



Número: **0800238-71.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA CAROLINA DA SILVA LIMA (AUTOR)	CLARA PEREIRA GERONIMO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45036 267	28/06/2021 14:32	<u>Petição</u>	Petição
45036 270	28/06/2021 14:32	<u>2737362_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
45036 271	28/06/2021 14:32	<u>2737362_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANEXO_02</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814321832700000042804544>
Número do documento: 21062814321832700000042804544

Num. 45036267 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08002387120208150331

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANA CAROLINA DA SILVA LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Dianete da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 24 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322003600000042804547>
Número do documento: 21062814322003600000042804547

Num. 45036270 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322003600000042804547>
Número do documento: 21062814322003600000042804547

Num. 45036270 - Pág. 2



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraalider.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 de 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	Trechista
Endereço	Rua Presidente	Número	31	Complemento	Casa
Bairro	Nova Trindade	Cidade	Santa Rita	CEP	58919-000
Email		Estado	PB	Telefone (DDD)	(31) 991207807

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
X CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)		ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			CONTAS PESSOA
AGÊNCIA N.R.O.	D/V	CONTA N.R.O.	D/V
3348		3871	7
(Informar digito se existir)		(Informar digito 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 30 de agosto de 2018

Ara coralina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EAPPE 001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21
<http://sic.tjpb.jus.br:80/sic/Processo/ConsultaDocumentos/listView.aspx?x=2106281423211120000004280418>

Número do documento: 3106281422211200000042804548

Num. 45026271 Pág. 1



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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	ANNA CAROLINA DA SILVA LIMA	CPF titular da conta	705.392.774-10	Profissão	RECUSO
Endereço	Mia Iugtada	Número	31	Complemento	Casa
Bairro	Nova Trindade	Cidade	Santa Rita	Estado	PB
Email		CEP	58919-000	Telefone (DDD)	(31) 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
	R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	CONTAS CORRENTE (todos os bancos)	
BRADESCO (237)	BANCO DO BRASIL (001)	ITAU (341)	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.R.O.	D/V	CONTA N.R.O.	D/V
3348		3871	7
(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.

Itaú 30 de agosto de 2018
Local e Data

Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL - Fone: 83-3218.5357



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.

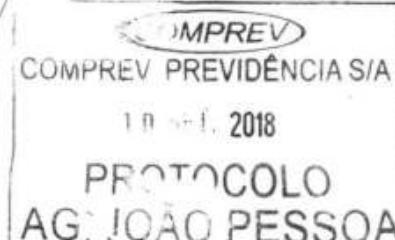
HISTÓRICO

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 Tibia Esquerda, conforme certidão nº 1090/ 2018, do referido Hospital, apresentada. Diante do exposto solicita providências.

João Pessoa, 30 de agosto de 2018.

Bns esralina da silva lima
NOTIFICANTE

Everaldo Martins da Costa
Mat. 76.501-5





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL - Fone: 83-3218.5357



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.

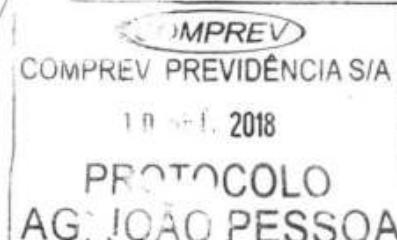
HISTÓRICO

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 Tibia Esquerda, conforme certidão nº 1090/ 2018, do referido Hospital, apresentada. Diante do exposto solicita providências.

João Pessoa, 30 de agosto de 2018.

Bns esralina da silva lima
NOTIFICANTE

Everaldo Martins da Costa
Mat. 76.501-5





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 **705.393.774-10** 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 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.

João Pessoa, 30 de agosto
Local e Data

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SEI. 2018
PROTÓCOLO AG: JOÃO PESSOA

Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 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 **705.393.774-10** 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 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.

João Pessoa, 30 de agosto
Local e Data

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SEI. 2018
PROTÓCOLO AG: JOÃO PESSOA

Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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

Nome: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
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

Tp 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

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
		[] Vomito

QUEIXA Principal

Observacao

ATROPELAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Entrou de auto com trauma de
Ferimento aberto + desferimento

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018

Diagnóstico

Fatura Exposta p/mie

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Prescrição

Horário da medicacão

- Tabaco p/ cigarro
- Cefazolino 2g D 3gotas
- para mma e Fractura MIE

Antitetânico 1000
ao onho Cefazolino 1000
Dr. José Pucelli Fernan
Medicina - Traumatolog
cirurgia do Joelho



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

DESTINO DO PACIENTE

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

Valdez, Hacienda Puma

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura o Gabinete do M. u.



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

Nome: MARIA CAROLINA PEREIRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
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

Tp 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

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
		[] Vomito

QUEIXA Principal

Observacao

ATROPELAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

João de auto corr trave
Ferimento aberto + desinfecção

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 SET. 2018

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Diagnóstico
Fator Exposto para:

Prescrição

Horário da medicacão

- Tabaco pt cigarro
- Cefazolino 2g D 3gotas
- Paracetamol 1000 mg

Antitetânico IM
ao antro cefazolino TTO
Dr. José Pucelli Fernan
Medicina - Traumatolog
cirurgia do joelho



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Valdez, Hacienda Puma

Assinatura do Paciente (Responsável)

Assinatura o Semeão da M. V.



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322111200000042804548>
Número do documento: 21062814322111200000042804548

Num. 45036271 - Pág. 11

 COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

TJ PB - 7/08

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALDE MOREIRA FERREIRA 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: 00008291576

Referência: JUL/2016

Emissão: 29/07/2016

6

Nº 001 374 885

Ligaçāo gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00006656938

 energisa
LITAFOL PARAÍBA

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.095.183 / 0001-48
Insc. Est. 16.915.81

5/665693-8

Indicadores de Qualidade	LIMITES DA APURADO	LIMITE DE TENSĀO (V)
ANEEL		

Canal de Contato



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322111200000042804548>
Número do documento: 21062814322111200000042804548

Num. 45036271 - Pág. 12

Scanned by CamScanner

 COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

TJ PB - 7/08

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALDE MOREAS FERREIRA 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: 00008291576

Referência: JUL/2016

Emissão: 29/07/2016

6

Nº 001 374 885

Ligaçāo gratuita Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00006656938

 ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA.
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.095.183 / 0001-48 INSC. EST. 16.915.81

5/665693-8

Indicações de Garantia

LIMITES DA ANEEL

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 Hosa, Mang, Gov. Tarcisio Buriti

Odilene Márcia Fernandes
ASSESSORA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL



Rua. Nossa Senhora da Luz, S/N – Mangabeira II – João Pessoa – Paraíba CEP 58056-693
PABX: (83) 218.9727 Fax: 218.9725





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 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 tíbia 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, declaro 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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Ana Carolina da Silva Lima</i>				Registro:	
Idade: <i>13</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/05/19</i>	Cirurgião: <i>Dra. Rosângela Oliveira</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I: <i>10:00</i>	T: <i>12:00</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>4º Fk exp de Túnel Enquadrado</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>4º O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>4º Tratamento cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não		Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 (-) Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.H. sob anestesia
2. Antissepsia + antinevralgia
3. Preparo do campo cirúrgico

Incisão:

Achados:

4. Fx diafrágico da ilíaca esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF 0.9% (Granulada)
6. L.M.C.
7. Ressecção anatômica
8. Fixação com furoto arônico 4 pinos de rachas + 00. Brilho)
9. Controle sob escavação
10. Fechamento por plâano + pele.
11. Equívoco articular
12. Ato cirúrgico sem intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Sutura feita de controle

OMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Data: 13/5/18	10 SET. 2018
PROTÓCOLO	
AG: JOÃO PESSOA	

Dr. Fellipe Batista
MÉDICO CRM-PB 13281146
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

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

QPD: Dor no peito ()

HDA: Quem de norte tem trânsito em peito ()
apertando dor + desaceleração + FTT
de impotência funcional do MTE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudore []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 []Soliço []Regurgitação []Hematémese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume corporal _____

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 _____



Nome: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 26 A	SEXO: F	COR:	CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO	
DATA DE ADMISSÃO 23/05/2018		DATA DE ALTA: 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia</i>					CID <i>S82.2</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDICÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO		() A PEDIDO		() CURADO		()
RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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, antitrombolítica 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 aplicar 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						

*COMPREV
COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A
10-05-1.2018*

*PROTÓCOLO
AG: JOÃO PESSOA*

*Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Trumatologia
CRM 8127 - PB
CRM 20770 - PE*

ASS. MÉDICO / C.R.M



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
↳ Fk esp de Túlio Enquadrado	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
↳ O mesmo	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
↳ Tumoreto suíngico	

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico		

10 de 10 de 2018
PROTÓCOLO
TACIOPESSO 1
COMPREV
COMPREV
PREVIDENCIASIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.H. sob anestesia
2. Atépsico + antralgico.
3. Preparo do campo cirúrgico.

Incisão:

Achados:

4. Ex diaplorio da túnica vaginal

Conduta:

5. Limpeza com SF 0.9% (Granulada)
6. L.M.C.
7. Isolamento anatômico.
8. Fixação com fio de suture 4 pinos de rachas + 00 Brilhar
9. Controle sob escavação
10. Fechamento por plano + pele.
11. Evacuado interno
12. Ato cirúrgico sem intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Sutura EX de controle

	COMPREV
	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Data: 13/5/18	10 SET. 2018
	PROTOCOLO
	AG: JOÃO PESSOA

Dr. Fellipe Batista
MÉDICO
CRM-PB 111146
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

Nome: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____ 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: Doenças que o paciente tem ou teve:
- Doença cardíaca + hipertensão + FII
- Impotência funcional da MIE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudore []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []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 []Hematémese []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 _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []JDM []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 AG: JOÃO PESSOA
AGU:	
SME:	
SN:	

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fibrose Esp. OSSOS da Perna*Conduta: *Internar no tratamento clínico*

Dr. Indalecio Facelli Fernandes
 Ortopedia, Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 0007 TEOF 34247



 					
Nome: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA				PRONTUÁRIO Nº	
idade: 26 A	SEXO F	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 23/05/2018		DATA DE ALTA 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA 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 ()	
RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES:</small> Paciente portadora(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.					
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 aplicar 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 Dr. Jorge Augusto Ortopedia/Trumatologia CRM 8127 - PE CRM 20770 - PE					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Scanned by CamScanner






RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

 NOME: Ara Lenehert Oto
Sua nub
Laura Moreira

 Passeio cívico de exercícios
 de tanto, de outro lado
 não com futebol
 só com os amigos
 Passeio a futebol
 é pra trocar de lugar
 um alegre mês
 embaçal.

PRO
 F.C. JOÃO PESSOA
 19 NOV. 2018
 COMPREV PRÉVIDÊNCIA S/A

IN: 582
 31/10/18
 Assinatura e Carimbo
 Dr. Suelio da S. Chaves
 Odontologista - Odontologia
 CRM-PB 9293 / TEC 15616

Scanned by CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>José Caroline do Nascimento</i>				Registro:	
Idade: <i>70</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Unimed</i>	EMP: <i></i>	LR: <i></i>
Data: <i>2005-12-12</i>	Cirurgião: <i>Dra. Rosângela Oliveira</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I: <i></i>	T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>4 Fáscia de Tumor Exequido</i>					
CID					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>4 Tratamento Curativo</i>					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 (x) Não		
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 (x) Não		
Descreva:					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2(-) Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.H. sob anestesia
2. Atépsico + antralgico.
3. Preparo do campo cirúrgico.

Incisão:

Achados:

4. Ex diaplorio da túnica vaginal

Conduta:

5. Limpeza com SF 0.9% (Granulada)
6. L.M.C.
7. Isolamento anatômico.
8. Fixação com fio de suture 4 pinos de rachas + 00 Brilhar
9. Controle sob escavação
10. Fechamento por plano + pele.
11. Evacuado interno
12. Ato cirúrgico sem intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Sutura EX de controle

	COMPREV
	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Data:	10 SET. 2018
PROTÓCOLO	
AG: JOÃO PESSOA	

Dr. Fellipe Batista
MÉDICO
CRM-PB 111146
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

Nome: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Prontuário: _____ 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 norte com trauma em perna (E)
aggravado dor + descoloração + FTT
de impotência funcional da MTE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudore []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tenturas []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 []Hematémese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume corporal _____

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 _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []JDM []JTB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____ AN _____

Antecedentes Familiares:

HAS DM TB NEO

RAS _____ DM _____ ID _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: **Kg** Altura: **m** IMC = PA=

Peso: _____ kg Altura: _____ m IMC: _____ TA: _____ EC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral:

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia):

Gänglios:

Pele:

ACV: **COMPREV** COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

AR: 10 SET 2018

ABD: **PROTOCOLLO**

AG-1000 PESSOA

AGU: AG. JOÃO PESSOA

SME: _____

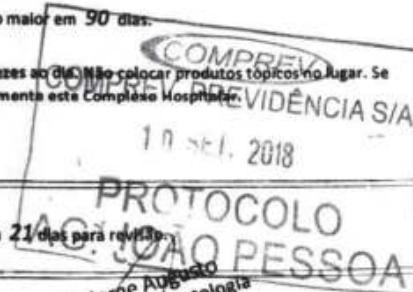
Downloaded from www.jstor.org at 09:45 09 January 2015

Hipóteses Diagnósticas: Dolor Fijo Dorsal de Truncos

Conduita: Interesse no turismo cultural

Dr. Indalecio Paetil Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 0039 TECOT 142-1



 					
Nome: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA				PRONTUÁRIO Nº	
idade: 21 A	SEXO F	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 23/05/2018		DATA DE ALTA 22/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia</i>				CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA 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 ()	
RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES:</small> Paciente portadora(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.					
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 aplicar 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.					
 PROTOCOLO AG: JOAO PESSOA Dr. Jorge Augusto Ortopedia/Trumatologia CRM 8127 - PB CRM 20770 - PE ASS. MÉDICO / C.R.M					
DATA 23-05-18					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Scanned by CamScanner



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 Hosa, Mang, Gov. Tarcisio Buriti

Odilene Márcia Fernandes
ASSESSORA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL



Rua. Nossa Senhora da Luz, S/N – Mangabeira II – João Pessoa – Paraíba CEP 58056-693
PABX: (83) 218.9727 Fax: 218.9725





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 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 tíbia 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, declaro 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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Ana Carolina da Silva Lima</i>				Registro:	
Idade: <i>13</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/05/19</i>	Cirurgião: <i>Dra. Rosângela Oliveira</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I: <i>10:00</i>	T: <i>14:00</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fractura de Tíbia Enquadrado</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Tratamento cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não		Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 (-) Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

10/06/2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
COMPREV
PREVIDÊNCIAS
AG

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.H. sob anestesia
2. Antissepsia + antinevralgia
3. Preparo do campo cirúrgico

Incisão:

Achados:

4. Fx diafrágico da ilíaca esquerda

Conduta:

5. Limpeza com SF 0,9% (Granulada)
6. L.M.C.
7. Ressecção anatômica
8. Fixação com furoto arônico 4 pinos de rachas + 00. Brilho
9. Controle sob escavação
10. Fechamento por plâano + pele.
11. Equívoco articular
12. Ato cirúrgico sem intercorrência.

Fechamento:

OBS:

13. Sutura feita de controle

	COMPREV
	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Data: 13/5/18	10 SET. 2018
	PROTÓCOLO
	AG: JOÃO PESSOA

Dr. Fellipe Batista
MÉDICO
CRM-PB 132811146
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/03/

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

QPD: Dor no peito (E)

HDA: Quem de norte tem trânsito em peito (E)
apertando dor + desaceleração + FTT
de impotência funcional do MTE

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso Kg em _____ []Prurido []Sudore []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 []Soliço []Regurgitação []Hematémese []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-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos []

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



Nome: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 26 A	SEXO: F	COR:	CLÍNICA	Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 31/05/2018		DATA DE ALTA 22/05/2018			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia</i>					CID S82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>						
TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES:
 Paciente portadora(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.

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 aplicar 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

*COMPREV
COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A*
10-05-18

*PROTÓCOLO
AG: JOÃO PESSOA*

*Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Trumatologia
CRM 8127 - PB
CRM 20770 - PE*

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

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322111200000042804548>
Número do documento: 21062814322111200000042804548

Num. 45036271 - Pág. 39

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.173.343 -

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/06/2013

NOMENCLATURA 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 LIV.A-63

CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

CPF

705.392.774-10

João Pessoa - PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10.511.203
PROTÓCOLO
AG^º JOÃO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO
26/11/1997

ASSINATURA DO DIRETOR

 LOGO DA JUSTIÇA DO BRASIL

O 2010 LEI N° 7.116 DE 29/08/83





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322111200000042804548>
Número do documento: 21062814322111200000042804548

Num. 45036271 - Pág. 41

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.173.343 -

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/06/2013

NOMENCLATURA 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 LIV.A-63

CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

CPF

705.392.774-10

João Pessoa - PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10.511.203
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DATA DE NASCIMENTO
26/11/1997

ASSINATURA DO DIRETOR

CELESTE DA MONTAÑA BRAGA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **ANACAROLINA DA SILVA LIMA**
 DATA DO ACIDENTE **13/05/2018** CPF DA VITIMA **705.392.774-10**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO 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 ALIENCIÁNCIA 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)
- COMPROMISSOS (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

- 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 SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- Despesas Médicas (DAMS) = REIMBORSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBORSO). 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 GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

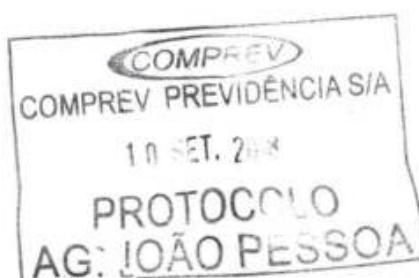
DATA **30/05/2018**IDENTIDADE **417334355013**ASSINATURA **Ana Carolina da Silva Lima**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Suelio Moreira Torres

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322111200000042804548>

Número do documento: 21062814322111200000042804548

Num. 45036271 - Pág. 43



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA **ANACAROLINA DA SILVA LIMA**
 DATA DO ACIDENTE **13/05/2018** CPF DA VITIMA **705.392.774-10**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO 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 ALIENCIÁNCIA 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)
- COMPROMISSOS (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

- 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 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.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **30/05/2018**

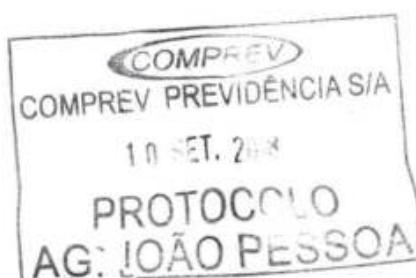
DATA

IDENTIDADE **417334355013**

NOME

ASSINATURA **Suelio Moreira Torres**

ASSINATURA

Suelo Moreira

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/06/2021 14:32:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062814322111200000042804548>

Número do documento: 21062814322111200000042804548

Num. 45036271 - Pág. 44

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

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

ANALIA 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

Carta nº 13617138

Pag. 00003/00004 - carta_01 - INVALIDEZ

