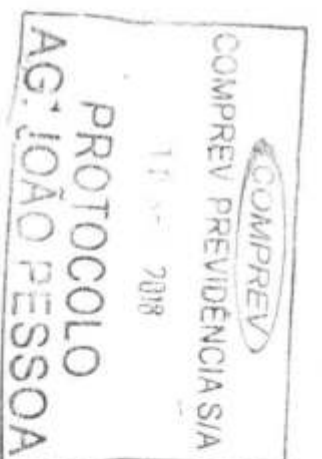
CLIENTE: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000008871-7

Nr. da Autenticação D85374BAD1F07CB3



ALDE MORAES PEREIRA DA SILVA
RUA PROJETADA 31 QD 7 LT 08 - NOVA TRINDADE
CEP 58919000 - SANTA RITA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteiro: 17-009-371-4640

Nº do Medidor: 000008291576

0

Referência: JUL/2016

Emissão: 29/07/2016

6



HECADA NA TUA VIDA

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-100
CNPJ 08.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.82

Nº 001 374.885
Nota Fiscal/Conta de Energia Excl.

Atendimento ao Cliente FINECLISA
Atendimento aos Clientes em Português e Inglês



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA APURADO
AMELI

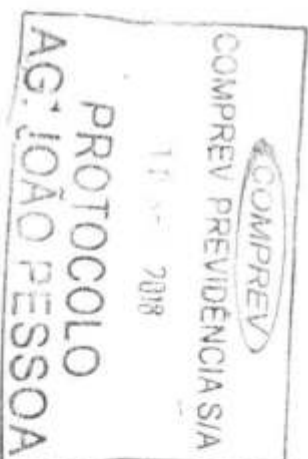
LIMITE DE TENSÃO (V)

Identificador para Débito Automático: 0000656938

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/665693-8

Canal de Contato



ALDE MORAES PEREIRA DA SILVA
RUA PROJETADA 31 QD 7 LT 08 - NOVA TRINDADE
CEP 58919000 - SANTA RITA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteiro: 17-009-371-4640

Nº do Medidor: 000008291576

0

Referência: JUL/2016

Emissão: 29/07/2016

6



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br 230, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-100
CNPJ 08.095.183 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.82

Nº 001 374.885
Nota Fiscal/Conta de Energia Exat

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Atendimento: 24 horas, 7 dias por semana



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA APURADO
AMELI

LIMITE DE TENSÃO (V)

Identificador para Débito Automático: 0000656938

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/665693-8

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 nº1090/2018.

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 Burty

Odilene Márcia Fernandes
ASSESSORA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL





CERTIDÃO

Nº. 1090/2018

Atendendo solicitação de **ANA CAROLINA DA SILVA LIMA** de acordo com 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 Nº 2018.05.1629 pertencentes a 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 da tíbia esquerda. Realizada cirurgia dia 13/05/2018 e alta médica 23/05/2018

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

João Pessoa, 17 de agosto de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posicionam em D.O.N. sob anestesia
2. Anestesia + ant. sepsis
3. A. posição de campo estéril

Incisão: Ø

Achados:

4. FX diáfisária de tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF0.9% (Exaustiva)
6. LMC.
7. Redução anatómica.
8. Fixação com prador externo 4 pinos de tchao + Os. Bacia
9. Controle de escapes
10. Fechamento por plano + pele
11. Curativo estéril
12. Rto cirúrgico com intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Solicito R.T. de controle

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Data: 13/5/18

Dr. Felipe Batista
Dr. Felipe Batista
MÉDICO
CRM-PB 11126
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/18

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: Queixa de muito cansaço em perna (E)
apresentando dor + alterações + FII
e impotência funcional da MIF

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Prurido ☐ Sudor
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ 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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidade
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA					
FORMULÁRIO DE ALTA					
NOME: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 31 A	SEXO: F	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 11/05/2018		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: Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia					
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: <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> 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, antitrombótica 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 local. 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.					
DATA: 23.05.18.					
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					

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127 - PB
RPM 20770 - PE



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posicionam em D.O.N. sob anestesia
2. Assepsia + ant. sepsis
3. A posição de campo estéril

Incisão: Ø

Achados:

4. FX diáfisário de tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF0.9% (Exaustiva)
6. LMC.
7. Redução anatómica.
8. Fixação com prador externo 4 pinos de tchao + Os. Bacia
9. Controle de escapes
10. Fechamento por plano + pele
11. Lavagem extensa
12. Rto cirúrgico com intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Solicito RX de controle

Data: 13/5/18

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Dr. Felipe Batista
Dr. Felipe Batista
MÉDICO
CRM-PB 11125
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/18

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: Queixa de muito cansaço em perna (E)
apresentando dor + dor nas costas + FII
e impotência funcional da MIF

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposou [] Deformidade [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos [] Outros: _____

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



FORMULÁRIO DE ALTA					
PACIENTE: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA					PRONTUÁRIO Nº
IDADE 31 A	SEXO F	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 11/05/2018		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 Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia					
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 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, antitrombótica 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 cetoprofeno.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
23.05.18 DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127 - PB
RPM 20770 - PE
ASS. MÉDICO / C.R.M



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Ana Carolina Oliveira

Sua mãe

Laura Mônica

Paciente vítima de acidente
de trânsito, de caráter motor
com fratura de
fêmur esquerdo de grau
Paciente atendida a fratura
estável p/ tratamento. Receber
um medicamento para
dor.

110-582

31/10/18

Assinatura e Carimbo

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293 / TEOT 15616

COAPREV PREVIDENCIA S/A
19 NOV. 2018



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posicionam em D.O.N. sob anestesia
2. Assepsia + ant. sepsis
3. A posição de campo estéril

Incisão: Ø

Achados:

4. FX diáfisário de tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF0.9% (Exaustiva)
6. LMC.
7. Redução anatómica.
8. Fixação com prador externo 4 pinos de tchao + Os. Bacia
9. Controle de escapes
10. Fechamento por plano + pele
11. Curativo estéril
12. Atto cirúrgico com intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Solicito RX de controle

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Data: 13/5/18

Dr. Felipe Batista
Dr. Felipe Batista
MÉDICO
CRM-PB 11125
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/18

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: Queixa de dor em perna (E)
apresentando dor + alterações + FII
e impotência funcional da MIF

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náusea
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

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

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



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA					
FORMULÁRIO DE ALTA					
NOME: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 31 A	SEXO: F	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: 11/05/2018		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: Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia					
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: <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> 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, antitrombótica 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 cetoprofeno.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
DATA: 23.05.18.					
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					

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127 - PB
RPM 20770 - PE

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 nº1090/2018.

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 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 Nº 2018.05.1629 pertencentes a 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 da tíbia esquerda. Realizada cirurgia dia 13/05/2018 e alta médica 23/05/2018

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

João Pessoa, 17 de agosto de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posicionam em D.O.N. sob anestesia
2. Anestesia + ant. sepsis
3. A. posição de campo estéril

Incisão: Ø

Achados:

4. FX diáfisária de tíbia esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF0.9% (Exaustiva)
6. LMC.
7. Redução anatómica.
8. Fixação com prador externo 4 pinos de tchao + Os. Bacia
9. Controle de escapes
10. Fechamento por plano + pele
11. Lavagem extensa
12. Rto cirúrgico com intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Solicito RX de controle

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Data: 13/5/18

Dr. Felipe Batista
Dr. Felipe Batista
MÉDICO
CRM-PB 11126
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/18

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: Queixa de muito cansaço em perna (E)
apresentando dor + alterações + FII
e impotência funcional da MIF

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ 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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidade
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA					
FORMULÁRIO DE ALTA					
NOME: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 31 A	SEXO F	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 11/05/2018		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 Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia					
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 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, antitrombótica 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 cetoprofeno.					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
23.05.18 DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127 - PB
RPM 20770 - PE
ASS. MÉDICO / C.R.M

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

ASSINATURA DO TITULAR

Ana Carolina da Silva Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE





COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 Set. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO FESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.173.343

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/06/2013

NOME ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

FILIAÇÃO HERMANO DE OLIVEIRA LIMA
MARIA NAZARÉ PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
26/11/1997

DOC ORIGEM

ASC.N.68499 ELS.265V LIV.A-63

CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

CPF

705.392.774-10

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MÍDIA DO BRASIL

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET 2013
PROTOCOLO
AGT JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

ASSINATURA DO TITULAR

Ana Carolina da Silva Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE





COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

10 Set. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO FESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.173.343

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/06/2013

NOME ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

FILIAÇÃO HERMANO DE OLIVEIRA LIMA
MARIA NAZARÉ PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
26/11/1997

DOC ORIGEM

ASC.N.68499 ELS.265V LIV.A-63

CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

CPF

705.392.774-10

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MÍDIA DO BRASIL

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET 2013
PROTOCOLO
AGT JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANACAROLINA DA SILVA LIMA

DATA DO ACIDENTE 13/05/2018 CPF DA VÍTIMA 705392774-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE		RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA	
DATA	<u>30/08/2018</u>	DATA	
IDENTIDADE	<u>417334355948</u>	NOME	
ASSINATURA	<u>Ana Carolina da Silva Lima</u>	ASSINATURA	



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANACAROLINA DA SILVA LIMA

DATA DO ACIDENTE 13/05/2018 CPF DA VÍTIMA 705392774-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (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 RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/08/2018

IDENTIDADE 4173343 SSP/RS

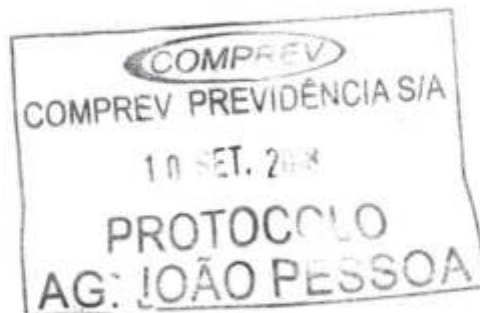
ASSINATURA Ana Carolina da Silva Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



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

Valoração 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:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418860/18

Vítima: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

CPF: 705.392.774-10

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2018

Titular do CPF: ANA CAROLINA DA SILVA 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
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

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13617138

