

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA** Sinistro: **3170259714** Data: **23/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Cláudio Bezerra de Lima, 268, CS - Três Irmãs - Campina Grande - PB - CEP 58423-530**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PB** ] **3.638.566**

Data local do exame: [ **29/06/2017** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**POLITRAUMATIZADO. PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, (COLISÃO CARRO-MOTO), SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMA**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**PACIENTE APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO FLEXÃO DORSAL (GRAU 0), FLEXÃO PLANTAR (GRAU 0-30), INVERSÃO (0-20), EVERSÃO (GRAU 0-15), FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO (GRAU 0-120)**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**TORNOZELO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):  
**ARTICULAÇÃO JOELHO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

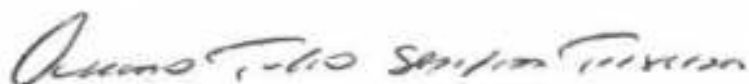
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**PACIENTE NÃO TROUXE EXAMES DE IMAGENS.**



Luciano Tulio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB



**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Tipo de Processo<br><input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Atendente<br><b>LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |
| Tipo de Sinistro<br>Invalidez Permanente/Total <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Agência<br><b>SUCURSAL CAMPINA GRANDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |
| Nome do Requerente<br><b>STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Nome da Vítima<br><b>STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CPF da Vítima<br><b>09472156460</b> |
| Documentos Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus<br><input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial<br><input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais<br><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT<br><input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador                                                         |                                     |
| Morte<br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico<br>ESPOS(O)A<br><input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)<br><input checked="" type="checkbox"/> Autorização de Pagamento<br><input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS<br><input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.<br><input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento<br><input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento<br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores<br><input type="checkbox"/> Alvará Judicial |  | Invalidez Permanente<br><input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada<br>Outros Docos. Entregues e Observações<br><b>DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. ARTHUR // EMAIL: BALBINOSCG@HOTMAIL.COM</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | DAMS<br><input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar<br><input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico<br><input type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)<br><input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)<br><input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros |                                     |

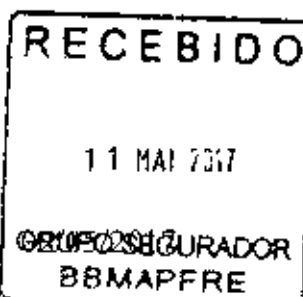


0119551

**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

### Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Tipo de Processo</b><br><input type="radio"/> Processo Novo <input checked="" type="radio"/> Documentos Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>Atendente</b><br>ADRIANA LACERDA NOGUEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |
| <b>Tipo de Sinistro</b><br>Invalidéz Permanente/Total                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | <b>Agência</b><br>SUCURSAL CAMPINA GRANDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |
| <b>Nome do Requerente</b><br>ARTHUR MAX ENKEL SABINO GOMES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>Nome da Vítima</b><br>STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CPF da Vítima</b><br>09472156460 |
| <b>Documentos Complementares</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus<br><input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial<br><input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário<br><input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais<br><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador                                                                                      |                                     |
| <b>Morte</b><br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico<br><b>ESPOSO(A)</b><br><input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento<br><input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS<br><input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.<br><input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento<br><input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento<br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores<br><input type="checkbox"/> Alvará Judicial |  | <b>Invalidéz Permanente</b><br><input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada<br><b>Outros Docos. Entregues e Observações</b><br><div style="text-align: center;"> <br/>           0181536/17         </div>                                                                                                                                                                                                                 |                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>DAMS</b><br><input type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar<br><input type="checkbox"/> Relatório Médico<br><input type="checkbox"/> Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)<br><input checked="" type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)<br><input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros |                                     |



0121256

**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

### Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

**SINISTRO 3170259714 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624**BENEFICIÁRIO** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 09472156460**Posição em 06-06-2017 10:58:20**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

| Descrição                                                                                                                 | Tipo   | Status   | Nome |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|------|
|  Declaração do Proprietário do Veículo | Vítima | Pendente |      |

## ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

656,58

221170 - PB(RENAINF)

DETRAN

BANCO DO BRASIL | 001-0 |

| Cedente               |                          |                   | RECIBO DO SACADO   |                |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|----------------|
| 221170 - PB(RENAINF)  | Agência / Código Cedente | 3795-8/00008251-1 | Data Emissão       | 04/11/2016     |
| Marlúcia Sabino Gomes | Nosso Número             | 52016000003513878 | CPF/CNPJ           | 282.121.934-20 |
| Demonstrativa         |                          |                   | Valor do Documento | 127,69         |

Placa: 7 Marca / Modelo: YAMAHA/YS150 FAZER ED  
 OMD7572/RN Débito.....UF: PB-221170-112420 -5541  
 Venc. original: 18/08/2016 Valor original: 127,69

## Descrição do Auto de Infração

Nº do Auto Local : Em PATOS no dia 18/04/2016 às 11h00min  
 221170 AV. EPITACIO PESSOA, Nº 224  
 112420 Infr : ESTACIONAR EM DESACORDO COM A REGULAMENTAÇÃO ESPECIFICADA PE

Versão 28/12/2012 - Via Internet(19)35.122.213} DETRAN / RN

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL | 001-0 |

00199.05512-25201.600001 03513.878219 1 69680000012769

|                                                  |          |              |            |            |                            |
|--------------------------------------------------|----------|--------------|------------|------------|----------------------------|
| Local de Pagamento                               |          |              |            |            | Vencimento                 |
| PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO       |          |              |            |            | 04/11/2016                 |
| Cedente                                          |          |              |            |            | Agência / Código Cedente   |
| 221170 - PB(RENAINF)                             |          |              |            |            | 3795-8/00008251-1          |
| Data Doc.                                        | Nº Doc.  | Espécie Doc. | Acafe      | Data Proc. | Nosso Número               |
| 04/11/2016                                       | OMD7572  | RC           | N          | 04/11/2016 | 52016000003513878          |
| CPF/CNPJ                                         | Carteira | Espécie      | Quantidade | Valor      | Valor do Documento         |
| 282.121.934-20                                   | 18-35    | R\$          |            |            | 127,69                     |
| Instruções                                       |          |              |            |            | (-) Desconto               |
|                                                  |          |              |            |            | (-) Outras Ded./Abatimento |
|                                                  |          |              |            |            | (+) Multa/Multa/Juros      |
|                                                  |          |              |            |            | (+) Outros Acréscimos      |
|                                                  |          |              |            |            | (=) Valor Cobrado          |
| Sacado                                           |          |              |            |            |                            |
| MARLÚCIA SABINO GOMES - CPF/CNPJ: 282.121.934-20 |          |              |            |            |                            |

Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



Corte aqui



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170259714 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/06/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NÃO DEFINIDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170259714 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO FLEXÃO DORSAL (GRAU 0), FLEXÃO PLANTAR (GRAU 0-30), INVERSÃO (0-20), EVERSÃO (GRAU 0-15), FLEXAO DE JOELHO ESQUERDO (GRAU 0-120).

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, (COLISÃO CARRO-MOTO), SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** PACIENTE NÃO TROUXE EXAMES DE IMAGENS.

Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (limitação leve da flexão do joelho e limitação grave da flexo-extensão do tornozelo esquerdo).  
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

**Médico examinador:** Luciano Tulio Serafim Teixeira

**CRM do médico:** 7872

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170259714 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, REDUÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO FLEXÃO DORSAL (GRAU 0), FLEXÃO PLANTAR (GRAU 0-30), INVERSÃO (0-20), EVERSÃO (GRAU 0-15), FLEXAO DE JOELHO ESQUERDO (GRAU 0-120).

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, (COLISÃO CARRO-MOTO), SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E LEVADO AO HOSPITAL DE TRAUMA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** PACIENTE NÃO TROUXE EXAMES DE IMAGENS.  
Indenização em grau médio do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (limitação leve da flexão do joelho e limitação grave da flexo-extensão do tornozelo esquerdo).  
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

**Médico examinador:** Luciano Tulio Serafim Teixeira

**CRM do médico:** 7872

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2017

Carta nº: 10990826

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170259714 ASL-0181536/17**  
**Vitima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA**  
**Data Acidente: 23/11/2016**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2017

Carta nº: 10991407

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170259714 ASL-0181536/17  
Vitima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA  
Data Acidente: 23/11/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11192639

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

**Sinistro:** 3170259714 ASL-0181536/17  
**Vítima:** STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 23/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2017

Carta nº: 11272828

A/C: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Sinistro: 3170259714 ASL-0181536/17  
Vítima: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA  
Data Acidente: 23/11/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 000000086996-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 4.725,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = | R\$ | 4.725,00 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDEN.

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

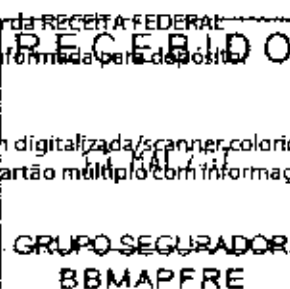
EU, STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.638.566 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 29/03/2008  
 CPF 099721564-60 / CNPJ 000000000-00000-00. PROFISSÃO Recuso  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA STEFFANNY B. OLIVEIRA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner, colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0137 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00086996-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

C. GRANDE PB de 26/04 de 2017  
 LOCAL E DATA

Steffanny Bezerra Oliveira  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

25/04/2017

HORA: 15:04:09

DATA EFETIVACAO:

25/04

CONVENIO:

000642843

OPERADOR:

loja2

AGENCIA: 0737

CONTA: 013.00086996-0

NOME: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

VALOR:

10,00

COD. OPERACAO: 618606386

DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101

OUVIDO

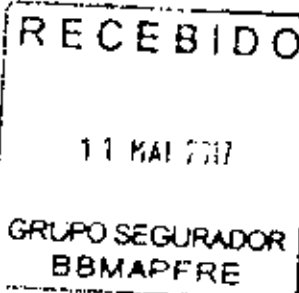
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

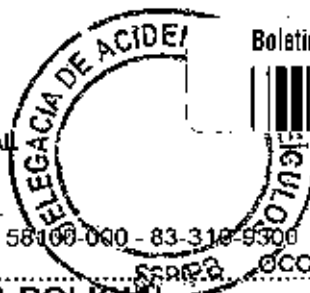
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 000015/17

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000015/17 registrada em 19/01/2017, que passo a transcrever na íntegra: do mês de janeiro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:23 horas, compareceu a Sra. STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA, com 25 anos de idade, filha de GERSONIAS OLIVEIRA SILVA e EVANY BEZERRA OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Superior Incompleto, profissão AUTÔNOMA, portadora da Cédula de Identidade Nº 3.638.566, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 09472156460, residindo à rua ANÁLIA RIBEIRO DIAS, 113, bairro DINAMÉRICA, na cidade de Campina Grande - PB.

#### Declarou que:

Informa a declarante, que por volta das 11h55min do dia 23.11.2016, estava trafegando pela Avenida Dinamérica, Bairro de Santa Rosa, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta YAMAHA/YS1 50 FAZER ED, ano/modelo 2013/2014, cor preta, chassi nº 9C6KG0660E0012172, de placa OWD-7572/RN, licenciada em nome de Marlucia Sabino Gomes, quando teve o curso normal da via interceptado por um veículo tipo FORD/SCORT, de cor amarela, de placa e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que estava fazendo a travessia da via, sem a atenção devida, sendo inevitável a colisão; Que, em decorrência do impacto a declarante foi jogada contra o solo, sofrendo fraturas na perna esquerda, além de escoriações generalizadas pelo corpo, sendo socorrido pelo Resgate do Corpo de Bombeiros e encaminhada para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo ausentou-se do local, não prestando socorro a declarante; Que, os Policiais Militares da CPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 19 de Janeiro de 2017

Steffanny Bezerra Oliveira  
STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

RECEBIDO

11 JAN 2017

GRUPO SEGURADOR  
OMAPFRE

0119551

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 3638566 e inscrito no CPF/MF sob o nº 094.721.564-60, residente e domiciliado na RUA: CLAUDIO BEZERRA DE LIMA 268 Cidade CAMPINA GRANDE Estado PARAIBA, 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:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Steffanny Bezerra Oliveira

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

C. GRANDE - PB 26/04/2017

Local e data

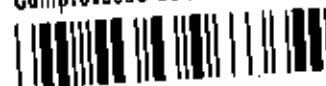
RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE



Comprovação de ato declaratório



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA  
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS**

Nº 01

## CERTIDÃO

Conforme Registro de Ocorrência de nº 00032 do dia 23/11/2016, às 11hs55min, **CERTIFICO** que a guarnição de Auto Resgate (AR-37) deslocou-se até a Avenida Dinâmica, s/nº Bairro: Dinâmica, Campina Grande-PB, para atender uma ocorrência de **COLISÃO/CHOQUE COM VÍTIMA NÃO FATAL (CARRO X MOTO)**. Chegando ao local, foi constatado que o senhor **STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA** de 25 anos apresentava varias escoriações e uma possível fratura no membro inferior esquerdo (perna). Tão logo, feito os procedimentos técnicos, a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

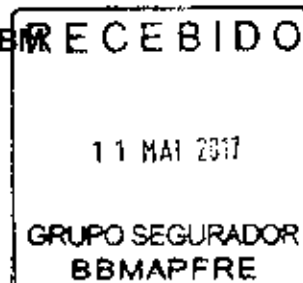
**CAUSA PROVÁVEL:** Ignorada\*\*\*\*\*

**CHEFE DA GUARNIÇÃO:** SD BM MAGNA POLLYANA ESPINOLA BARBOSA\*\*

Quartel em Campina Grande – PB, 03 de Janeiro de 2017.

40.948.234/0001-80  
CARTÓRIO DISTRITAL DO CATOLÉ  
LUIZ CARLOS DE MELO  
Rua do Grupo, 23  
Distrito de Catolé, CEP 58100-800  
Campina Grande - PB

GLADSTONE NOGUEIRA DA SILVA – 1º TEN QOABM  
Chefe do CIOP do 2º CRBM



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAIBA-2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
AV. ALMEIDA BARRETO, Nº 422 - SÃO JOSÉ, CEP: 58400-328 - CAMPINA GRANDE-PB.  
TEL: (83) 3316-3300 / FAX: (83) 33108206 -  
E-MAIL: comando2crbm@hotmail.com

# 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: 04/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000086996-0

---

Nr. da Autenticação DBAAD1CB67CF6662



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRARG nº 3638566, data de expedição 29/03/08, Órgão SSP/PA

CPF nº 094721564-60 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA: CLAUDIO BEZERRA DE LIMA</u> |
| Número                            | <u>268</u>                          |
| Apto / Complemento                | <u>CASA</u>                         |
| Bairro                            | <u>TRÊS IRMÃS</u>                   |
| Cidade                            | <u>CAMPINA GRANDE</u>               |
| Estado                            | <u>PARAÍBA</u>                      |
| CEP                               | <u>58423-530</u>                    |
| Telefone de Contato               |                                     |
| E-mail                            | <u>balbinoscg@hotmail.com</u>       |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: C. GRANDE PB - 26/04/2017Assinatura do Declarante: Steffanny Bezerra Oliveira

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

EVANY BEZERRA FIALHO  
RUA CLAUDIO BEZERRA DE LIMA, 280 /  
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58423-530 (AD: 401)

TRÊS IRMÃS



Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA 6000,00  
Roteiro: 13 - 401 - 732 - 4040  
Nº medidor: C100248260

Referência: Abr / 2017  
Emissão: 20/04/2017

ENERGIISA BORBOREMA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Tribuna: Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ: 08.926.536/0001-66 - Ins. Est. 16.003.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000146-537  
Código para Dúvida Automático: 000000000000

Atendimento ao Cliente ENERGIISA 0800 023 0196 Acesso: www.energiisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 4/80929-3

Abr / 2017

Canal de contato

Apresentação

20/04/2017

Data prevista da  
próxima leitura

22/05/2017

CPF / CNPJ / RANI

0592819472  
Ins. Est.

| Anterior | Atual   | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data      | Leitura |      |
| 22/03/17 | 23215   | 20/04/17  | 23698   | 1    |

Faturas em atraso

| Demonstrativo             |            |         |             |
|---------------------------|------------|---------|-------------|
| Descrição                 | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
| Constante até 30 kWh-ER   | 30         | 0,12433 | 3,72        |
| Consumo - 31 a 100 kWh-ER | 94         | 0,21263 | 11,48       |
| Adic. B. Amarela          |            |         | 0,25        |
| Adic. B. Vermelha         |            |         | 0,80        |
| Substituição              |            |         | 10,88       |
| ICMS                      |            |         | 11,58       |
| PIS                       |            |         | 0,40        |
| COFINS                    |            |         | 1,50        |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS    |            |         |             |
| CONTRIB LUM PUBLICA       |            |         | 2,34        |
| JUROS DE MORA 09/2017     |            |         | 0,03        |
| MULTA 03/2017             |            |         | 0,78        |
| Devolução Estatística     |            |         | -19,88      |

Histórico de Consumo  
(kWh)

|        |     |
|--------|-----|
| Mar/17 | 92  |
| Fev/17 | 95  |
| Jan/17 | 109 |
| Dez/16 | 85  |
| Nov/16 | 77  |
| Out/16 | 89  |
| Set/16 | 75  |
| Ago/16 | 78  |
| Jul/16 | 74  |
| Jun/16 | 73  |
| Mai/16 | 88  |
| Abr/16 | 80  |

Média dos últimos meses  
73

VENCIMENTO  
28/04/2017

TOTAL A PAGAR  
R\$ 34,23

RECLAMADO AO PROCON

98de.6ecb.8bab.f824.18dc.6afb.3fa0.6334.

Indicadores de Qualidade 2º/2017 - Campina Grande 2

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL       | 5,79    | 0,00                 |
| DIC TRIMESTRAL   | 11,58   | NOMINAL              |
| DIC ANUAL        | 23,16   | 220                  |
| FIC MENSAL       | 3,42    | 0,00                 |
| FIC TRIMESTRAL   | 9,85    | CONTRA TADA          |
| FIC ANUAL        | 12,30   | LIMITE INFERIOR      |
| ONR              | 3,37    | 202                  |
| ONCR             | 12,22   | LIMITE SUPERIOR      |
|                  |         | 231                  |

Fonte: Indicadores de Qualidade de Energia Elétrica

| Discriminação                     | Valor (R\$) | %      |
|-----------------------------------|-------------|--------|
| Remuneração do Orl. de Energia/BO | 5,42        | 15,87  |
| Remuneração de Energia            | 8,38        | 24,51  |
| Remuneração de Transmissão        | 0,30        | 0,88   |
| Encargos Setoriais                | 2,23        | 6,51   |
| Impostos Diretos e Encargos       | 17,28       | 50,23  |
| Outros Serviços                   | 0,00        | 0,00   |
| Total                             | 34,23       | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref. 2/2017) R\$8,57

### ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada com base no Rende, tendo um desconto de R\$10,89

ENERGIISA BORBOREMA

Roteiro: 13 - 401 - 732 - 4040  
Matrícula: 80929-2017-04-7

VENCIMENTO

28/04/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 34,23

83620000000-5 34230147000-7 00809292017-5 04704010019-1



RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGUADOR  
BBMAPFRE



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARLÚCIA SABINO GOMES

RG nº 945001, data de expedição 01/04/89  
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 282.121.934-20, com  
 domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
PIACHUELO - JARDIM PAULISTANO, nº 1954  
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima STEFFANNY B. OLIVEIRA cujo o condutor era  
STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Veículo: YAMAHA /YS150 FAZER ED

Modelo:

Ano: 2013/2014Placa: QWD - 7572/RNChassi: 90CKG0660E6012172Data do Acidente: 23/11/2016Local e Data: C. GRANDE - PB

\*Marluvia Sabino Gomes  
 Assinatura do Declarante

Steffanny Bezerra Oliveira

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

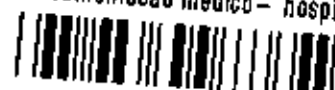
**2º CARTÓRIO**

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
 MARLÚCIA SABINO GOMES  
 Dou fé. Campina Grande/PB - 01/06/2017  
 Escrevente: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS  
 Emol R\$8,87 ISS R\$0,44 Farpen R\$0,27 MP R\$0,14 Fep R\$2,21  
 Selo Digital: AFF91997-K2NY  
 Acesse o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

**Tabellionato de Notas**

**2º CARTÓRIO DE NOTAS**  
 CAMPINA GRANDE - PB

Luciana Carolino dos Santos  
 Escrevente Autorizada

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADOATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Stephany BezerraOliveira

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 352 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 23 / 11 / 16 A 25 / 12 / 16 NECESSITANDO DE  
10 (dez) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.Campina Grande, 25 / 12 / 16Hollisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ass. do Médico - Nº. do CRM \_\_\_\_\_

AUTORIZAÇÃOEu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável \_\_\_\_\_

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

|                       |                        |                    |               |
|-----------------------|------------------------|--------------------|---------------|
| Placa:                | OWD7572                | UF:                | RN            |
| Renavam:              | 01009745341            | Categoria Veículo: | PARTICULAR    |
| Código Identificação: | 9C6KG0660E0012172      | Remarcação Chassi: | NORMAL        |
| Situação:             | CIRCULACAO             | Marca / Modelo:    | 26508         |
| Ano Fabricação:       | 2013                   | Ano Modelo:        | 2014          |
| Cor:                  | PRETA                  | Tipo:              | MOTOCICLETA   |
| Combustível:          | ALCOOL/GASOLINA        | Procedência:       | NACIONAL      |
| Espécie:              | PASSAGEIRO             |                    |               |
| Restrição 1:          |                        |                    |               |
| Restrição 2:          |                        |                    |               |
| Restrição 3:          |                        |                    |               |
| Restrição 4:          |                        |                    |               |
| Nome Proprietário:    | MARLUCIA SABINO GOMES  |                    |               |
| Endereço:             | R ANTONIO VIEIRA DE SA |                    |               |
| Complemento:          | - ATE 299/300          |                    |               |
| N.º                   | 986                    | CEP.:              | 59607100      |
| Tipo Doc.:            | CPF do Proprietario    | N.º Doc.:          | 0128212193420 |

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| Data da Última Atualização: | 23/11/2016 |
|-----------------------------|------------|

|                           |                                    |                              |                 |
|---------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| Município Emplacamento:   | 1759                               | Código Multas:               | Nao existe debi |
| Código IPVA Licença:      | Existe debito IPVA e licenciamento | Data Limite Restri. Tribut.: | 00/00/0000      |
| Valor IPVA:               | R\$ 125,46                         | Valor Multas:                | R\$ 0,00        |
| Valor Licenciamento:      | R\$ 60,00                          | Valor DPVAT:                 | R\$ 185,50      |
| Cilindradas:              | 0149                               | N.º Motor:                   | G3B9E-018081    |
| Potência:                 | 000                                | N.º Caixa de Câmbio:         |                 |
| Capac. de Passageiros:    | 002                                | N.º do Eixos Carrocéria:     |                 |
| Tipo Carrocéria:          |                                    | N.º do Eixos Auxiliar:       |                 |
| Capacidade de Carga:      | 00000                              | N.º do Eixos Traseiro:       |                 |
| Capac. Máx. Tração (CMT): | 00000                              | Peso Bruto Total (PBT):      | 00030           |

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.638.566 DATA DE EMISSÃO 29/03/2008

NOME STEFFANY BEZERRA OLIVEIRA

FILIAÇÃO GERSÔN LAS OLIVEIRA SILVA EVANY BEZERRA OLIVEIRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 23/09/1991

DO: ORGÃO NASC. H. 58202 FLS. 211 LIV. A/52

CPF CARTÃO 2º CAMPINA GRANDE-PB

José Pessoa - PB

Recetta Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição

Nome

Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA VIA-01

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA CIVIL

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIDO

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR  
BBMAPFRE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. EL ORIANO PEREIRA, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: PB

DADOS DO PACIENTE

Nome: STEFFANNY BEZERRA OLIVEIRA

Profissão: PRONTUÁRIO Nº: 1351400

End.: RUA CLAUDIO BEZERRA DE LIMA, 266

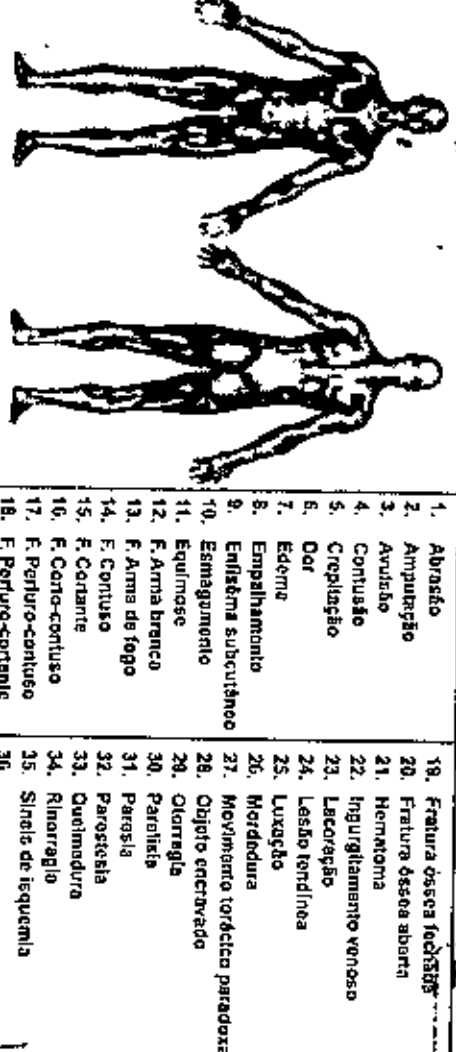
Município: CAMPINA GRANDE

Data Atendimento: 23/11/2015

Cartão do SUS: 12:10h

Mecanismos do Trauma: QUAIS: ACIDENTE DE MOTO

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = %: Grau: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Thaiane MTE.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

1) Relato de vítima de acidente de trânsito com lesão e sintomas de trauma.

2) Lesão de trauma com lesão de trauma.

3) Lesão de trauma com lesão de trauma.

4) Lesão de trauma com lesão de trauma.

5) Lesão de trauma com lesão de trauma.

6) Lesão de trauma com lesão de trauma.

7) Lesão de trauma com lesão de trauma.

8) Lesão de trauma com lesão de trauma.

9) Lesão de trauma com lesão de trauma.

10) Lesão de trauma com lesão de trauma.

11) Lesão de trauma com lesão de trauma.

12) Lesão de trauma com lesão de trauma.

13) Lesão de trauma com lesão de trauma.

14) Lesão de trauma com lesão de trauma.

15) Lesão de trauma com lesão de trauma.

16) Lesão de trauma com lesão de trauma.

17) Lesão de trauma com lesão de trauma.

18) Lesão de trauma com lesão de trauma.

GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO  
LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

|                       |                                         |                             |                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Nome:                 | Steffany Bezerra Oliveira               |                             |                                   |
| End:                  | Eduardo B. de Lima - 268 Bairro: Centro |                             |                                   |
| Data de Nascimento:   | 23.05.91                                | Documento de Identificação: |                                   |
| Queixa:               | Acidose                                 | Data do Atendimento:        | 23.11.16 Horário: 2:00 Documento: |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim                                 | ( ) Não                     |                                   |

### Classificação de Risco

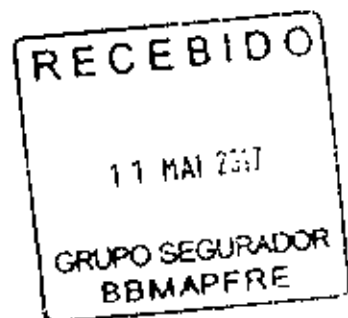
|                          |                                         |                      |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo           | Aspecto:             | ( ) Calmo ( ) Fácies de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |                                         | Frequência cardíaca: |                                         |
| Pressão arterial:        |                                         | Temperatura axilar:  |                                         |
| Dosagem de HGT:          |                                         | Mucosas:             | ( ) Normocrada ( ) Pálida               |
| Deambulação:             | ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca |                      |                                         |

### Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Stephany Bezerra Oliveira Registro:                      Leito: 3-3 Setor:                      Atual: 011

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:                      °C; P:                      bpm; FR:                      l/rpm; PA:                      mmHg; FC:                      bpm; SPO2:                      %  
HGT:                      mg/dl; Peso:                      Kg; Altura:                      cm; Dor: ( ) Local:                      Obs.:                     

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ( ☒ Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):                      Drogas (Sedação/Analgesia):                     

Pupilas: ☒ Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: ☒ Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:                     

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:                     

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi                      % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº                      Comissura labial nº                      FIO2                      % PEEP                      cmH2O

☒ Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ☒ Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:                     

Aspiração: Quantidade e aspecto:                      Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selado                     

Data da inserção do dreno                      /                      /                      Aspecto da drenagem torácica:                     

Gasometria arterial: PH                      PCO2                      PO2                      HCO3                      EB                      SpO2                      Data:                     

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:                     

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação:                     

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

RECEBIDO

CRUZ SEGURO  
SEM AFRE



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

|                                 |              |                      |            |
|---------------------------------|--------------|----------------------|------------|
| Nome do Paciente                |              | Nº Prontuário        |            |
| Staffanny Bezerra               |              |                      |            |
| Data da Operação                | 22/12/16     | Enf.                 | Leito      |
| Operador                        | Dr. Amaro    | 1º Auxiliar          | Dr. Paulo  |
| 2º Auxiliar                     | Dr. Helinton | 3º Auxiliar          | Dr. Wagner |
| Anestesia                       |              | Instrumentador       |            |
| Tipo de Anestesia               |              |                      |            |
| Diagnóstico Pré-Operatório      |              | Fa. diafr. livre (E) |            |
| Tipo de Operação                |              | Osteossíntese (H.M.) |            |
| Diagnóstico Pós-Operatório      |              | D. myo.              |            |
| Relatório Imediato da Patologia |              | Ø                    |            |
| Exame Radiológico no Ato        |              | SIM                  |            |
| Acidente Durante a Operação     |              | NÃO                  |            |

**RECEBIDO**

11 MAI 2017

**GRUPO SEGUADOR  
SINAPFRE**

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>Por um DDH sob efeito anestésico</p> <p>Assepsia + antissepsia</p> <p>Campo anti-germ</p> <p>Incisão arredondada em Jato (E) trans tendão patelar</p> <p>Inicia fixação de traço em tórax proximal + frise</p> <p>sem de comp. e abertura de escoriação após ressecção</p> <p>Incidente do foco de fratura</p> <p>Osteossíntese de H.M. 340/8 mm sob escopia</p> <p>Blaqueia proximal e distal sob escopia</p> <p>Sutura (técnica de tensão patelar)</p> <p>Sutura de pele após lavagem de F.O. S.F. 9</p> <p>Curação</p> |

Assinatura de Almeida  
ORTOPEDIA  
GRUPO

**TM****Cirúrgica**

Ortopedia - Neurologia - Buca

Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE  
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com  
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

1ª Via Cliente / 2ª Via Empresa / 3ª Via Fixa

Nº 3460

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMAS

CIDADE

P. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

STEFFANY BEZERRA OLIVEIRA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AF. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

1351400

PROCEDIMENTO REALIZADO

IMP. DE TRAUMAS DE 11/11/13

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

FASTE DE TIRIL PROXIMA

ELL-ACD 08340 - 12

01

TAN PIS - 12

01

TANFUSOS PROXIMO N: 40

02

" " N: 55

01

**RECEBIDO**

11 MAI 2017

GRUPO SEGURADOR  
BEMAPFRE

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

22/12/16

Dr. Augusto José

OBSERVAÇÕES

EX FASTE DE TIRIL

0702030520



**RESUMO DE ALTA**  
**(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

|               |                  |              |            |
|---------------|------------------|--------------|------------|
| NOME:         | Steffany Bezerra | DN:          | PRONT. Nº: |
| NATURALIDADE: |                  | PROCEDÊNCIA: |            |
| ADMISSÃO:     | 23/11/16.        | ALTA:        | 25/12/16.  |

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)  
*Perjúrio de trauma / dor + deformidade  
 no joelho (E)*

2. Resultado dos principais exames  
*Exames de imagem*

3. Evolução e complicações  
*Ø*

4. Terapêutica realizada  
*Osteossíntese (Him)*

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)  
*Fx exposta no joelho (E)*

6. Orientações médicas para pacientes / egresso  
*Alta / orientações + medicação +  
 ref + acompanhamento + fisioterapia*

**RECEBIDO**  
  
11 MAI 2017  
  
GRUPO SEGUADOR  
BBMAPFRE

7. Condições de alta

|                                                  |                                   |                                |                                               |                                     |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado                  | <input type="checkbox"/> A pedido | <input type="checkbox"/> Óbito | <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Inalterado |
| <input type="checkbox"/> Transferido para: _____ |                                   |                                |                                               |                                     |

|                                                     |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Campina Grande, <u>25</u> de <u>12</u> de <u>16</u> | Hallisson Barros de Almeida<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>Responsável pelo resumo |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

| Data                                            | Hora             | T | P | R | PA                              | Diurese | Observações Enfermagem                                                                                 | Assis |
|-------------------------------------------------|------------------|---|---|---|---------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 24/12                                           | 16:00            | - | - | - | <del>120</del><br>80            |         | Paciente evolui<br>estável, melhora-se.<br>PE boa durante<br>o curativo no<br>MDE. <i>[assinatura]</i> |       |
| <del>24</del><br><del>12</del><br><del>16</del> | <del>19:00</del> |   |   |   | <del>300</del><br><del>70</del> |         | Paciente evolui<br>estável segue<br>as orientações<br>da enfermagem <i>[assinatura]</i>                |       |

RECEBIDO  
11 MAI 2017  
GRUPO SEGUADOR  
BBMAPFRE