
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



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** 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



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 ASI.

CPF da Vítima

478-875-834-20

Nome completo da vítima

Ontânia maria da cruz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ontânia maria da cruz	CPF titular da conta 478-875-834-20	Profissão
Endereço l-maria Aurora	Número 51N	Complemento
Bairro Planalto	Estado P M	CEP 58280000
Email		Telefone (DDD) 83) - 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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 |
| <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 |

COMPREV SECURIDADE PREVIDÊNCIA S.A.

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.
0044
(Informar dígito se existir) D/V

CONTA
NRO.
65619
(Informar dígito se existir) D/V

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 08 de outubro de 2018

Local e Data

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 cair 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2018.

Fabiana de Lima Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

Severino do Ramo Rodrigues da Silva

SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 02076.01.2018.1.00.420

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antônio maria da Cruz

CPF da Vítima

478-875-834-20

Data do Acidente

16 - 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.

José Pessoa, 08 de outubro de 2018

Local e Data

PROTOCOLO AG. 10AO PESSOA

14 NOV. 2018

**COMPREV
CONSEGURO E PREVIDÊNCIAS
ASSISTÊNCIA**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE
SAÚDE



CIDADÃO DO
TRABALHO

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 Ortotrauma.

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



Rua Marquês do Herval, 64 - Centro - Fone (83) 996501777/991136091
samucrisane@gmail.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: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA MARIA DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 00000065619-6

Nr. da Autenticação FF68F7A664D536B1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria de conta.

Recomenda-se sempre pagamento da nota fiscal/cota de energia elétrica - Nº 014.618.170



LUR - MIGRAÇÃO DE ALTA VOLTAGEM
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

ANTONIA MARIA DA CRUZ

RUA MARIA AURORA SIN

MAMANGUAPE

58280-000

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1874865-7

REFERÊNCIA

OUT/2018

APRESENTAÇÃO

29/10/2018

CONSUMO

248

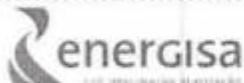
VENCIMENTO

06/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 200,27

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHES DA FOLHA

ANTONIA MARIA DA CRUZ

Roteiro: 17-014-165-5420

83650000002-8 00270054000-4 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 25/05/18, Órgão SSPB,
portador do CPF nº 484.081.904-35, com Domicílio na
cidade de MAMAGUAPÉ, no Estado de Pernambuco, 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 Antônio Maria da Cruz, cujo o condutor era SEVERINO DO RAMOS Rodrigues da Silva

Veículo: Motocicleta

Ano: 2017/2018

Modelo: Honda POP 110 I

Placa: OFG 6271 / PB

Chassi: 9E2JB0100JR 0313509

Data do acidente: 13/04/2018

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

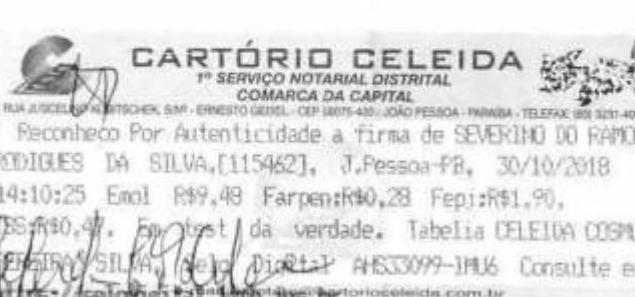


X Severino do Ramos Rodrigues da Silva

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





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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIAS /
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
LEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 119675 Atd: Nao Regu
Data: 13/04/2018
Hora: 08:50:19
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAV.
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: RESPONSABEL 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

Prudencia: 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:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Queixa Principal

Observacao

VITIMA VITIMA DE COLISAO MOTO E CARRO COM NEGA DESMAIO SIC
T. MA MIE

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Planteira de ferida de moto, trazida pelo SAMU, em plena infusão, perturbada por sangue. Color castanho. Nega perda da consciência e lembra de ter outros ferimentos. Negar cianose. Dolor no Abdome. Fazia sangue de urina. ECZAS. gengivite. Iç

Diagnóstico: Queda de moto

Conduta: Di 82 d 14 NOV. 2018 PREVENDO
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

Prescrição

Horário da medicacão

SAT

CPOLIN 2g ev AGOLA.

Yuri Cordeiro
CRM PB: 11507

De Odontologo a Cirurgião Geral
CRM PB 10.947

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
14 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Houtopus #

pt evigencio fatores por ossos da pena.
com penas mortis exposição ossos.
~~ardeiro~~

Lily Cordeiro
CRM/PB: 11507
Dr. Francisco Guedes

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

AO Bhoco communication

~~Yury Cordeiro~~
CRM PB 11507

DESTINO DO PACIENTE

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

by J. W. Walton.

Assinatura do Paciente/Responsável

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 PERNAS.

HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HOTE, COM
TRAUMA EM PERNAS E. DOR, PENÍNSULA - DE FOLHINHA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Itíteria []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

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

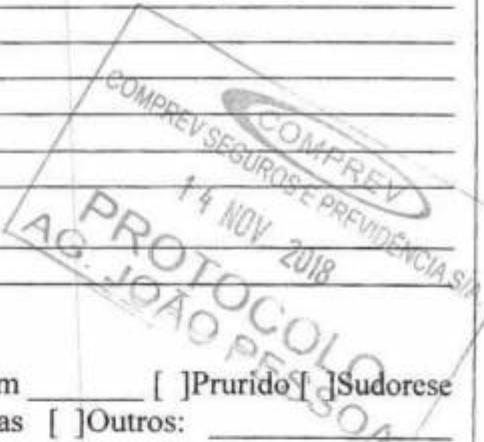
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

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

[]Alcoolismo _____ Alimentação _____

Exercício Físico: _____

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: HATUNA EXPOSTA OSSOS DA PENIS (E)Conduta: LATERALIZAR PI TRABALHAMENTO CIRURGICO.

Yury Cordeiro
 CRM-PB: 11507
 MARCISO GUEI



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Alana Mariz de Araújo</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/06/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Francisco Guedes</i>			1º Assistente: <i>Dr. Yani (RI)</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Felina exposta ao sol da perra

CID

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

- LMC

- Faringotomia extrema

COMPREV
COMPREV SEGURO DE PREVIDÊNCIA S/A
14 NOV 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DPX

Anestesia e anti-espasmodico

Hipotensão do corpo sobre

Incisão:

Ampola do TO

Achados:

Fratura desfazida do osso de perna

Conduta:

Lavagem traumática com Sf 0,9% e desbridamento
de tecidos desvitalizados

Spongos de hidroxiapatita tricalcíca

Colageno

Linfase

Cárticos

Fechamento:

COMPREV
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

14 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 12/10/18

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

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME ANTONIA MARIA DA CRUZ					PRONTUÁRIO N°
DADE 57 anos	SEXO F	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 13/04/2018		DATA DE ALTA 16/05/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Diafisária de Tibia Esquerda					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
NATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA X MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia EM USO DE FIXADOR EXTERNO foi submetido(a) à 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

META: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

EPOUSO: 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.

UIDADOS 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.

RECOMENDAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacin, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

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

16/05/18

DATA

Dr. Carlos

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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

COMPRENSO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Antônio M. do Nascimento

LACO MÉDICO

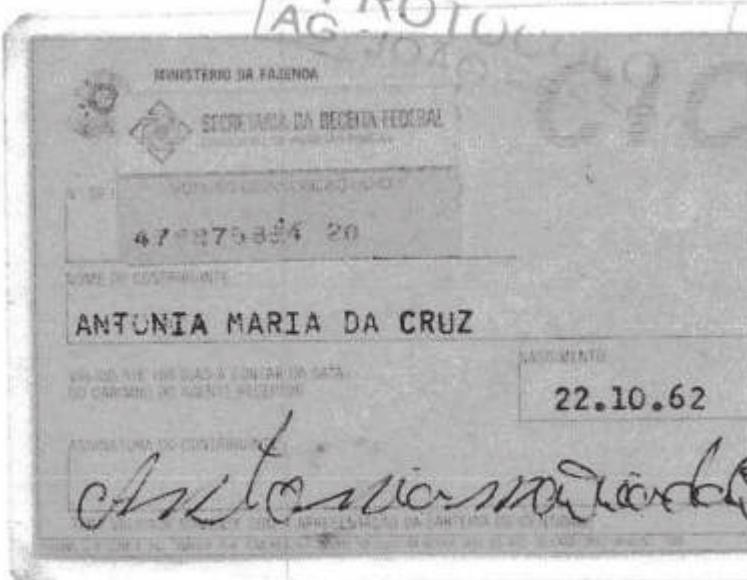
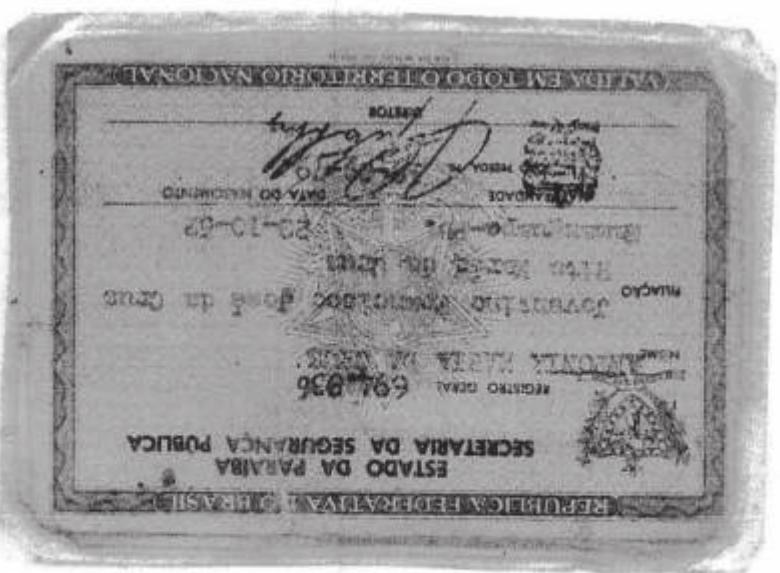
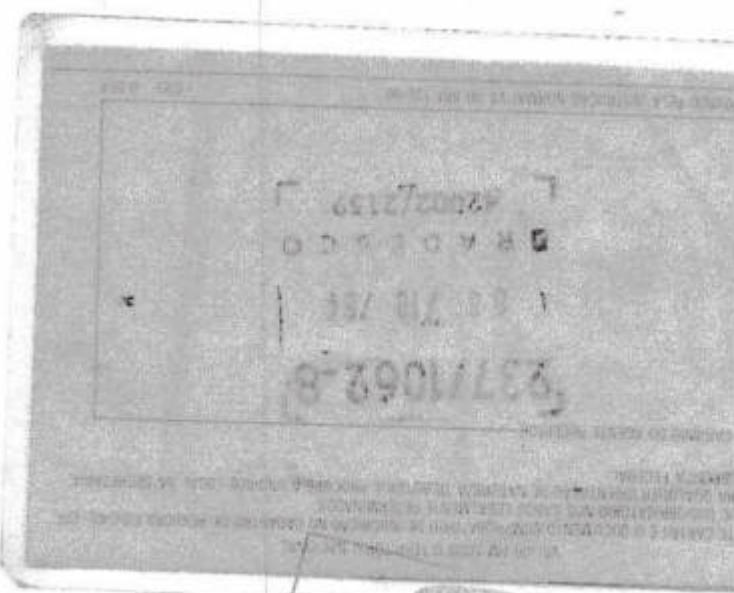
Paciente com febre de 38
de duração de 1 mês. Recupera-se bem
a tempo de uso de praca.
Paciente em acompanhamento
ambulatorial. Paciente não
complaços de trabalho por tempo
intermitente.

(nº) MESS/902.

23/01/19

Assinatura e Carimbo





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013813759643	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD RENA	PRT 20181500000482-9	
1	0114075239-9	00/00000000 2018	
NOME SEVERINO DO RAMOS R DA SILVA			
CPF/CNPJ	PLACA		
48408190415	OFG6271/PB		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2JB0100JR011359		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/ POP 110I	2017	2018	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/109 /CI	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC/COTAS	
IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 ^o	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^o	
*****	0	3 ^o	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	SEGUR	PAGO 11/01/2018
OBSERVAÇÕES			
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
0			
MAMANGUAPE-PB		DATA 10/01/2010	
9999999		7003781	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 15/01/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1 48408190415	OFG6271/PB	
RENAVAM	MARCA / MODELO	
01140752399	HONDA/ POP 110I	
ANO FAB.	QT TARE	NT CHASSI
2017	9	9C2JB0100JR011359

PRÉMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
*****	SEGUR	PAGO
PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE QUITAÇÃO		
11/01/2018		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

7003781-1525107-201801115

SET-17

COMPREV
COMPREV SEGURO E PROTEÇÃO S/A

14 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

Vítima Ontânia Maria da Cruz
 DATA DO ACIDENTE 14 - 04 - 2019 CPF DA VÍTIMA 478.875.834-20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ontânia Maria da Cruz

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (Nº VÍTIMA) 1 REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM AVITIMA É Ontânia maria da Cruz

ENDERECO DO PORTADOR R. Mário Vazza BAIRRO Planalto
 Nº 514 COMPLEMENTO CEP 58280000 Cidade Maria da Cruz UF PR TELEFONE (83) 99321-9283

E-MAIL _____

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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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 CONFIRMEM A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () 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, TAIIS COM 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> * MORTE = R\$ 13.500,00 * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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. | <ul style="list-style-type: none"> * 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 FORMULARIO * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATUITAMENTE PARA 0800 022 1204 |
|--|---|

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE 14/11/18

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA 14/11/2018

IDENTIDADE 694-836

ASSINATURA Xabátona

NOME Wilton Guedes

ASSINATURA José



COMPREV PREVIDÊNCIAS SA
25 JAN. 2019
PROTOCOLO
Q. JOSÉ JOSÉ PESSOA



SUAPREV PRÉVIDÊNCIA S.A.
25 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA