



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
45036267	28/06/2021 14:32	<a href="#">Petição</a>	Petição
45036270	28/06/2021 14:32	<a href="#">2737362_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
45036271	28/06/2021 14:32	<a href="#">2737362_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos

ANEXO





**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.<sup>a</sup>, 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.

Diante 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.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



**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: 705.392.774-10 Nome completo da vítima: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	<u>ANA CAROLINA DA SILVA LIMA</u>		CPF titular da conta	<u>705.392.774-10</u>	Profissão	<u>meuse</u>
Endereço	<u>Rua Paqueta</u>		Número	<u>31</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Nova Trindade</u>	Cidade	<u>Santa Rita</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email					Telefone (DDD)	<u>(53) 991807807</u>

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"/> <b>RECUSO INFORMAR</b>	<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b>
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>	
AGÊNCIA NRO. <u>3348</u> D/V <u></u>	CONTA NRO. <u>3871</u> D/V <u>7</u>
(Informar dígito se existir)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
BANCO Nome <u></u> NRO <u></u>	
AGÊNCIA NRO. <u></u> D/V <u></u>	CONTA NRO. <u></u> D/V <u></u>
(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

FAPPF.001 V001/2017



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: 705.392.774-10 Nome completo da vítima: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	<u>ANA CAROLINA DA SILVA LIMA</u>		CPF titular da conta	<u>705.392.774-10</u>	Profissão	<u>meuse</u>
Endereço	<u>Rua Paqueta</u>		Número	<u>31</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Nova Trindade</u>	Cidade	<u>Santa Rita</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email						<u>58919-000</u>
					Telefone (DDD)	<u>(53) 991807807</u>

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"/> <b>RECUSO INFORMAR</b>	<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b>
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> 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. 3348 D/V  **CONTA** NRO. 3871 D/V 7

(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*  
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 interdita 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)

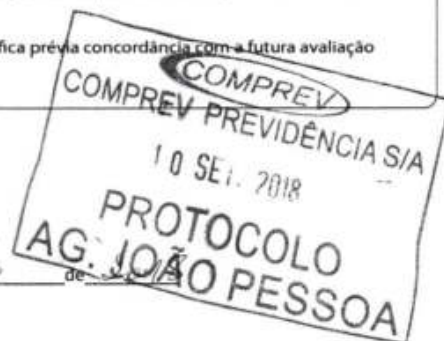
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



João Lima, 30 de agosto de 2018

Local e Data

Ana Carolina da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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 interdita 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)

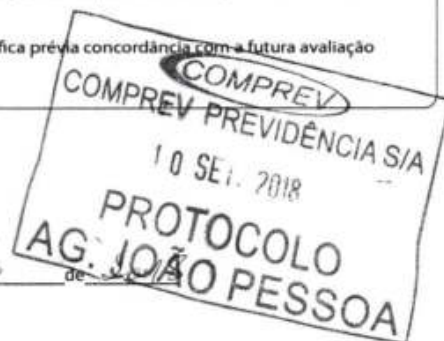
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



João Lima, 30 de agosto de 2018

Local e Data

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  
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 violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

APELAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Queixa de dor com trauma  
fez exame de fratura de MIE*

Diagnostico

*Fratura Exposta por trauma*

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

*Interim por Cirurg  
- Capsofina 2g 3x ao dia  
- Analgico 1g 3x ao dia*

*Antitrombotico IM  
Ao outro Cirurg TTD  
Dr. Pacelli Fernandes  
Ortopedia - 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 violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

APELAMENTO, COM FRATURA EXPOSTA EM MIE.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Queixa de dor com trauma  
fez exame de fratura de MIE*

Diagnostico

*Fratura Exposta por trauma*

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

*Intervencao por cirurgia  
- Capsofina 2g 1x3  
- Analgico 1x3*

*Antitrombotico  
Ao outro Cirurgião TTO*  
Dr. Pacelli Fernandes  
Ortopedia - 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





Scanned by CamScanner

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: 00008291576

Referência: JUL/2016  
Emissão: 29/07/2016

Atendimento ao Cliente ENERGISA  
Atendimento: 08h às 18h, de segunda a sexta-feira



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: [www.energis.com.br](http://www.energis.com.br)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-  
CNPJ 08.095.123 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.82

Nº da Fiscal/Conta de Energia DDI

Nº 001.374.885

6

Indicadores de Qualidade

ÍNDICES DA ANEEL APLURADO

LIMITE DE TENSÃO (V)

Identificador para Débito Automático: 00006565938  
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/Subcl.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica  
Roteiro: 17-009-371-4640  
Nº do Medidor: 00008291576

Referência: JUL/2016  
Emissão: 29/07/2016

Atendimento ao Cliente ENERGI  
Atendimento ao Cliente ENERGI



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: [www.energi.com.br](http://www.energi.com.br)

6

ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-  
CNPJ 08.095.123 / 0001-48 Insc. Est. 16.015.82



Nº 001.374.885  
Nota Fiscal/Conta de Energia [X]

Indicadores de Qualidade

ÍNDICES DA ANEEL APLURADO

LIMITE DE TENSÃO (V)

Identificador para Débito Automático: 00006565938  
UC: UNIDADE CONSUMIDORA

5/665693-8

Canal de Contato

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

## 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



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 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. Realizado cirurgia dia 13/05/2018 e alta médica 23/05/2018

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

João Pessoa, 17 de agosto de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

1. Paciente em D.O.N. sob anestesia
2. Anestesia + antiseptica
3. Preparação do campo estéril

### Incisão:

### Achados:

4. FX displacada de tórax esquerda

### Conduta:

5. Limpeza com SF0.9% (Exatua)
6. LMC
7. Redução anômica
8. Fixação com prador externo 4 pinos de arcos + Os. Bacia
9. Controle de escape
10. Fechamento por plano + pele
11. Curativo externo
12. Alta cirúrgica com internação

### 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 11146  
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N - CEP 58055-384 - Mangabeira II - João Pessoa - PB







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/05/18

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: Queixa de muito cansaço em perna (E)  
apresentando dor + vermelhidão + 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 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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volu

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformic  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

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



## Doenças Anteriores:

**Cirurgias:**

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: Alimentação

HAS	DM	TB	NEO
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	1	1	1
9	1	1	1
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
31	1	1	1
32	1	1	1
33	1	1	1
34	1	1	1
35	1	1	1
36	1	1	1
37	1	1	1
38	1	1	1
39	1	1	1
40	1	1	1
41	1	1	1
42	1	1	1
43	1	1	1
44	1	1	1
45	1	1	1
46	1	1	1
47	1	1	1
48	1	1	1
49	1	1	1
50	1	1	1
51	1	1	1
52	1	1	1
53	1	1	1
54	1	1	1
55	1	1	1
56	1	1	1
57	1	1	1
58	1	1	1
59	1	1	1
60	1	1	1
61	1	1	1
62	1	1	1
63	1	1	1
64	1	1	1
65	1	1	1
66	1	1	1
67	1	1	1
68	1	1	1
69	1	1	1
70	1	1	1
71	1	1	1
72	1	1	1
73	1	1	1
74	1	1	1
75	1	1	1
76	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
79	1	1	1
80	1	1	1
81	1	1	1
82	1	1	1
83	1	1	1
84	1	1	1
85	1	1	1
86	1	1	1
87	1	1	1
88	1	1	1
89	1	1	1
90	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
95	1	1	1
96	1	1	1
97	1	1	1
98	1	1	1
99	1	1	1
100	1	1	1

## Dislipidemias

Peso: \_\_\_\_\_ Kg    Altura: \_\_\_\_\_ m    IMC = \_\_\_\_\_    PA = \_\_\_\_\_

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

**Gera!**

**Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):**

**Gânglios:**

**Pele:**

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

### Resultados de Exames Complementares:

**Hipótesis Diagnósticas:**

Conduta:

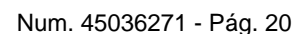
**Dr. Indalecio Páez Fernandes**  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 0897 TEOT 14247








Scanned by CamScanner





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	
1. Posicionam em D.O.N. sob anestesia	
2. Anestesia + antiseptica	
3. Preparação do campo estéril	
<b>Incisão:</b> Ø	
<b>Achados:</b>	
4. FX diáfise do fêmur esquerda	
<b>Conduta:</b>	
5. Limpeza com SF0.9% (Erasmetica)	
6. LMC	
7. Redução anátomica	
8. Fixação com prador externo 4 pinos de vidro + Os. Barão	
9. Controle de escape	
10. Fechamento por plano + pele	
11. Curativo estéril	
12. Alta cirúrgica com internamento	
<b>Fechamento:</b>	
<b>OBS:</b> 13. Solicito Rx de controle	
<div style="text-align: center;">   <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>  10 SET. 2018  <b>PROTOCOLO</b>  <b>AG: JOÃO PESSOA</b> </div>	
<b>Data:</b> 13/5/18	<div style="text-align: right;"> Dr. Felipe Batista  Dr. Felipe Batista  MÉDICO  CRM-PB 11146  <b>MÉDICO/CRM</b> </div>

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N - CEP 58055-384 - Mangabeira II - João Pessoa - PB







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/05/18

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

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Prurido ☐ Sudor  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tentúrias ☐ 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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volu

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformic  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

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









COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA					
NOME: ARA CAROLINA DA SILVA LIMA					PRONTUÁRIO Nº
IDADE: 21 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 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					

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
COMPROVAÇÃO DE PREVIDÊNCIA S/A  
10 DE MAI. 2018  
PROTOCOLO  
AO: JOÃO PESSOA  
Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 8127 - PB  
RPM 20770 - PE

Scanned by CamScanner





## RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Ana Carolina da Silva

Sua mãe

Laura Mônica

Paciente vítima de acidente  
de trânsito, de caráter leve  
mas com fratura de  
fêmur esquerdo de grau  
Paciente atendida a seguir  
estava em tratamento. Recebeu  
um medicamento mais  
ambulatorial.

110-582

31/10/18

Assinatura e Carimbo


Dr. Thiago da S. Chaves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9293 / TEOT 15816

COAPREV PREVIDENCIA S/A  
19 NOV. 2018







DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	
1. Posicionam em D.O.N. sob anestesia	
2. Anestesia + antiseptica	
3. Preparação do campo estéril	
<b>Incisão:</b> Ø	
<b>Achados:</b>	
4. FX diáfise do fêmur esquerda	
<b>Conduta:</b>	
5. Limpeza com SF0.9% (Elastina)	
6. LMC	
7. Redução anátomica	
8. Fixação com prador externo 4 pinos de vidro + Os. Barão	
9. Controle de escape	
10. Fechamento por plano + pele	
11. Curativo externo	
12. Alta cirúrgica com interconsulta	
<b>Fechamento:</b>	
<b>OBS:</b> 13. Solicito RX de controle	
<div style="text-align: center;">   <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>  10 SET. 2018  <b>PROTOCOLO</b>  <b>AG: JOÃO PESSOA</b> </div>	
<b>Data:</b> 13/9/18	<div style="text-align: right;"> Dr. Felipe Batista  Dr. Felipe Batista  MÉDICO  CRM-PB 11146  <b>MÉDICO/CRM</b> </div>

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N - CEP 58055-384 - Mangabeira II - João Pessoa - PB







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/05/18

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: Queixa de muito cansaço em perna (E)  
apresentando dor + vermelhidão + 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 Pescoco: ☐ 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 ☐ Náusea  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volu

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformic  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

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



## Doenças Anteriores:

**Cirurgias:**

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa  
[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_  
[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

## Dislipidemias

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
-----	--------------

ADD:	PROTOCOLLO
------	------------

AGU:

SME:

SN:

### Resultados de Exames Complementares:

**Hipótesis Diagnósticas:**

Conduta:

**Dr. Inocêncio Paetili Fernandes**  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 08897 TEOT 14247







COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA					
NOME: ARA CAROLINA DA SILVA LIMA					PRONTUÁRIO Nº
IDADE: 21 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: 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					

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
COMPROVAÇÃO DE PREVIDÊNCIA S/A  
10 DE MAI. 2018  
PROTOCOLO  
AO: JOÃO PESSOA  
Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 8127 - PB  
RPM 20770 - PE

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 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



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 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. Realizado cirurgia dia 13/05/2018 e alta médica 23/05/2018

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


João Pessoa, 17 de agosto de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	
1. Paciente em D.O.N. sob anestesia	
2. Anestesia + antiseptico	
3. Preparação do campo estéril	
<b>Incisão:</b> Ø	
<b>Achados:</b>	
4. FX diáfise de tíbia esquerda	
<b>Conduta:</b>	
5. Limpeza com SF0.9% (Erasma)	
6. LMC	
7. Redução anátomica	
8. Fixação com prador externo 4 pinos de 8x80 + Os. Barão	
9. Controle de escape	
10. Fechamento por plano + pele	
11. Curativo estéril	
12. Alta cirúrgica com interconsulta	
<b>Fechamento:</b>	
<b>OBS:</b> 13. Solicito RT de controle	
<div style="text-align: center;">   <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>  10 SET. 2018  <b>PROTOCOLO</b>  <b>AG: JOÃO PESSOA</b> </div>	
<b>Data:</b> 13/9/18	<div style="text-align: right;"> Dr. Felipe Batista  Dr. Felipe Batista  MÉDICO  CRM-PB 11146  MÉDICO/CRM </div>

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N - CEP 58055-384 - Mangabeira II - João Pessoa - PB







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/05/18

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

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Prurido ☐ Sudor  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tentúrias ☐ 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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volu

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

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformic  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

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





## Doenças Anteriores:

**Cirurgias:**

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: Alimentação

HAS	DM	TB	NEO
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	1	1	1
9	1	1	1
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
31	1	1	1
32	1	1	1
33	1	1	1
34	1	1	1
35	1	1	1
36	1	1	1
37	1	1	1
38	1	1	1
39	1	1	1
40	1	1	1
41	1	1	1
42	1	1	1
43	1	1	1
44	1	1	1
45	1	1	1
46	1	1	1
47	1	1	1
48	1	1	1
49	1	1	1
50	1	1	1
51	1	1	1
52	1	1	1
53	1	1	1
54	1	1	1
55	1	1	1
56	1	1	1
57	1	1	1
58	1	1	1
59	1	1	1
60	1	1	1
61	1	1	1
62	1	1	1
63	1	1	1
64	1	1	1
65	1	1	1
66	1	1	1
67	1	1	1
68	1	1	1
69	1	1	1
70	1	1	1
71	1	1	1
72	1	1	1
73	1	1	1
74	1	1	1
75	1	1	1
76	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
79	1	1	1
80	1	1	1
81	1	1	1
82	1	1	1
83	1	1	1
84	1	1	1
85	1	1	1
86	1	1	1
87	1	1	1
88	1	1	1
89	1	1	1
90	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
95	1	1	1
96	1	1	1
97	1	1	1
98	1	1	1
99	1	1	1
100	1	1	1

## Dislipidemias

Peso: \_\_\_\_\_ Kg    Altura: \_\_\_\_\_ m    IMC = \_\_\_\_\_    PA = \_\_\_\_\_

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

**Gera!**

**Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):**

**Gânglios:**

**Pele:**

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

### Resultados de Exames Complementares:

**Hipótesis Diagnósticas:**

Conduta:

Dr. Inocêncio Paetili Fernandes  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 00007 TEOT 14247





COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA					
PACIENTE: ARA CAROLINA DA SILVA LIMA					PRONTUÁRIO Nº
IDADE: 21 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: 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 8127 - PB  
RPM 20770 - PE

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





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 FLS. 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

Lei da Ficha Limpa



Scanned by CamScanner







Scanned by CamScanner



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 FLS. 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

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV  
10 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AGTIOAO PESSOA

Scanned by CamScanner

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 PARÂNTESCO 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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

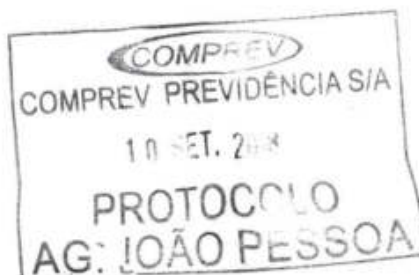
- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
  - MORTE = R\$ 11.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME 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, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/08/2018  
IDENTIDADE 41733435818  
ASSINATURA Ana Carolina da Silva Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
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 PARÂNTESCO 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

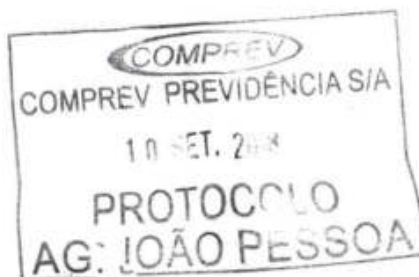
- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
  - MORTE = R\$ 11.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME 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, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA **30/08/2018**  
IDENTIDADE **41733435818**  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

RENATO LUNA DIAS



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180543644

Vítima: ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 13/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13617138

Pag. 00003/00004 - carta\_01 - INVALIDEZ

