

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190441634

Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: **0298432139** 3 - CPF da vítima: **119.847.244-90** 4 - Nome completo da vítima: **LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENITO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENITO** 6 - CPF: _____
 7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **Rua Prof. EDNARDO Rangel de Moraes 110** 9 - Número: **110** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Salvo: **JOÃO AGRIPINO** 12 - Cidade: **Carolina** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.423-246**
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ SEM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA PRUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Até hoje uma opção):
 Bradesco (037) Itaú (341) CONTA CORRENTE (mais de bancos):
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: **0041** CONTA: **479861** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e conosco após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 30, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso dissonante do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

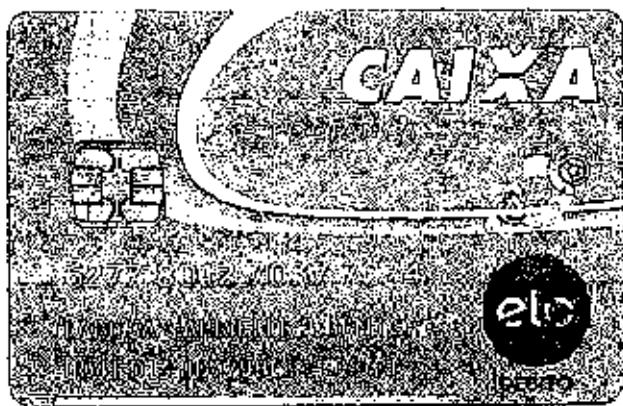
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou marido (ex-marido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que o Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha: **Assinatura da testemunha**
23 JUL 2019
 40 - Local e Data: **João Pessoa 23/10/2019**
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Luiz Henrique Braga**
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FESTEJAMENTO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: LARISSA GABRIELLE BRASIL GOMES BENTO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 045/2012				
5 - Nome completo: LARISSA GABRIELLE BRASIL GOMES BENTO			6 - CPF:	
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: Rua Prof. EDNARDO Pinheiro de Lima	9 - Número: 180	10 - Complemento: CASA	
11 - Bairro: JOÃO AGRIANO	12 - Cidade: CAMPINA GRANDE	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58.423-246	15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD):				

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **001** CONTA: **479861** **4**
(Informar o dígito se usado) (Informar o dígito se usado)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se usado) (Informar o dígito se usado)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar se vive: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivem:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha: **23 JUL. 2019**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Marina Sabrina Bento**

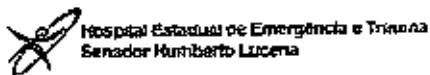
Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)



AV. ORESTES LUSBOA, 60 - PEDRO GONÇALVES - CNES: 120312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107066

**Identificação do paciente**

ID 1324371	Nome LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 28/05/1988	Idade 19 anos 11 meses 11 dias	Estado Civil	Religião	Prematuro
M28 MARCIA BRASILEIRO LIMA	Pai IRANELO DE LIMA BENTO			
Escolaridade	Responsável (Poderoso) SILVANA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 93	Fone Móvel 681319110	DDD Fijo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4436840	Nº Cis		
Local de procedimento BR 230		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBO/R		

Endereço

CEP 68040600	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro HILTON SCUTTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO
Número 6601	Complemento		Bairro PORTAL DO SOL

Admissão

Data e Hora 08/09/2018 20:01:53	Número da placa 1000006283482	Comunicação SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída Não	Voo de embutante Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Urticariorrafia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico		Rita de Cássia A. da Silva Extermelha 03/09/2018 20:01:53
ANTRÍGIO POR ELISA VIEIRA DA SILVA	23 JUL. 2019	Tempo 01min 03seg

Imprimir



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: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000479861-4

Nr. da Autenticação E3DE824B989939AC



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Correia, 220 - Joaquim José Pessas - PB
CEP: 58015-070 - CEP: 58.123-654-0001-87

PARA CONTEÚDO COM A CEGPA
ESCOLHA ESTENDIDO
ESTRUTURA
12096946

REFERÊNCIA
FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARINA BRASIL FERRO LIMA
RUA PRÉDIO EDIFÍCIO RANGEL DE PAIVA, 180 - JOÃO
AGRIPINO CAMPINA GRANDE PB 58423-246

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
018.072.880.0152.000	000	1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
Y13N707698	02/02/2013	EXT. LACRE LIGADO	INATENCIAL
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NÚM. DE DIAS PROXIMA LEITURA			
1186 1204 18 30 22/03/2019			
MEST. CONS./ANOR. 1ETT. I QM. ID. ÁGUA-MÍXIDA 20 PORT. 05-2017 MS.			
JAN/2019	18	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
DEZ/2018	18	TURBIDEZ 0 0 0	
NOV/2018	21	CLORO 0 0 0	
DUT/2018	19	COL. TÉRMIC 0 0 0	
SET/2018	26	COR 0 0 0	
AGO/2018	23	COL. TOTAIS 0 0 0	
HED/ACH)	20	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 23/02/2019	DATA DA IMPRESSÃO: 00:03:46
	CONSUMO TOTAL(R\$)
DESCRICAÇÃO	
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
ATE 10 HS - R\$ 7,91 POR UNIDADE	10 HS 37,91
11 HS A 20 HS - R\$ 4,89 POR HS	8 HS 39,12
ESGOTO	
PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA #1/13	38,00

VALOR APENAS TRIBUTO: R\$ 7,13 PIS E CONFINS + R\$ 12,73 ICMS
VENCIMENTO: 06/03/2019 Total a Pagar: R\$ 115,83

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REFA TÍPICO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COM ESTA SÉRIE API 11400 SMI OTIMIZADO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DEFICIÊNCIA: NÃO EXISTIR DECÍTOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12607/2018

CAGEPA	ENTRADA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	12096946	FEV/2019	06/03/2019	R\$ 115,83

B2681000001 7 158300100018 3 01209694601 Z 02201940015 9





Identificação do paciente

0 1324371	Nome LARISSA GABRIELLE ARASILEIRO BENTO	Sexo Feminino	
Data de nascimento 28/05/1998	Idade 18 anos 11 meses 11 dias	Estado civil Solteiro	Religião Praiana
Nome MARCIA BRASILEIRO LIMA	Pai IRANILDO DE LIMA BENTO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SILVANIA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 681216110	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4136040	Nº Cnes	
Local de procedência BR 230	Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBO/R	

Endereço

CEP 58040000	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO
Número 6501	Complemento	Bairro	PORTAL DO SOL

Admissão

Data e hora 08/09/2018 20:01:33	Número da paciente 1000006283482	Corpo/mais GUS	
Especie/idade CIRURGIA GERAL	Cirurgia		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento	Razão do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Ponto de saída Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Urosonografia []
Codex clínico						

Diagnóstico

ADMITIDO NO:
LIMA VERA DA SILVA

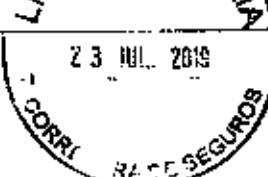
23 JUL. 2019

Rita de Cássia A. da Silve
Estudante

2019-07-23

Tomar
Receber

Imprimir



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO
DADOS DE NASCIMENTO 28/09/98
NOME DA MÃE MARCIA BRASILEIRO LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.107.066

Nº PRONTUÁRIO 110.954

DATA DO ATENDIMENTO 08/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 20:01

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTO DA CAVICADE ORAL + FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA + TRAUMATISMO DO BAÇO

CID 10 S 01.5 + S 02.6 + S 36.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), trazida pelo SAMU, apresentando trauma de face com dor e ferimento contuso em mucosa oral com perda de elementos dentários + dor em abdome e região lombar + abrasões em antebraço E, além de hipocorada (2/4+) e equimose em hemiabdomen E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da face
TC do abdome
RX do tórax - AP
RX da coluna lombar-sacra - AP e P
RX da bacia - AP



TRATAMENTO:

Fratura cavalgada de mandíbula à TC da face. Líquido livre em abdome superior e pelve com área de alteração de densidade caentral do baço à TC do abdome. Sem alteração aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da fratura do baço com laparotomia exploradora e eletrocoagulação pelo Dr. Fábio Kennedy e Dr. Geraldo Camilo da equipe da Cirurgia Geral e da fratura da face pelo Dr. Talvane Sobreira e equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 20/09/18
DATA DA EMISSÃO: 22/01/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



ANEX D



Larissa Gabrielle Brsilciro Bento - 28.09.1998 (20a 0m)
16.10.2018 13:41:15 - Dr(a) Jeová Clementino de Almeida Júnior - 70018

L
V



EX-D



74 C.P.R.L.

Laudo Odontológico

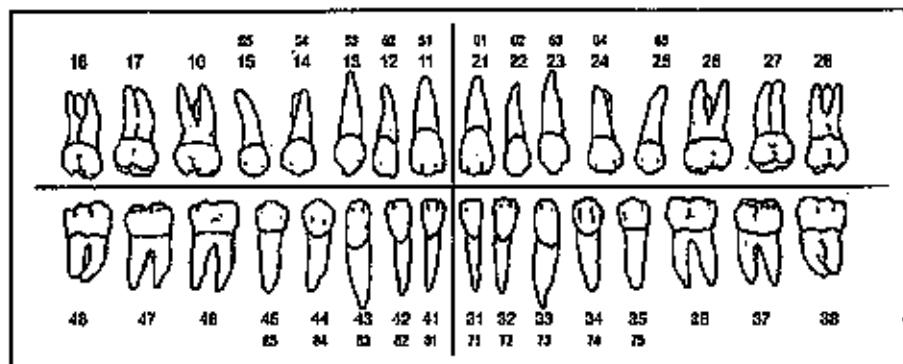
Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Idade: 20 anos e 0 meses

Data: 08/10/2018

Sexo: Feminino

Doutor(a): Olavo Hostor



Radiografia para controle de tratamento pós-cirúrgico.

- * Septo nasal sem apresentar desvio significativo.
- * Projeção da cabeça da mandíbula lado direito e esquerdo não sugere mudanças ósseas significativas nesta incidência.

MAXILA

- * Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.
- * Presença de todos os dentes permanentes.
- * DENTE 18: Semi-incluso impactado.
- * DENTE 28: Microdente inclusivo impactado.

MANDÍBULA

- * Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.
- * Ausência do dente 38.
- * Note traços radiolúcidos compatíveis com fratura no corpo da mandíbula lados direito e esquerdo, associados a barras e parafusos metálicos compatíveis com osteossíntese.
- * DENTES 37, 47: Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie extensa com comprometimento pulpar.
- * DENTES 36, 46(m): Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie. Confirmar clinicamente (dente 36).
- * Presença de fio metálico envolvendo os dentes 43/44/45/46.
- * DENTE 46: Observa-se imagem radiolúcida periplacal e perimadicular na raiz mesial sugerindo inflamatória.
- * DENTE 48: Semi-incluso impactado. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.


 Dra. Renata Almeida Barros
 CRO 3299 - PB

 Dra. Izany Alves Ribeiro
 CRO 1425 - PB

 Dra. Marcella Almeida Azevedo
 CRO 1417 - PB

 Dra. Cecília Paula Almeida
 CRO 1207 - PB

Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com a clínica

UNIDADE PRATA

 Rua Nilo Peçanha, 461 - Fone: (83) 3343-5000
 Campina Grande - PB

UNIDADE CENTRO

 Rua Irineu Joiffly, 132 - Fones: (83) 3341-7700
 (83) 90886-0061 (WhatsApp) - Campina Grande - PB

Laudo Odontológico

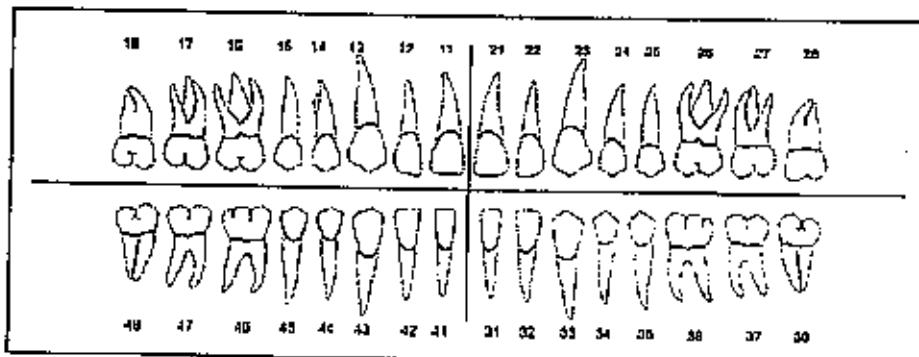
Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Nasc. [idade]: 28/09/1998 [20 anos e 0 meses]

Sexo: Feminino

Data: 16/10/2018

Doutor(a): Jeová Clementino de Almeida Júnior



PANORÂMICA DOS MAXILARES

- * Seios maxilares com transparência normal.
- * Projeção da cabeça da mandíbula lado direito e esquerdo não sugere mudanças ósseas significativas nesta incidência.
- * Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.

MAXILA

- * Presença de todos os dentes permanentes.
- * DENTE 18: Semi-incluso impactado.
- * DENTE 22: Desgaste do bordo incisal. Avaliar clinicamente.
Indicamos radiografia peripapital para melhor visualização de detalhes e avaliação da região peripapital.
- * DENTE 28: Microdente incluso impactado.

MANDÍBULA

- * Ausência do dente 38.
- * Note traços radiolúcidos compatíveis com fratura na região de trígono retromolar lado esquerdo estendendo-se à base da mandíbula e no corpo da mandíbula lado direito, associados à fixação metálica rígida.
Note solução de continuidade na base da mandíbula lado direito, na altura da região do dente 44.
- * DENTES 37, 47: Destrução parcial da coroa. Verificar possível envolvimento com a câmara pulpar. Observe aumento do espaço do ligamento periodontal apical na raiz mesial do dente 47. Indicamos teste de sensibilidade pulpar destes dentes para melhor avaliação.
- * DENTES 36, 46(m): Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárrie
- * Presença de fio metálico envolvendo a coroa dos dentes 43-44-45-46.
- * DENTE 46: Aumento do espaço do ligamento periodontal na raiz mesial.

23 JUL. 2019

 CORREIO DA SERRA
 DR. JOSÉ DA SILVA CAMPOS
 CRO 3793-PB

 Dra. Renata Alencar Brêtas
 CRO 3790-PB

 Dra. Marcella Almeida Azzevedo
 CRO 4447-PB

 Dra. Cassandra Suely Almeida
 CRO 1207-PB

"Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com a clínica"

Unidade I

 Rua Nilo Peçanha, 481 - Praia
 Fone: (83) 3313.5000 / 98888.0081-9

Campina Grande - PB

Unidade II

Rua Irineu Jeffery, 152 - Centro

Laudo Odontológico**Paciente:** LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO**Nasc. [Idade]:** 28/09/1998 [20 anos e 0 meses]**Data:** 16/10/2018**Sexo:** Feminino**Doutor(a):** Jeová Clementino de Almeida Júnior

* DENTE 48: Semi-incluso impactado. Retenção mésio-angular. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.



Dra. Renata Almeida Barros
CRO 3290 - PB

Dra. Jonny Alves Ribeiro
CRO 4925 - PB

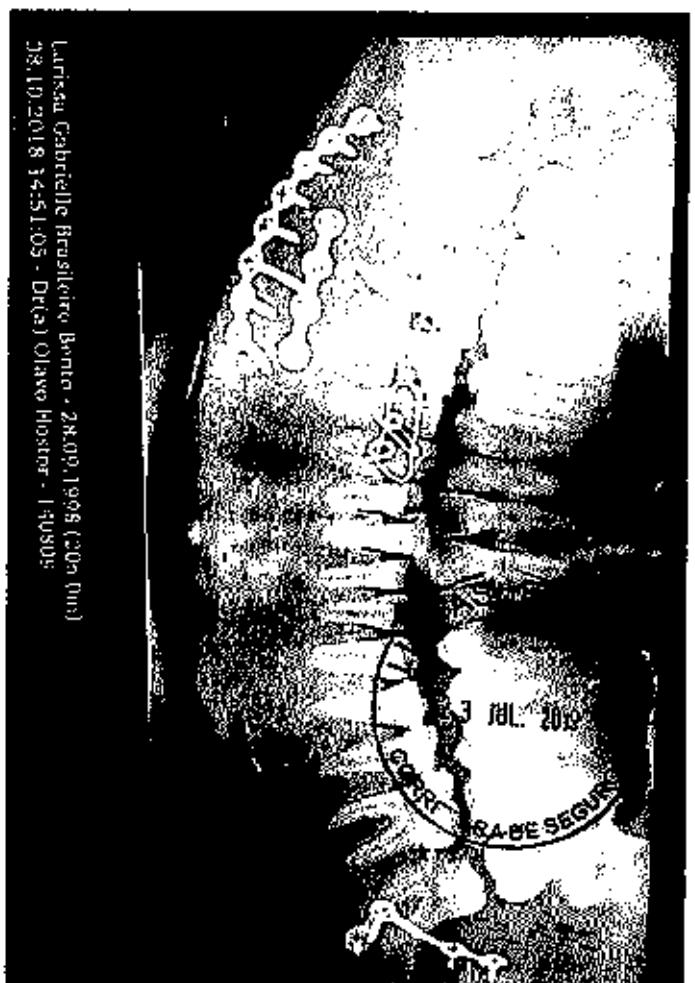
Dra. Mirella Almeida Azevedo
CRO 4447 - PB

Dra. Cassandra Soály Almeida
CRO 1207 - PB

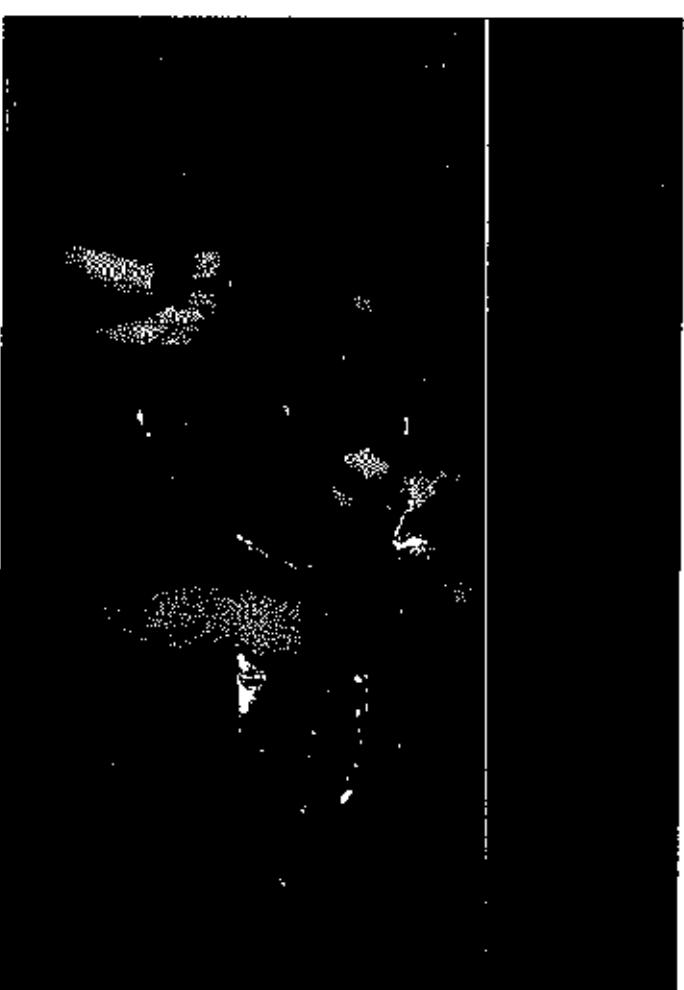
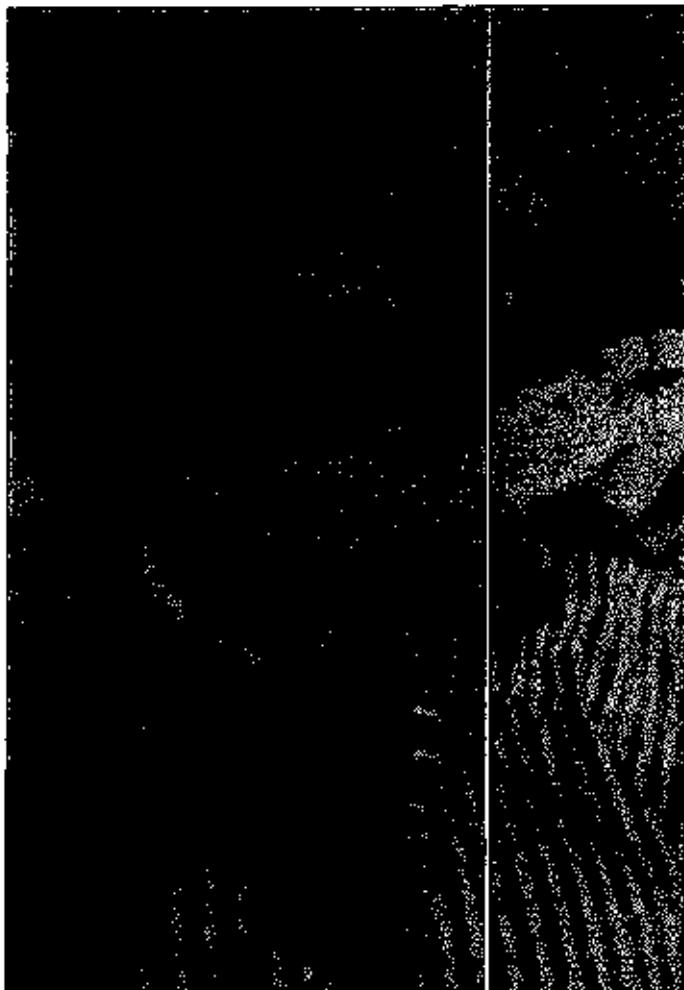
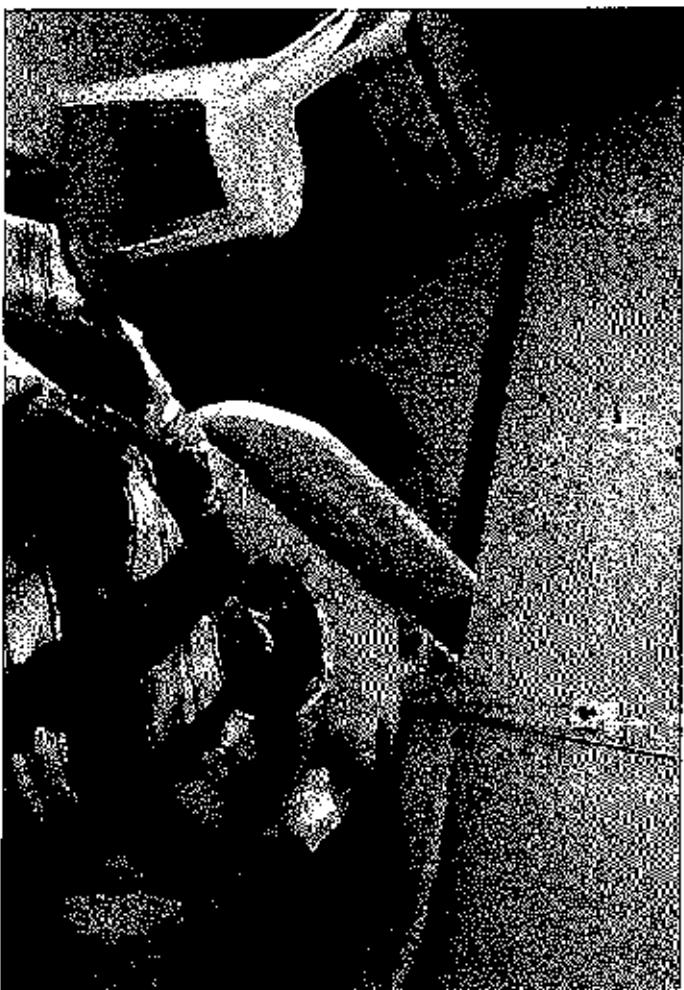
"Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com a clínica"

UNIDADE PRATA
Rua Nilo Peçanha, 481 - Fone: (83) 3343-5000
Campina Grande - PB

UNIDADE CENTRO
Rua Irineu Joilley, 132 - Fones: (83) 3341-7700
(83) 98886-0061 (WhatsApp) - Campina Grande - PB



Larissa Gabrielle Brusilero Bento - 28.09.1996 (207 mm)
28.10.2018 14:51:05 - Dr. (a) Olavo Kloster - IAGUS/UFG



LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO SENTO
DAVIDE BRUNO GRISI LOPES DE MENDONÇA
(-4169/PB)

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL COM RELATO DE CAPOTAMENTO, NEGA PERDA DA CONSCIENCIA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSA EM MUCOSA ORAL E ABRASESSES EM ANTERIORAGO ESQUEIRO. APRESENTANDO MOBILIDADE DOS MMS E MILI PRESERVADA. AO EXAME DE IMAGEM (TC DE FACE) APRESENTA FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA (CORPO D E ANGULO E DIREITO).
CD. 1. REALIZADO QDONTOSINTESE COM REDUCAO EM FRAURA CAVALGADA DE CORPO MANDIBULAR
2. SUTURA INTRA ORAL EM ELUNDO DE SULCO INFERIOR E REGIAO DE MENTO;
3. AGUARDOU ALTA DAS DEMAIIS ESPECIALIDADES PARA AGENDAMENTO CIRURGICO PELA BMF.

Conduta Em observação

#BME#
PATIENT
CAPOTA
MUCOSA
EXAMINE

25211121

CNES: 6121221

■

ENDERECO: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
BAIREA VERMELHA

GOVERNO DA PARAÍBA

Sammler-Hummelkäfer-Lepidoptera



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Documento de Alta

Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Número Prontuário: 110864
Data de 28/08/1998	Sexo: Feminino	Data de Internação: 09/09/2018 08:00:34	Data de Alta: 20/09/2018 09:43:53
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE NO MOMENTO EM POS AOPERATORIO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MANDIBULA , AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO OU SINAIS DE INFECÇÃO , APTA PARA ALTA			
Resumo da Internação: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO . APRESENTANDO POLITRAUMATISMO , LESAO ESPLÉNICA E FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA , SUBMETIDA A LAPAROTOMIA PELA CIRURGIA GERAL E REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA MANDIBULAR			
Resultado de Exames: TC DE FACE , TC DE ABDÔMEN			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL EM DOIS TEMPOS , LAPAROTOMIA E REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MANDIBULA			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: EM ANEXO			

Data: 20/09/2018

CLÁRISSA BARBOSA CAMPEÃO
SALVÃO
CRM: 2537 - PB



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Número: _____

Pacierte: Karsten Guballa B Prede

Procedimento: CCG - Exame de vacinação

SUS () Não SUS ()

Médico: Luis Ernesto Valdés

Результаты: **Матч 66**

Date: 18/11/18

Reposição: _____

Date: _____ / _____ / _____

Ceiaxa Prentsa:

ASSISTANT RADIO MANAGER

ASSINATURA DE IMAGEM - COREN

ASSINATURA ESTRELA ANTIDESPUMAS

~~Adriano Martins B. Longo~~
COREN-PR 122217 - ENF

James R. Hoo
Testimony
1990-07-10

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Ionissa Gabrielle Bevilacqua Porto BE/Prontuário: 110 7066

Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 18/09/18

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Redeção de Fratura de Mandíbula Bilateral

Cirurgião: Dr. Tatiane Sabeira 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 08:00 Término 09:30

Diagnóstico Pós-Operatório.	CID
<u>Fratura de Mandíbula</u>	<u>S02.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fratura de Mandíbula</u>	<u>S01.6</u>

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: ()Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

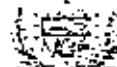
Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Sabeira
MAXIMO-FACAT
E 2262

João Pessoa, 18/09/18

Nota de Sala Cirúrgica



Nota de Sala Cirúrgica			
DADOS DO PACIENTE		DADOS DA SALA	
Nome do paciente: <u>Gabrielli Brantini</u>			Nº da sala: <u>6</u>
Data: <u>29/07/2019</u>			Hora: <u>14:00</u>
Sexo: <u>M</u>			Idade: <u>18</u>
Peso: <u>65 kg</u>			Altura: <u>1,75 m</u>
Anestesia: <u>GA</u>			Intubação: <u>Sim</u>
Anestesista: <u>DR. G. C. G. G. G.</u>			Assistente: <u>DR. R. R. R.</u>
Operador: <u>DR. G. C. G. G.</u>			Assistente: <u>DR. R. R. R.</u>
Indicativo: <u>Ressecção de lesão na face</u>			Localização: <u>Face</u>
Preparação: <u>Preparação para cirurgia</u>			Procedimento: <u>Cirurgia</u>
Materiais: <u>Kit de cirurgia facial</u>			Uso de Eletrodo: <u>Sim</u>
Indicador de risco de cirurgia: <u>Risco moderado</u>			Uso de sedativo: <u>Sim</u>
Medicamentos: <u>Antibiotico + analgésico + anestésico</u>			Uso de analgésico: <u>Sim</u>
Medicamentos e anestésicos: <u>Antibiotico + analgésico + anestésico</u>			Uso de anestésico: <u>Sim</u>
Medicamentos e anestésicos	QTD.	MATERIAL/FOG	QTD.
ALFENTANILA	500 µg	VELCONE	1
ULTRAVACINA ISOCARICA	500 µg	VELCONE	1
ULTRAVACINA PESADA	500 µg	VELCONE	1
KETAMINA	500 mg	VELCONE	1
PROPANOOL		EST SIST DREN TORACICO	1
ETOHIDATO	SOLUCAO	QTD. LÂMINA DISTENSIVA	1
FENOBARBITAL	ALCOOL ENXAGUE	LÂMINA DISTENSIVA	1
TETANINA	PVM DEGERANTE	LÂMINA DISTENSIVA	1
FLUVAZENIL	MPTINTURA	LÂMINA DISTENSIVA	1
ISOFLURANO	PIP TURBO	LÂMINA DE DERMATONO	1
LEVOBLOPIVACINA 0,5 VASO	SABAO ANTESEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	1
CELOBLOPIVACINA 0,5 VASO	MATERIAIS	LÂMINA DE PROCEDIMENTO FAR	1
ENDOCARNA 0 VASO	AGULHA 16X45	LÂVIA ESTERL N°10	1
LEDOCARNA 0 VASO	AGULHA 20X60	LÂVIA ESTERL N°10	1
MDAZOLAN	AGULHA 20X60	LÂVIA ESTERL N°10	1
NORFIMA	AGULHA 40X10	LÂVIA ESTERL N°10	1
NEONICHI	AGULHA PERIODONTAL N°4	MASCARA CIRURGICA	1
PANCERONIO	AGULHA PERIODONTAL N°2	MILITNTAS	1
PETIDINA	AGULHA PERIODONTAL N°2	PERFLTRADOR DE SORO	1
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°14	SCALP N°12	1
RAHIMENTANA	AGULHA RAQUI N°14	SCALP N°12	1
ROCLERONIO	AGULHA RAQUI N°14	SERRINGA 3ML	1
SENOFLURANO	ALGORDAO ORTOPEDICO	SERRINGA 3ML	1
SENAMETONO	ATADURA DE CREPADA	SERRINGA 10ML	1
TRIPONTAL	ATADURA GESSADA	SERRINGA 20ML	1
Medicamentos	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°6
ADRENALINA	CAVULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	INT. DERIVA VENTRICULAR
AQUA DESTILADA	CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PROTESE VASCULAR
ATROPINA	CATETER ENDOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	INT. PAM
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°14	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°12	SONDA FOLEY 20ML N°12	EMPRESA
DINAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°12	SONDA FOLEY 20ML N°12	
DIMONINA SODICA	ETRA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA	COLET LUNA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FLOSOEMIDA	COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL N°12	PARAFUSOS CORTICOS
GLICOSE 5%	COMPRESSAS CIRURGICAS	ZORNITANGA	PARAFUSOS ESPECIAIS
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°12	PARAFUSOS MALEATOR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCAO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°14	PARAFUSOS NALÉTOR
LIODICAINA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°16	PLACA
OMDA-ENTERON	ALGODAO MACEROGATAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL	ALGODAO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMAM	COPO MICRODOUTAS		
PROTAMINA	ESPONJA DE PIPI	FIOS	QTD.
TEHONICIN	SEPARADORA	FIOS ALGODAO 6X4	1
	GARANTIA DE P. 12	FIOS ALGODAO 8X4	1
	CAIXA ALGODODADAS	FIOS ALGODAO 6X4	2
	COL. ELETROLITICO	FIOS ALGODAO 6X4	1
	VELCONE	VELCONE	1
	VELCONE		
EQUIPAMENTOS			
EQUIPAMENTOS			1) ASPIRADOR
23 JUL. 2019			2) BISTURI ELÉTRICO
GARANTIA DE P. 12			3) CAPICORDAO
CAIXA ALGODODADAS			4) CARDIONONITOR
COL. ELETROLITICO			5) DESFIBRILADOR
VELCONE			6) FOCALISADOR
VELCONE			7) MICROSCOPIO
VELCONE			8) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			9) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			10) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			11) SERRA
VELCONE			12) CIRULANTE
VELCONE			13) FOCALISADOR
VELCONE			14) MICROSCOPIO
VELCONE			15) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			16) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			17) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			18) SERRA
VELCONE			19) CIRULANTE
VELCONE			20) FOCALISADOR
VELCONE			21) MICROSCOPIO
VELCONE			22) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			23) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			24) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			25) SERRA
VELCONE			26) CIRULANTE
VELCONE			27) FOCALISADOR
VELCONE			28) MICROSCOPIO
VELCONE			29) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			30) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			31) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			32) SERRA
VELCONE			33) CIRULANTE
VELCONE			34) FOCALISADOR
VELCONE			35) MICROSCOPIO
VELCONE			36) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			37) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			38) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			39) SERRA
VELCONE			40) CIRULANTE
VELCONE			41) FOCALISADOR
VELCONE			42) MICROSCOPIO
VELCONE			43) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			44) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			45) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			46) SERRA
VELCONE			47) CIRULANTE
VELCONE			48) FOCALISADOR
VELCONE			49) MICROSCOPIO
VELCONE			50) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			51) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			52) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			53) SERRA
VELCONE			54) CIRULANTE
VELCONE			55) FOCALISADOR
VELCONE			56) MICROSCOPIO
VELCONE			57) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			58) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			59) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			60) SERRA
VELCONE			61) CIRULANTE
VELCONE			62) FOCALISADOR
VELCONE			63) MICROSCOPIO
VELCONE			64) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			65) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			66) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			67) SERRA
VELCONE			68) CIRULANTE
VELCONE			69) FOCALISADOR
VELCONE			70) MICROSCOPIO
VELCONE			71) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			72) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			73) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			74) SERRA
VELCONE			75) CIRULANTE
VELCONE			76) FOCALISADOR
VELCONE			77) MICROSCOPIO
VELCONE			78) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			79) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			80) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			81) SERRA
VELCONE			82) CIRULANTE
VELCONE			83) FOCALISADOR
VELCONE			84) MICROSCOPIO
VELCONE			85) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			86) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			87) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			88) SERRA
VELCONE			89) CIRULANTE
VELCONE			90) FOCALISADOR
VELCONE			91) MICROSCOPIO
VELCONE			92) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			93) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			94) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			95) SERRA
VELCONE			96) CIRULANTE
VELCONE			97) FOCALISADOR
VELCONE			98) MICROSCOPIO
VELCONE			99) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			100) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			101) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			102) SERRA
VELCONE			103) CIRULANTE
VELCONE			104) FOCALISADOR
VELCONE			105) MICROSCOPIO
VELCONE			106) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			107) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			108) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			109) SERRA
VELCONE			110) CIRULANTE
VELCONE			111) FOCALISADOR
VELCONE			112) MICROSCOPIO
VELCONE			113) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			114) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			115) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			116) SERRA
VELCONE			117) CIRULANTE
VELCONE			118) FOCALISADOR
VELCONE			119) MICROSCOPIO
VELCONE			120) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			121) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			122) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			123) SERRA
VELCONE			124) CIRULANTE
VELCONE			125) FOCALISADOR
VELCONE			126) MICROSCOPIO
VELCONE			127) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			128) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			129) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			130) SERRA
VELCONE			131) CIRULANTE
VELCONE			132) FOCALISADOR
VELCONE			133) MICROSCOPIO
VELCONE			134) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			135) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			136) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			137) SERRA
VELCONE			138) CIRULANTE
VELCONE			139) FOCALISADOR
VELCONE			140) MICROSCOPIO
VELCONE			141) ONÔMETRO DE PULSOS
VELCONE			142) P.A. INTASIVAS NAO INVASIVAS
VELCONE			143) PERFLTRADOR ELÉTRICO
VELCONE			144) SERRA
VELCONE			145) CIRULANTE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/03/13
PACIENTE: LARISSA CATARINA BRASILEIRO PENTE

PRONTUÁRIO: 1407066

SEXO: F COR: IDADE: 40

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	AFG	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	() BOM () REGULAR () MAU () PESSIMO			RISCO CIRÚRGICO	() BAIXO (X) REGULAR () MAU () PESSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES VPM	AP. RESPIRATÓRIO NDN AP. CIRCULATÓRIO NDN ESTADO MENTAL CONSCIENTE, ORIENTADA, PROBLEMAS VPM ESTADO FÍSICO ASSE					
AN. ENZIMATICO (ELEM)						
HIST. ANESTÉSICO						
DOSIS/DOSE						

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL

CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL

CIRURGÃO DR TAHANE	AUXILIARES
INÍCIO DA ANESTESIA 06:00	TERMINO DA ANESTESIA 10:00
C. DO PROcedimento	QUANT. DE CH.
ANESTISTA DR. GIVANANDRO / DR GUSTAVO MENDES / JULIENURIA (R2)	VALORES RS

ALIMENTAÇÃO	06:00	SIG	10:00
O ₂	2L/min		
H ₂ O	1L/min		
MONIT.	ECG	SpO ₂	ETCO ₂
TOXA	CO ₂	CO ₂	

→ PACIENTE EXTUBADO EM SALA.
HC MUITO LAMÍNIGUE (ESTÁVEL,
P.A.: 132 X 84 MM Hg), AFG: 94 BPM,

ESTADO MENTAL CONSCIENTE, ORIENTADA

NO CORPO

→ CIRURGIA EM SITUAÇÃO ESTABILIZADAS

O ₂	4	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
6	5	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
X	7	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
8	8	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
9	9	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
10	10	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
11	11	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
12	12	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
13	13	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
14	14	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
15	15	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
16	16	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
17	17	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
18	18	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
19	19	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS
20	20	RESPIRATÓRIO	ESTABILIZADAS

ANESTESIA GERAL RACHIANEA EPIDURAL BLOCOPLEXO BLOCO NERVOS OUTROS
PACIENTE EM DPH, MONITORIZADA, VENAS CAIXA PREVIA EM MSD, PRÉ-OXIGENACAO

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

TIPO	DOSE	1- FENTANIL 0,05 MC	11- DITRACA 0,05
		2- PROPOFOL 200 MG	12- REMIFENTANIL 0,1 FR
		3- MIDAZOLAM 2% 4ML	13-
		4- DEXAMETASONE 30 MG	14-
		5- ATROPINA 0,1 MG	15-
		6- NEOSTIGMINE 0,2 MG	16-
		7- ACICLOVIR 400 MG	17-
		8- DEXAMETASONA 10 MG	18-
		9- IRAMAL 100 MG	19-
		10- CETOPIROFENAC 100 MG	20-

3-03-2013 06:00 - 10:00 HORA INICIAÇÃO ANESTÉSICA CI E + C + G + A INF. CI TUPC ARRUMADO
6,5MM CI AXIAL DA PELVE DE MANGUEIRA LARINGOCRICA DIRETA CONFIRMADA CI
AUXILIA E CAPACIDADE MANUTENÇÃO DA ANESTESIA CI 0,5% E, REMIFENTANIL 0,1 FR
E SEVORANE A 2%.

ASSESSORADO NO ATO ANESTÉSICO: Dr. Givanandro Mendes de Souza
PROFESSOR DE ANESTESIA: Dr. Givanandro Mendes de Souza
DATA: 08/03/2013

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTOR

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DDA com cintura gavet
- (2) Anestesia inala - nitrox 60%
- (3) Tricobrimento e losamento operatório
- (4) Anterior laringe

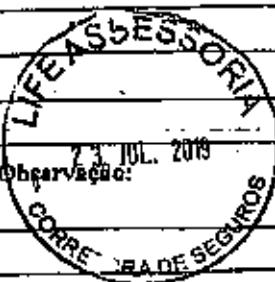
Incisão: (5) Incisão submandibular (6) + intrafol (7)
(8) Descolamento
(9) Redução + fixação da fratura (10)
(11) Biópsia maxila mandibular (12)
(13) Redução + fixação da fratura (14)

Achados: (15) Irrigação com S.F 0,9%

- (16) Sutura dos planos anatômicos
- (17) Curativo
- (18) Aos curativos da lesão é dada a infusão

Conduta: + infusões

Fechamento:



Observação:

João Pessoa, 13/09/18

Médico/CRM: _____



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO^OO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS

Novação da agenda 02/02/2019 06:31:53	Convênio SUS
Nome do paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	Data de Nascimento 26/09/1988

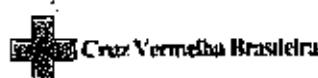
Dados do agendamento

Data e Hora 08/02/2019 14:00:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agendamento Consulta de Profissional	Especialidade BUCOMAXILOFACIAL	Profissional OLAVO HASTON GONCALVES PEREIRA
Procedimento	Exame	
Observações:		



 <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA</p>				LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO				REGISTRO	1107066
19	SEXO MASC	COR	CÍNICA CIR. GERAL	ENV.	LEITO
DATA DE REGISTRO 08/09/2018		DATA DE ALTA 17/09/2018		APENAS ADULTO(A)	
DIAGNÓSTICO: TRAUMA ABDOMINAL FETILADO				9	
EXAME CLÍNICO PÁTINA/TESTIMONIAL				T149	
LE+ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO ESPLÉNICA					
NÃO					
INSTRUÇÕES:		SIM	X NÃO	FICHA ASSINADA	
EVOLUÇÃO:		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
MORTE/CEDIDA:		NÃO			
PACIENTE SUBMETIDO À PROCEDIMENTO DE EMERGÊNCIA, COM BOA EVOLUÇÃO ATÉ O MOMENTO.					
DIETA: BRANDA REPOUSO: Retorno em casa por 60 dias. Retorno de atividades com esforço físico em 60 dias. Retorno de atividades com esforço II. 60 dias e com esforço moderado em 60 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se notar febre, procurar imediatamente o Hospital Centro de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGÉSICO+ATH					
RETORNO ACOMPANHAMENTO A ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL CIRURGIA GERAL PONTOS 20/09/2018					
17/09/18		CARLOS FRANCISCO		3792	
Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					
<i>Carimbo da Unimed JP</i>					





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CENTRO CIRÚRGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	1107068	08/09/2018 20:01:53	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone do Contato
28/09/1998	19a 11m 12d	Feminino	(83) 981319119
Mãe			Prontuário
MARCIA BRASILEIRO LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	PORTAL DO SOL	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO [CAPOTAMENTO]	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	3945/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
08/09/2018 20:01:53		08/09/2018 23:34:29	

Anamnese

paciente retorna com centro de imagem, com persistência do quadro de abdominal, dorso e mandíbula. Com queixas de dor abdominal difusa, náuseas, mal estar, sonolência. Tomografia de abdomen sem contraste: líquido livre em abdomen superior e pelve. Com área de alteração de densidade central em baço.

TC de face: fratura cavalgada de mandíbula.

AO EXAME: EGR, LOC, HIPOCORADA ++/4.

ABDOMEN: EQUIMOSE EM HCE, DOR ABDOMINAL DIFUSA, COM DB +.

HD: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + LÍQUIDO LIVRE.

CIRURGIA: APOS LAPAROTOMIA CONSTATAMOS QUADRO DE HEMOPERITÔNIO GRAVE COM LESÃO NO BAÇO NA BORDA DIAFRAGMÁTICA. REALIZADO ELETROCAUTERIAÇÃO COM RESULTADO SATISFATÓRIO+LAVAGEM E ASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO SANGUÍNEO. ENCAMINHADA AO SETOR DE RPA.

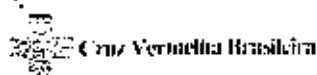
Conduta

Internar Paciente

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Enderroco: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE 1107066	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:53	Data Banda
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 19a 11m 12d	Sexo Feminino	Teléfono do Contato (83) 981319119
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA	Prontuário		
Enderço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53	Data/Hora Prescrição 08/09/2018 21:41:14		

Anamnese

BURGIA GERAL - REAVALIACÃO

PACIENTE RETORNA COM CENTRO DE IMAGEM, COM PERSISTÊNCIA DO QUADRO DE ABDOMINAL, DORSO E MANDÍBULA.

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SEM CONTRASTE: LÍQUIDO LIVRE EM ABDOMEN SUPERIOR E PELVE. COM ÁREA

ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MANDÍBULA

AO EXAME: EGR. LOC. HIPOCORADA ++/4.
ABDOMEN EQUINOSSE EM HCE DOR ABDOMINAL DIFUSA. COM DB +.

HD: TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO + LÍQUIDO LIVRE.

EXAME LABORATORIAL

HEMOGLOBINA COMPLETO

enduta

| Em observação

www.sabreille.com.br

**GERALDO DE MELO
GRAMATICA PORTUGUESA**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE 1107000	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:53	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1988	Idade 19y 11m 11d	Sexo Feminine	Telefone de Contato (83) 991310119
Mae MARCIA BRASILEIRO LIMA	Prenatal		
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6001	Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional GILYANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2488/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53	Data/Hora Prescrição 08/09/2018 20:13:22		

Armenians

CIENTE CONDUZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL COM RELATO DE
SAPOTAMENTO EM QUE FOI FEITO TRAMADOL IV DURANTE TRANSPORTE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA.
QUEIXA SE DE DOR EM FACE, ABDÔMEN E REGIÃO LOMBAR. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSA EM
MUCOSA ORAL COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E ABRASÕES EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. ACUSA
DOR A PALPACAO DO ABDÔMEN E REGIÃO LOMBAR. MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESERVADA.

CUIDADOS

ESQUERTE DE PARECER BUCOMAXILO. (OBSERVAÇÕES: DE PARECER BUCOMAXILO)

EXAME DE IMAGEM

TOVOCRASTIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

RADIOGRAFIA DE BACIA

GD10

Código	Descrição
501.8	Fenmeno na cabeça, de outras localizações

Conduta

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

GILVANDO CARNEIRO LEAL
- 8999 (PB)

23 JUL. 2019

A circular stamp with the text "LIFE ASSSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom, with the date "23 JUL. 2019" in the center.



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE	1138607	Data/Hora Entrada	17/01/2019 16:54:20	Data Saída
Data de nascimento	28/09/1999	Idade	19a 3m 20d	Sexo	CNS	Telefone da Contato
Mãe	MARCIA BRASILEIRO LIMA			Feminino	705008612636359	(83) 989554164 / (83) 988155943
Endereço	HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	Bairro	PORTAL DO SOL	Município	JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente	OUTROS	Motivo	RETORNO - BUCO	Profissional	ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação	17/01/2019 16:54:20			Date/Hora Prescrição	17/01/2019 17:20:26	

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO HA 4 MESES APRESENTANDO REAÇÃO AS PLACAS E RETORNANDO COM AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO SUB MANDIBULAR A DIREITA. RELATANDO A PRIMEIRA REAÇÃO NO 15 DIA DE POS OPERATÓRIO. PELO RELATO DA PACIENTE FORAM REALIZADOS OUTRO PROCEDIMENTOS PARA FECHAMENTO DA FISTULA NO LADO DIREITO, EXODONTIAS DOS DENTES 46, 47. A REFERIDA PACIENTE VEIO DE POSSE DE UM RX PANORÂMICO RECENTE ONDE FOI OBSERVADO INSTABILIDADE DO MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA COM PERDA TOTAL DO PARAFUSO PROXIMAL DA PLACA EM "L" DO LADO ESQUERDO E AUSÊNCIA DE SUPORTE ÓSSEO DO 2º PARAFUSO PROXIMAL DO MESMO LADO. OUTRO ACHADO FOI PRESENÇA DO DENTE 37 COM GRANDE DESTRUIÇÃO POR CÁRIE E AUMENTO DO ESPAÇO PERICEMENTÁRIO. ACHADOS DO LADO DIREITO FORAM CORROBORATIVOS COM O RELATO DA PACIENTE, ONDE FORA OBSERVADO AUSÊNCIA DOS DENTES 46 E 47, PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA COM ÁREA DE ABSORÇÃO NA ÁREA DO 3º PARAFUSO DISTAL DA PLACA BASILAR. PELOS ACHADOS RADIOGRÁFICOS ASSOCIADA AOS RELATOS DA PACIENTE, EXISTE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO E RETIRADA DAS SÍNTESSES ÓSSEAS, SEM COMO LIMPEZA CIRÚRGICA DA REGIÃO OPERADA.

CD.:

1-ALTA COM ORIENTAÇÕES.

CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

Conduta

Em observação

Adriano D. Quental
C.R.C. 170652165-2018

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

ADRIANO DUARTE QUINTANS
(2442/PB)





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SENURO	4.196.840	DATA DE EMISSÃO	11/12/2012
NAME	LARISSA GABRIELLE BRUSTLEIRO BENTO		
NAME	IRANTILDO DE LIMA BENTO		
MARCIA BRUNELLEIRO LIMA		CNPJ	
RESIDÊNCIA	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE EMISSÃO	28/09/1996
RESIDÊNCIA	NASC. N. 74.654 M. 65 LIV. A/67 CARTEIRA 2 CAMPINA GRANDE-PB		
RESIDÊNCIA	119.667.204-90		
RESIDÊNCIA	TITULAR DA CARTERA		
RESIDÊNCIA	1.611.210.070-0000		



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441634 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
BENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. (P1)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÉNICA. (P21)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA / LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA. (P4 P19 P21)

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441634 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
BENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. (P1)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÉNICA. (P21)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA / LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA. (P4 P19 P21)

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total		10 %	R\$ 1.350,00	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248432/19

Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

CPF: 119.847.204-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: LARISSA GABRIELLE
BRASILEIRO BENTO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO : 119.847.204-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/07/2019

Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

CPF: 119.847.204-90

Data do cadastramento: 23/07/2019

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA