

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180537353**

Vítima: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537353**.

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 13608607





Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180537353**  
**ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180537353**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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 13879329





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180537353 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA MARIA DA CRUZ **Data do acidente:** 13/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 22/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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



**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 entre 16 e 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

478-875-834-20

Nome completo da vítima

Antônia Maria da Cruz

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

Nome completo Antônia Maria da Cruz		CPF titular da conta 478-875-834-20	Profissão
Endereço R. Maria Aurora		Número 51N	Complemento
Bairro Planalto	Cidade Mamanguapá	Estado PM	CEP 58280000
Email		Telefone (DDD) 837 - 9283	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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 type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

<b>BANCO</b> Nome	Nº
<b>AGÊNCIA</b> Nº	T/V
<b>CONTA</b> Nº	D/V

(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, 08 de outubro de 2018  
Local e Data

Antônia Maria da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02076.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02076.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:17 horas do dia 30 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino do Ramos Rodrigues da Silva**, CPF nº 484.081.904-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Rodrigues da Conceição e Valdevino Francisco da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 26/03/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Aurora, Nº 34, complemento PLANALTO, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Perto do Colégio Cléa Bezerra, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb07, Perto do Sítio Pedra, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/04/18 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

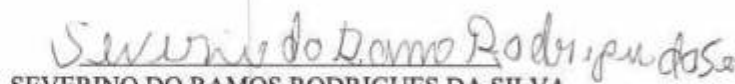
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, PRETA, 2017/2018, PLACA OFG6271/PB, CHASSI 9C2JB0100JR011359, registrada em nome do noticiante, onde na garupa estava ANTONIA MARIA DA CRUZ (Brasileira, natural de Mamanguape/PB, casada, do lar, residente no mesmo endereço do noticiante, CPF. 478.875.834-20), quando o noticiante perdeu o controle da moto vindo ambos a caírem ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1318/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 26.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que o noticiante não machucou-se no acidente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2018.

  
**FABIANA DE LIMA BEZERRA**  
Agente de Investigação

  
**SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA**  
Noticiante



Procedimento Policial: 02076.01.2018.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Antonio Maria da Cruz*

CPF da Vítima

*478-875-834-20*

Data do Acidente

*14-04-2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

*478-875-834-20*

Telefone (DDD)

*83-99921-9283*

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 Pessoa*, *08* de *outubro* de *2018*

Local e Data

*x Antonio Maria da Cruz*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



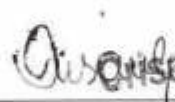


**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU**

**Mamanguape, 31 de Outubro de 2018**

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, ANTONIA MARIA DA CRUZ, foi atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 13 de Abril de 2018, vítima de acidente com motocicleta e transferido ao Ortopedia.

  
Crisane França de Farias  
Coordenadora Geral SAMU 192  
Mamanguape/PB  
CNPJ 08674396000164





# 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: ANTONIA MARIA DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000065619-6

---

Nr. da Autenticação FF68F7A664D536B1



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Fórmula para seguir pagamento da nota fiscal/coma da energia elétrica: N° 014.818.170



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.595.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ANTONIA MARIA DA CRUZ  
RUA MARIA AURORA S/N  
MAMANGUAPE

58280-000

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1874865-7

## REFERÊNCIA

OUT/2018

## APRESENTAÇÃO

29/10/2018

## CONSUMO

248

## VENCIMENTO

06/11/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 200,27

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



DESTAQUE AQUI

ANTONIA MARIA DA CRUZ

Rotelro: 17-014-165-5420

83650000002-8 00270654000-4 18748652018-7 10600014019-9

## VENCIMENTO

06/11/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 200,27

## MATRÍCULA

1874865-2018- 10-6





# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA

RG nº 681-201, data de expedição 05/05/18, Órgão SSPB,

portador do CPF nº 484.081.904-35, com Domicílio na

cidade de MAMAQUARE, no Estado de PARAIBA, onde

resido na (Rua/Avenida/Estrada) MARIA AURORA,

nº 34, 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 ANTONIA MARIA DA CRUZ SILVA,

cujo o condutor era SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA

Veículo: Motocicleta

Ano: 2017/2018

Modelo: Honda POP 140I

Placa: 0FG 6271/PB

Chassi: 9E2JB0100JR 0113509

Data do acidente: 13/04/2018

Local e data: João Pessoa, 30/10/2018.

X Severino do Ramos Rodrigues da Silva

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ CELSO DE ARAÚJO, S/Nº - ERNESTO GOMES - CEP 58075-420 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX (81) 3201-4079

Reconheço Por Autenticidade a firma de SEVERINO DO RAMOS

RODRIGUES DA SILVA, [115462], J. Pessoa-PB, 30/10/2018

14:10:25 Emol: R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepi: R\$1,90,

ES: R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMU

CELEIDA SILVA, Selo Digital AHS33099-1M06 Consulte em

https://portalceleida.com.br





## CERTIDÃO

Nº. 1318/2018

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e 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 nº119675 e Prontuário de Nº2018.04.001873, pertencente a **ANTONIA MARIA CRUZ** que foi atendida dia 13/04/2018 às 08H50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/04/2018 e 04/05/2018 com alta médica dia 10/05/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

Dr. Rossana de Fátima de Araújo Barbosa  
CRM/PB 3533



Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533





RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 08:50:19

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAV.

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

## DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANTONIA MARIA DA CRUZ

Num. Prontuario: 2018.04.001873

CNS: 201485151710009 Sexo: F CPF: 47887583420 Fone: 998014583

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 22/10/1960 Id: 57 ano(s)

End.: RUA MARIA AURORA, 24

Bairro: PLANALTO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: RITA MARIA DA CRUZ SILVA

Pai: RESPONSÁVEL PELA PACIENTE NAO SOUBE INI

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANTONIA MARIA DA CRUZ

Tel/Doc. Responsavel: 998014583 / CPF: 47887583420

Pr. dencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO- PASSAGEIRA

Vitima de violência por: ZONA RURAL DE MAMANGUAPE - 7H30 -

[ ] Caso Policial

## PRE-CONSULTA

## CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO E CARRO COM

NEGA DESMAIO SIC

T. MA MIE

## Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto, trazida pelo SAMU, em plano de urgência, apresentando coloração acinzentada. Nega perda de consciência e lesões. Voz abafada, gêmicas. Nega lesões de pele. Estado de consciência em plano de urgência. EC 22. gêmeas de 5 e 6. la. COM REVERSAÇÃO COMPLETA E REVERSAÇÃO

Diagnostico

Queda de moto  
Fratura de Tálus e Fibula?

Conduta

2 e 7 de 14 NOV. 2018  
AG. JOAO PESSOA  
PROTÓCOLO  
PREVIDÊNCIA S/A

Prescrição

Horario da medicacao

SAT

E PAROLIN 2g EV A 600A.

Yuri Cordeiro  
ERM PB: 11507Dr. Yuri Cordeiro da Silva  
Cirurgião Geral  
CRM 10.941



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

#OUTOPEN #

NA EVOLUÇÃO NO PRATICA POR OLHOS DA PENHA.  
COM FENIMENTO . EXPOSICAO OSSA.

Yury Cordeiro  
CRM PB: 11507  
Dr. FERNANDO GONCALVES

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

AO Bloco Cirurgico.

Yury Cordeiro  
CRM PB: 11507

DESTINO DO PACIENTE

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

Y. Luiz Carlos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/04/18

Nome: ANTÔNIA MARIA DA CRUZ  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PUNHA

HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HOTE, COM  
TRAUMA EM PUNHA E. DOR, FEMINATO - DE FEMININA

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

### Pele:

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposuio ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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



### Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_

Alimentação \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_

TB \_\_\_\_\_

NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altura: \_\_\_\_\_ m

IMC = \_\_\_\_\_

PA = \_\_\_\_\_

mmHg

FC = \_\_\_\_\_

FR = \_\_\_\_\_

TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: fratura exposta ossos da perna (E)

Conduta: internação p/ tratamento cirúrgico.

Yury Cordeiro  
CRM PB: 11507

Francisco Guen







## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em VDPA  
Anestesia e anti-espasmo  
Aplicação do campo estéril

### Incisão:

Ampliação do IO

### Achados:

Fratura exposta do osso de perna

### Conduta:

Desbridamento extenso com SF 0,9% e desbridamento  
de tecidos desvitalizados  
Aplicação de fixador externo transcutâneo  
Lavar  
Limpieza  
Curativos

### Fechamento:

### OBS:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
14 NOV. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Data: 12/04/18

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248  
MÉDICO/CRM



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <b>ANTÔNIA MARIA DA CRUZ</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <b>57 anos</b>	SEXO <b>F</b>	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>13/04/2018</b>		DATA DE ALTA <b>16/05/2017</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>dias</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
<b>Fratura Diafisária de Tíbia Esquerda</b>				<b>S82.3</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
<b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
<b>Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
VENCIMENTO 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 Tíbia EM USO DE FIXADOR EXTERNO foi submetido(a) a ALTA HOSPITALAR, paciente sem condições de partes moles. Paciente retornar dia 30/05 as 7 horas da manhã para internamento e procedimento cirúrgico.

**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.

**PRECAUCOES COM A FERIDA OPERATÓRIA:**

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

**DATA** 16/05/18

**ASS. MÉDICO / C.R.M.**

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV/SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 NOV. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NOME: Antônio do Carmo

Lado Mito

Paciente com quadro de  
doença de Parkinson. Paciente submetido  
a Ho terapia de doença de Parkinson.  
Paciente em tratamento com  
medicamentos. Paciente com  
condições de trabalho por tempo  
indeterminado

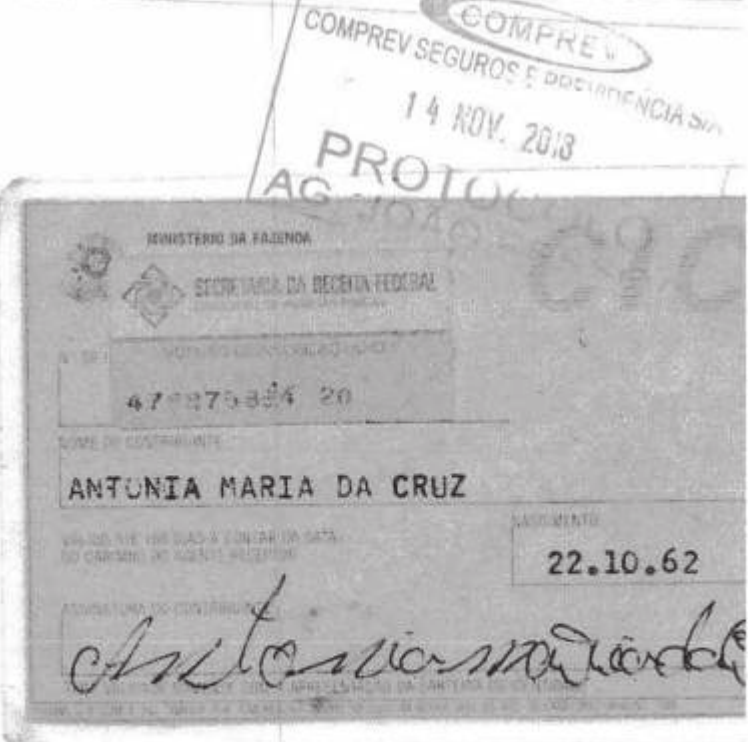
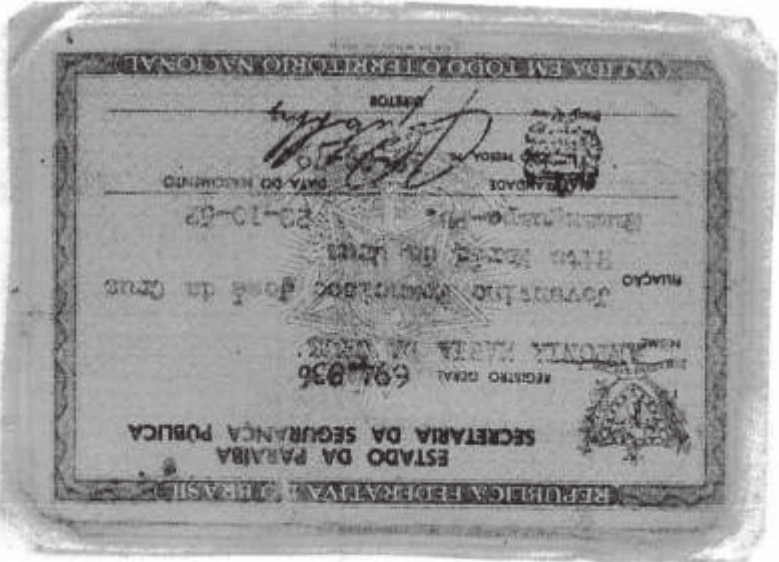
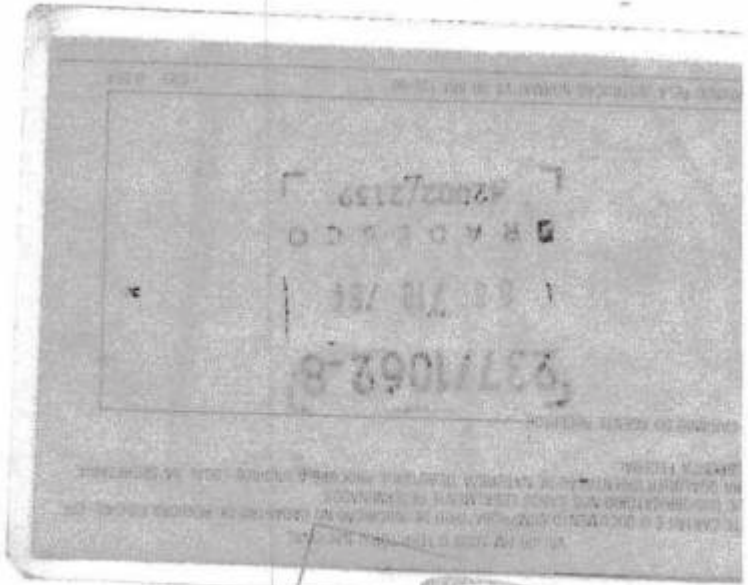
Cm = Mass/502.

23/01/19

Assinatura e Carimbo

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813759643  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM **DRT 20181500000482-9**  
**1 0114075239-9 00/00000000 2018**

NOME  
**SEVERINO DO RAMOS R DA SILVA**

CPF/CNPJ **48408190415** PLACA **OFG6271/PB**

PLACA ANT./UF **NOVO PB** CHASSI **9C2JB0100JR011359**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTIVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/POP 110I** ANO FAB **2017** ANO MOD **2018**

CAP/POT/CIL **2 P/109 /CI** CATEGORIA **PARTIC** CCR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA UNICA **IPVA PAGO EM 00/00/0000** VENC COTA UNICA **1º**  
FAIXA I.P.V.A. **\*\*\*\*\*** PARCELAMENTO/COTAS **0** **2º**  
**3º**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **\*\*\*\*\*** IOF (R\$) **\*\*\*\*\*** PRÊMIO TOTAL (R\$) **\*\*\*\*\*** DATA DE PAGAMENTO **11/01/2018**

OBSERVAÇÕES  
**A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA**

NOTA: NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA **0**

MAMANGUAPE - PB DATA **18/01/2018**  
**9999999 7003781**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PB Nº 013813759643 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **15/01/2018**

VIA **1** CPF/CNPJ **48408190415** PLACA **OFG6271/PB**

RENAVAM **01140752399** MARCA/MODELO **HONDA/POP 110I**

ANO FAB **2017** CAT TARE **9** Nº CHASSI **9C2JB0100JR011359**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **\*\*\*\*\*** DENATRAM (R\$) **\*\*\*\*\*** CUSTO DO SEGURO (R\$) **\*\*\*\*\***

CUSTO DO BILHETE (R\$) **\*\*\*\*\*** IOF (R\$) **\*\*\*\*\*** TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) **\*\*\*\*\***

PAGAMENTO **SEGURO** DATA DE QUITAÇÃO **11/01/2018**  
☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.808/0001-04  
**7003781-1535107-20180115**

SET-2017

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PARTICIPAÇÕES S/A.  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônia Maria da Cruz  
 DATA DO ACIDENTE 14-04-2018 CPF DA VÍTIMA 478.875.834-20  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Antônio Maria da Cruz  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Antônio Maria da Cruz  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Maria Aurora  
 Nº 514 COMPLEMENTO BAIRRO Planalto  
 CIDADE Mananguape UF RN CEP 58280000  
 E-MAIL TELEFONE (83) 99921-9283

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

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

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\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/11/18  
 IDENTIDADE 694.836  
 ASSINATURA Antônio Maria da Cruz

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/11/2018  
 NOME Adelton Santos  
 ASSINATURA Adelton Santos





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
Q. JOÃO PESSOA





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA