

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, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190175428

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIDIANE SANTOS DA SILVA

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

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, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190175428 **Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA**

Data do Acidente: 08/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LIDIANE SANTOS DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190216245

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIDIANE SANTOS DA SILVA

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

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, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190216245

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190216245 **Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA**

Data do Acidente: 08/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIDIANE SANTOS DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LIDIANE SANTOS DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000024602-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	033.083.734-26	Sôdiane Santos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Sôdiane Santos da Silva		CPF:	033.083.734-26
Profissão:	Relaxer	Endereço:	Rua João Batista de Oliveira Nogueira 227	Número:
Bairro:	Jardim São Paulo	Cidade:	João Pessoa	Complemento:
E-mail:			Estado:	PB
			CEP:	58033-455
			Tel. (DDD):	(83) 98708-8728

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1
(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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende 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. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

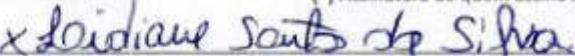
MORTE

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO


Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

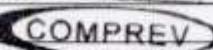
1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____



COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	033.083.734-26	Sôdiane Santos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Sôdiane Santos da Silva		CPF:	033.083.734-26
Profissão:	Relaxer	Endereço:	Rua João Batista de Oliveira Nogueira 227	Número:
Bairro:	Jardim São Paulo	Cidade:	João Pessoa	Complemento:
E-mail:			Estado:	PB
			CEP:	58033-455
			Tel. (DDD):	(83) 98708-8728

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1
(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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende 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. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 x Sôdiane Santos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190216245
Nome do(a) Examinado(a): Lidiane Santos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Damasceno Oliveira Mendes, 227
Jardim São Paulo João Pessoa PB CEP: 58051-110
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2680577
Data local do acidente: [08/12/2018]
Data local do exame: [01/04/2019] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FERIMENTO DO COURO CABELUDO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO GESELLADA E SUTURA DO FERIMENTO DE COURO CABELUDO.

Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM DEFORMIDADE.

Data da Alta: 28/02/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518
Carimbo com Nome e CRM

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL
Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

C E R T I D Ó O
223/2019



CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 223/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos vinte dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. Nayara Ferreira Felix da Costa, brasileiro, solteira, natural de São Paulo/SP, nascido aos 21/08/1998, filha de Antonio Felix da Costa e de Neide do Nascimento Ferreira, portadora da cédula de identidade nº 4 108 946 Seds.PB, CPF nº 078 950.914 - 84, residente (no) rua Professor Irácio Serrano de Andrade nº 175, conjunto 13 de maio, nesta capital, e notificou que, na manhã do dia 08 de dezembro do ano próximo passado, por volta das 11:00 horas aproximadamente, quando conduzia o veículo Sandeiro de placas NQI = 6356/PB, ano 2010, chassi nº 93YBSR7RHBJ654669, cadastrada em nome de Jozelia Telxeira de Vasconcelos, pela PB 008, sentido Jacuman, distrito do Conde/PB e, após uma curva sinuosa à direita ali existente, quando tentou livrar um cachorro que atravessava a estrada, perdeu o Controle, vindo a capotar para o lado esquerdo da rodagem, consequentemente, a Notificante e as ocupantes do veículo, as Sras. Lidiane Santos da Silva e Beatriz Santos Balbino, sofreram ferimentos com características grave e assim, foram socorridas às pressas para o Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena, conforme Laudos Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 20 de fevereiro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

APENSO

Nº	3190563573
Nome:	<i>[Signature]</i>



Nayara F. Felix da Costa



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL
Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

C E R T I D Ó O
223/2019



CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 223/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos vinte dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. Nayara Ferreira Felix da Costa, brasileiro, solteira, natural de São Paulo/SP, nascido aos 21/08/1998, filha de Antonio Felix da Costa e de Neide do Nascimento Ferreira, portadora da cédula de identidade nº 4 108 946 Seds.PB, CPF nº 078 950.914 - 84, residente (no) rua Professor Irácio Serrano de Andrade nº 175, conjunto 13 de maio, nesta capital, e notificou que, na manhã do dia 08 de dezembro do ano próximo passado, por volta das 11:00 horas aproximadamente, quando conduzia o veículo Sandeiro de placas NQI = 6356/PB, ano 2010, chassi nº 93YBSR7RHBJ654669, cadastrada em nome de Jozelia Telxeira de Vasconcelos, pela PB 008, sentido Jacuman, distrito do Conde/PB e, após uma curva sinuosa à direita ali existente, quando tentou livrar um cachorro que atravessava a estrada, perdeu o Controle, vindo a capotar para o lado esquerdo da rodagem, consequentemente, a Notificante e as ocupantes do veículo, as Sras. Lidiane Santos da Silva e Beatriz Santos Balbino, sofreram ferimentos com características grave e assim, foram socorridas às pressas para o Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena, conforme Laudos Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 20 de fevereiro de 2019.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

APENSO	
No:	3190563573
Nome: <i>Nayara F. Felix da Costa</i>	



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	033.083.734-26	Sôdiane Santos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Sôdiane Santos da Silva		CPF:	033.083.734-26
Profissão:	Relaxer	Endereço:	Rua João Batista de Oliveira Nogueira 227	Número:
Bairro:	Jardim São Paulo	Cidade:	João Pessoa	Complemento:
E-mail:			Estado:	PB
			CEP:	58033-455
			Tel. (DDD):	(83) 98708-8728

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1
(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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende 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. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 x Sôdiane Santos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	033.083.734-26	Sôdiane Santos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	033.083.734-26
Profissão:	Eereço:	Número:		Corplemento:
Relaxx	Rua João Batista de Oliveira Nogueira 227	CEP:		Caixa
Bairro:	Jardim São Paulo	Cidade:		Estado: PB
E-mail:	CEP: 58033-455			
	Tel. (DDD): (83) 98708-8728			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 1
(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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 atende 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. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 x Sôdiane Santos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

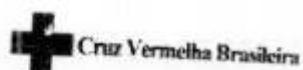
2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1127962



Identificação do paciente

ID 1353525	Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40 anos 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Pai MARcos ANTONIO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988093017	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência CONDE				Tipo MUNICÍPIO
Email:	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

CEP 58053050	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA
Número 227	Complemento	Bairro JARDIM SÃO PAULO	

Admissão

Data e Hora 08/12/2018 12:38:38	Número da pulseira 100006926082	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente VEICULO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg Pulso 91 Temperatura 99.

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos

Scans ECR, conciente, ja liberada, agora este na regia
frontal, pediários exames para manipulos, nega lesões
lúcidados da equipe de plástica, nega lesões
Dra. Batista
COREN 518.312-ENF

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

CD

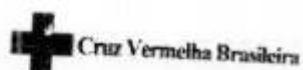
Tempo
34seg.

Imprimir

27 FEV. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1127962



Identificação do paciente

ID 1353525	Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40 anos 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Pai MARcos ANTONIO DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988093017	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crns		
Local de procedência CONDE				Tipo MUNICÍPIO
Email:	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

CEP 58053050	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA
Número 227	Complemento	Bairro JARDIM SÃO PAULO	

Admissão

Data e Hora 08/12/2018 12:38:38	Número da pulseira 100006926082	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente VEICULO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg Pulso 91 Temperatura 99.

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Scans ECR, conciente, ja liberada, agora este na regia
frontal, pediu exame para radiologia, nega lesões
lúcidados da equipe de plástica, nega lesões

Doutor Batista
COREMS18.312-ENF

Diagnóstico

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

CD

Tempo
34seg.

Imprimir

AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO

27 FEV. 2019

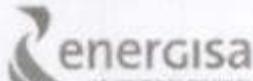
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.
Documento não é segundaria de conta.

Recuso para simples pagamento da conta. Sociedade não amarga multa. N.P. 010.563.068



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.285.183/0981-48 - Inscrição Estadual 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RUA JOÃO DAMASCENO OLIVEIRA MENDES 227

JOÃO PESSOA

58033-455 Jardim São Paulo

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/214738-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2019

04/02/2019

131

11/02/2019

R\$ 123,49

Acesse: www.energisa.com.br



LIDIANE SANTOS DA SILVA

Roteiro: 02-005-038-0370

83660000001-0 23490149000-8 02147382019-5 02100005019-1

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

11/02/2019

R\$ 123,49

214738-2019-02-1



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

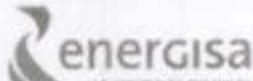
27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.
Documento não é segundaria de conta.

Recuso para simples pagamento da conta. Sociedade não amarga multa. N.P. 010.563.068



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.285.183/0981-48 - Inscrição Estadual 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RUA JOÃO DAMASCENO OLIVEIRA MENDES 227

JOÃO PESSOA

58033-455 Jardim São Paulo

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/214738-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2019

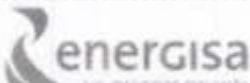
04/02/2019

131

11/02/2019

R\$ 123,49

Acesse: www.energisa.com.br



LIDIANE SANTOS DA SILVA

Roteiro: 02-005-038-0370

83660000001-0 23490149000-8 02147382019-5 02100005019-1

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

11/02/2019

R\$ 123,49

214738-2019-02-1



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOais

NOME DO PACIENTE	LIDIANE SANTOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	27/11/78
NOME DA MÃE	LINDALVA SANTOS DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.127.962
DATA DO ATENDIMENTO	08/12/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA + FERIMENTO NO COURO CABELUDO
CID 10	S42.0 + S01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente automobilístico, apresentando ferimento contuso em couro cabeludo, ferimento em lábio superior, dor em ombro direito, com crepitação. RX evidencia fratura de 1/3 médio da clavícula direita. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de ombro esquerdo
RX de coluna cervical
RX de torax
RX de bacia
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento. Imobilização em oito.

ALTA HOSPITALAR:	08/12/18
DATA DA EMISSÃO:	04/02/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento é destinado à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGUNDA PREVIDÊNCIA SOCIAL, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227		Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 3131/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 12:55:50		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAGEM). APRESENTA FERIMENTO CORTANTE EXTERNO EM COURO CABELUDO E PEQUENO FERIMENTO EM LABIO SUPERIOR (FALTA SUTURAS). É PORTADORA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. NEGA ALERGIAS. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

TETANO GAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código

Descrição

R52.0

Dor aguda

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Lembrete: Exigência de autorização

CRM 3131

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:39:12



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227		Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 20:11:29		

AnamnesePACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 9 HORAS
QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO

AO EF: EDEMA (+/4+) NO OMBRO DIREITO, DOR + CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO, ADM E NVC PRESERVADOS

RAIOX: FRATURA TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA

CD: SOLICITO TIPOIA 8 + RAIOX CONTROLE

AGUARDA SUTURA PELA CIR. GERAL

CUIDADOS**SUTURA DE FERIMENTO****EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: APÓS TIPOIA)

PROCEDIMENTO**IMOBILIZAÇÃO 8****Conduta**

Em observação

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
CRM-SP 15589
DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Pronuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB	
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 6215/PB	
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 15:28:09		

Anamnese

==NEUROCIRURGIA==

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE VEÍCULO.
SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.
NEGA USO DE BEBIDA ALCOÓLICA.

-AO EXAME:

GLASGOW 15

MOVIMENTAÇÃO ATIVA DE MEMBROS

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

FERIMENTO CORTO-CONTUSO EXTENSO EM REGIÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA

-TC DE CRÂNIO:

AUSÊNCIA DE FRATURAS CRANIANAS
SEM COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS

-HD:

1- TCE LEVE

2- FERIMENTO CORTO-CONTUSO

-CD:

- 1- OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
- 2- SUTURA DE FERIMENTO
- 3- ANALGESIA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

OBSERVAÇÃO BA CONSCIÊNCIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 19:38:39	

Anamnese

#NCR

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

BOM ESTADO NEUROLOGICO NO MOMENTO.

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

TC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS

CD.

ALTA DA NEUROCIRURGIA

SUTURA PELA CIR GERAL + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Dr. Daniel Ronconi
CRM - PB 7423

LIDIANE SANTOS DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:39:12



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa 2018-12-08 22:34:00
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 12d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 9690/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 22:34:02	

Anamnese

ORTOPEDIA

REAVALIAÇÃO

RX DO OMBRO DIREITO COM FX COM DESVIO ACEITAVEL PARA TTO CONSERVADOR

CD: ALTA DA ORTOPEDIA
ANALGESIA + ATESTADO 60 DIAS
AO AMB DO HTOP**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

Alta HospitalarUsuário
TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
Motivo de Alta
ALTA MEDICAData e Hora
08/12/2018 22:34:00

Observações

LIDIANE SANTOS DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227		Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente: VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 15:10:20		

Anamnese

RETORNO COM EXAMES.

RX DE TÓRAX: SEM SINAIS DE DERRAME PLEURAL.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

FAST NEGATIVO.

CD:

AVALIAÇÃO DA NCR E ORTOPEDIA --> PRIORIDADE PARA AVALIAÇÃO NCR, PACIENTE EM EXPOSIÇÃO DE MASSA ENCEFÁLICA.

Conduta

Em observação

Dr. Geraldo Camilo Neto
CRM: 8089/PB

LIDIANE SANTOS DA SILVA



Data: 08/12/18 15:28
Usuário: EMERSON
Bolelm: 1127962

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA Móvel do Alendimônio	Data de 27/11/1978 Enfermaria / Leito	Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº 1127962	Nº Prontuário 08/12/2018 15:28:09	Data Prescrição 08/12/2018 15:28:09		
Convenio SUS	Matrícula	Validade da Prescrição 08/12/2018 15:28:00 - 08/12/2018 15:28:00						
						Senha		
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1	DIETA ZERO	0,0			NEINHUMA			
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	1500,0	ML		E.V.			24H
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					6/6H
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V			
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML	Obs: Fute fume e mo				12/12H
5	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0		Observaç.				

Reimpresso por: 
DR. EMERSON MAGNO FERNANDES
NEUROLOGO
CRM: PB 6215

Assinatura e Carimbo do Profissional

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215

COMPREV
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.
27 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA Maior do Aendimento	Data de 27/11/1978 Enfermaria / Leito	Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº 1127962	Nº Prontuário 08/12/2018 12:55:00	Data Prescrição 08/12/2018 12:55:00
Convenio SUS	Matrícula	Validade da Prescrição 08/12/2018 12:55:00 - 09/12/2018 12:55:00				Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Apazigamento
1 DIETA ZERO	0,0			NE/NE/UMA			Counte
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	1500,0	ML		E.V.	24H		4 3 5
3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.	24H		4 3 2
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H		13
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.	6/6H		
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
6 TETANO GAMMA	1,0	U		INTRAMUSCUL		AGORA	F
				AR			

 Reimpresso por: -
 dia: -



Assinatura e Carimbo do Profissional


COMPRE
 COMPRE SEGURO E PREVIDÊNCIA,
 27 FEVEREIRO 2019
PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

 LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
 CRM 3131
 CRM: 3131

Data: 08/12/18 20:11
Usuário: DIEGO DANTAS
Boleto: 1127962

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Data de 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº Prontuário 1127962	Data Prescrição 08/12/2018 20:11:29
Motivo do Aendimento Enfermaria / Lenio	Validade da Prescrição 08/12/2018 20:11:00 - 09/12/2018 20:11:00				
Convenio SUS	Matrícula Senha				
		Data da Entrada: 08/12/2018 12:38:38	Data da Internação: 7h 33min		
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Apazramento
1 SUTURA DE FERIMENTO	0,0				

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
TEOT 15589

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 165843

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Parecer Médico

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Idade 40A 11D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1127962	Data de Entrada 08/12/2018 12:38:38	Permanência na Unidade 15min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito CIRURGIA GERAL

— Parecer médico —

Especialidade Profissional

NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação

TCE

Parecer

Lendo BORGES 11/01/2019
CRM 3131



Parecer Médico

Nome		Idade	Prontuário
LIDIANE SANTOS DA SILVA		40A 11D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1127962	08/12/2018 12:38:38		17min
Convênio	Leito	Clinica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

— Parecer médico —

Especialidade

ORTOPEDIA

Profissional

Motivo da solicitação

TRAUMA OMBRO DIREITO

Parecer



Lenilson Braga da Silva
CRM 3131





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
27/1/1978	1127962		
Material a examinar			

Data Prescrição:
08/12/2018 20:11:29

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA
(APÓS TIPO(A))

RAIOS X			
TIPO	08 / 12 / 08		
DATA			
HORA	21:55		
NOME TÉC. FMD.			
ASS.:			

Diego Dantas L. Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
TEOT 15589

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 FEV. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Reimpresso por: _____
dia: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
27/11/1978	1127962		
Material a examinar			

Data Prescrição:
08/12/2018 12:55:50

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
 RADIOGRAFIA DE BACIA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Península Branca
 CEP 58131-318
 Reimpresso por: -
 dia: -

ULTRASSONOGRAFIA
 TIPO ... FAST
 DATA ... 08/12/2018
 HORA ... 13:45
 NOME TEC. ENF: Thieli
 ASS: Península com 0800

RÁIOS-X
 TIPO ... OB/POR/ABD
 DATA ... 08/12/2018
 HORA ... 13:45
 NOME TEC. ENF: Thieli
 ASS: Península com 0800

EXAMES
 TIPO ... OB/POR/ABD
 DATA ... 08/12/2018
 HORA ... 13:45
 NOME TEC. ENF: Thieli
 ASS: Península com 0800



Atendimento: 201831758787

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Data Exame: 08/12/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL(FAST)

Figado, baço, rins e pâncreas sem sinais de lesões traumáticas ecograficamente detectáveis no atual estudo.

Bexiga em média repleção, com paredes regulares e conteúdo anecóide.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal durante a realização deste exame.

Obs.:

- Exame realizado em condições de urgência / emergência.
- Esteatose hepática difusa.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 08/12/2018 14:01.

Dr. Carlos Ferreira Neto II
CRM: 5962 - PB



Atendimento: 201831758787

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Exame: 08/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

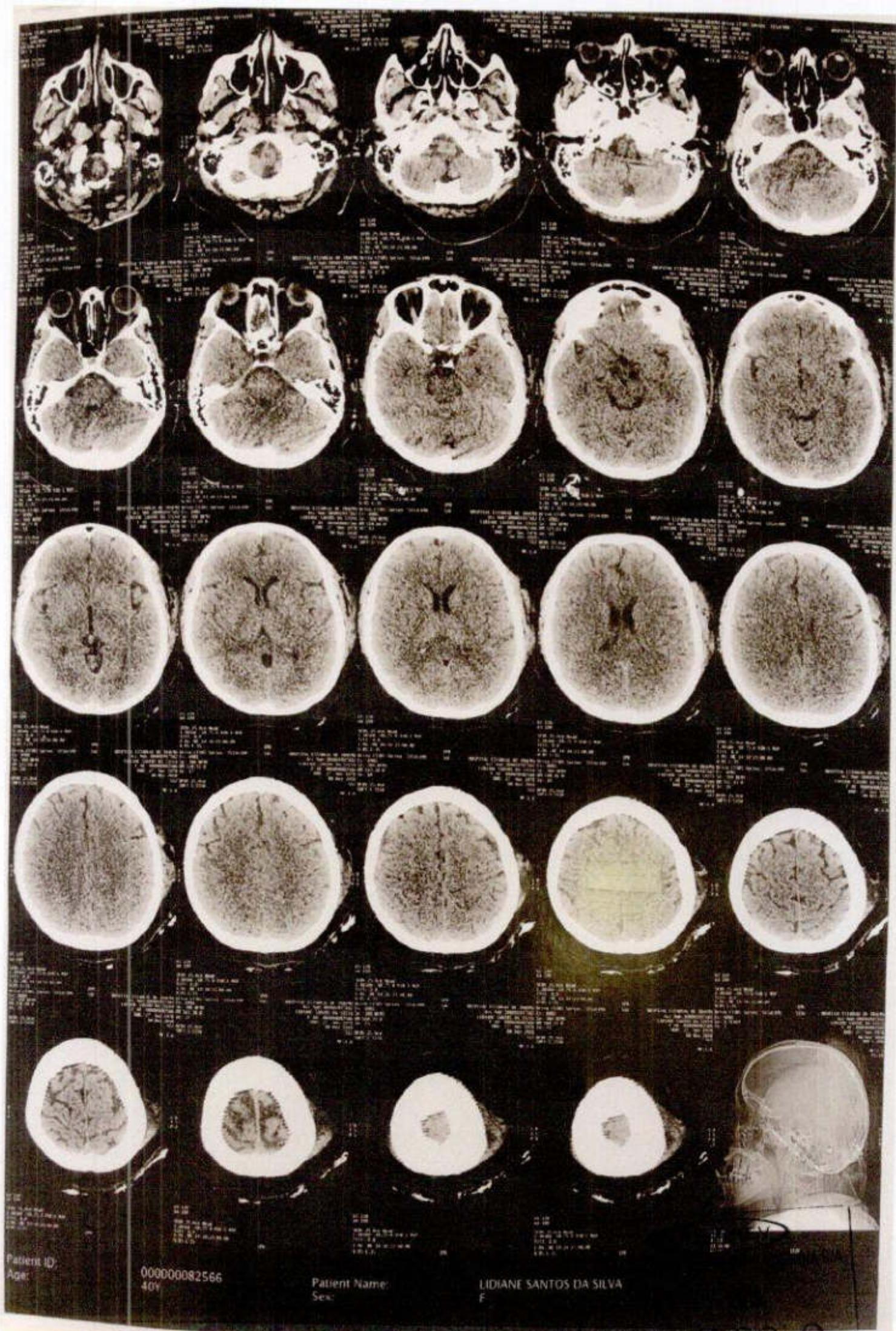
Volumosa lesão contusocortante na região do couro cabeludo frontoparietal esquerda com hematoma subgaleal associado.

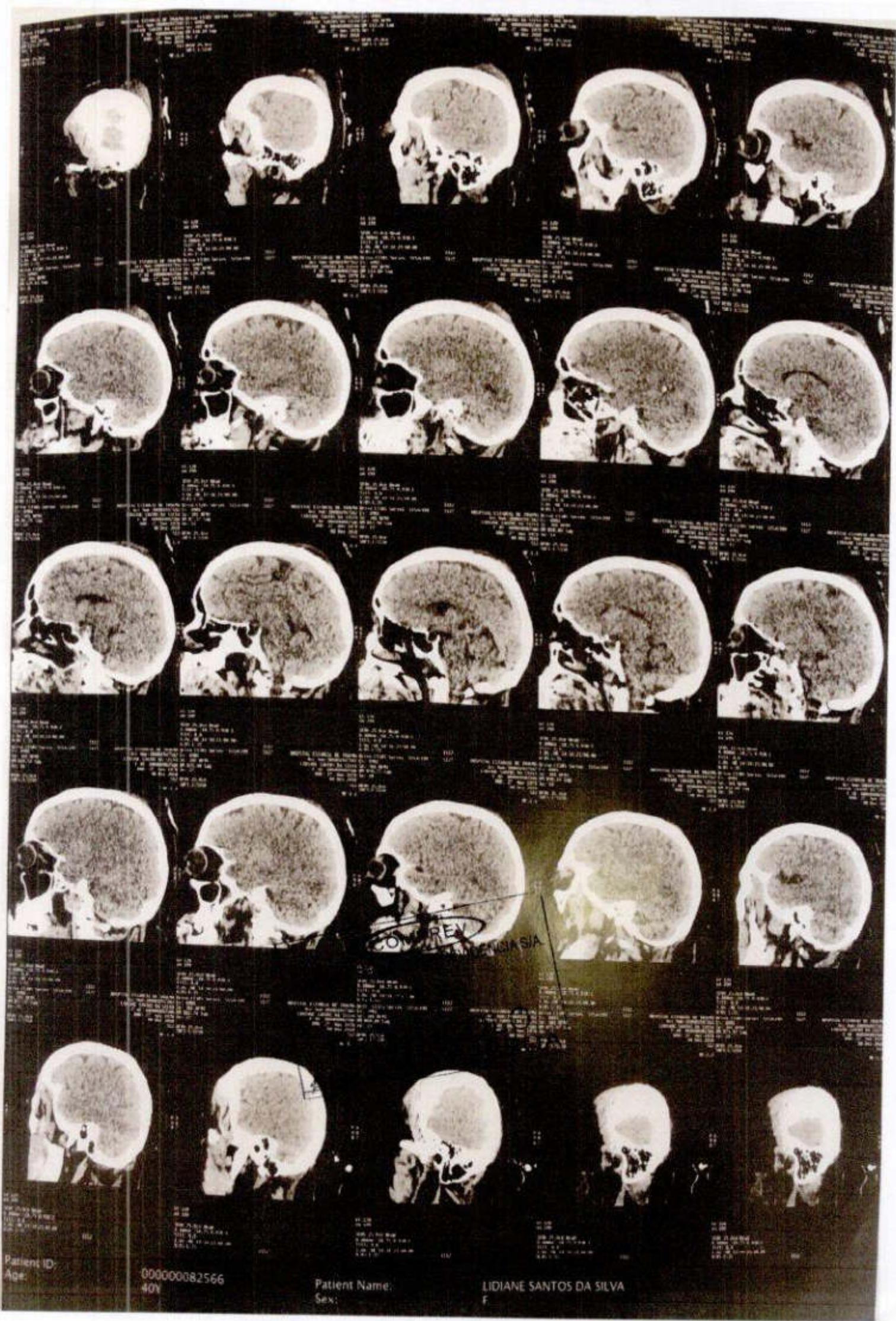
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

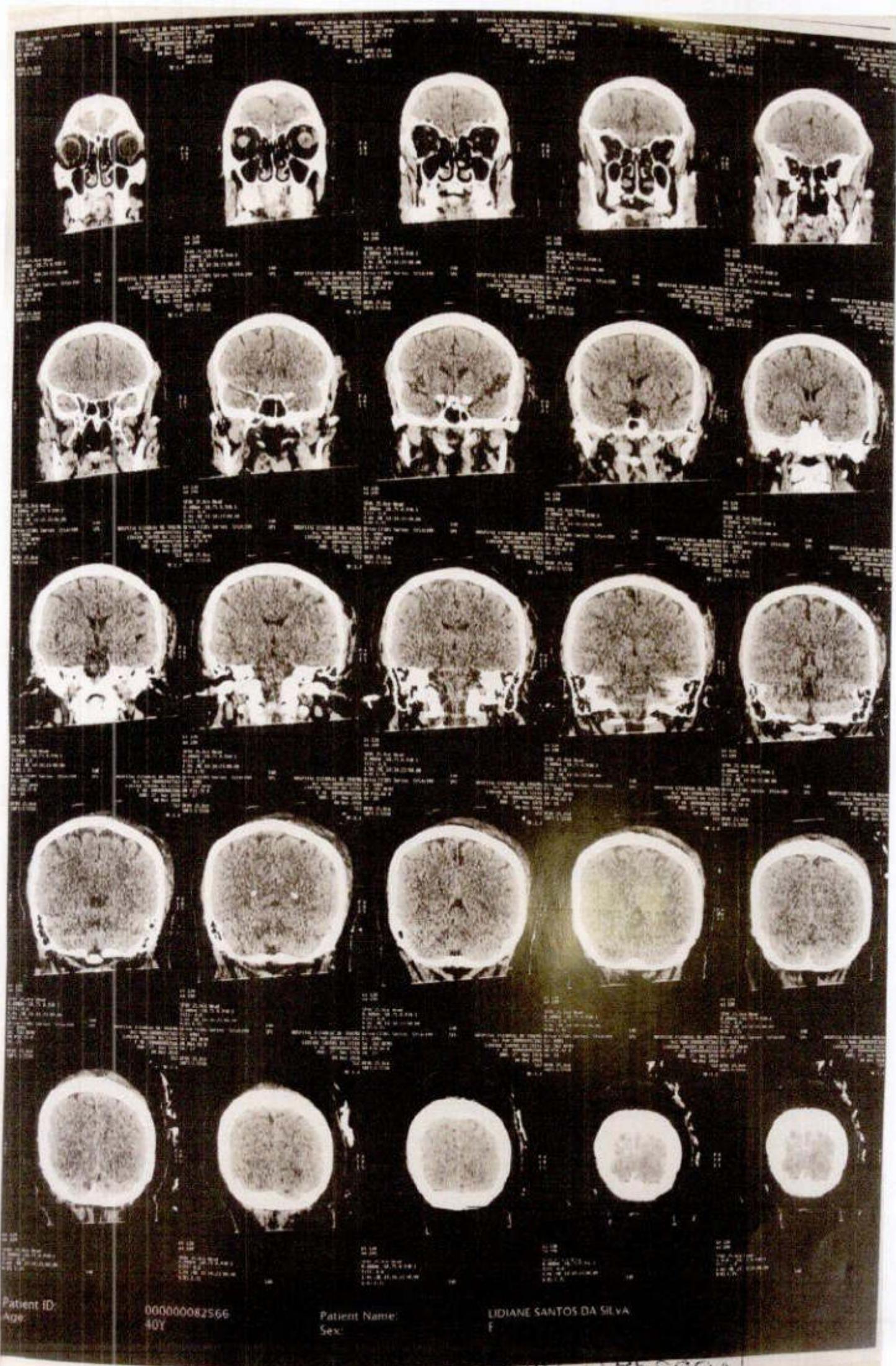


Este laudo foi liberado em 10/12/2018 19:25.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB







LIDIANE SANTOS DA SILVA
27/11/1978
ID: 000000082566
Sex: Female
40 years

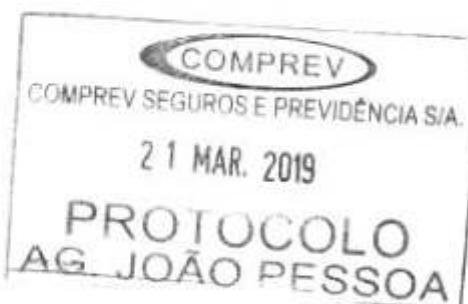
D

10 cm



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
Ac. Nb: 300001948442
Acq. 08/12/2018
Acq. 21.66 38 000187

Series Nb: 1001



LIDIANE SANTOS DA SILVA

27/11/1978

ID: 000000082566

Sex: Female

40 years

10 cm



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb. 300001947155

Acq. 08/12/2018

Acq. 14.18.27.000772

Frame: [1003] 3 / 5

Zoom: 25,5%

Window/Level: 1.023/511

CR (1770x2370)

Series Nb: 1001

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOais

NOME DO PACIENTE	LIDIANE SANTOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	27/11/78
NOME DA MÃE	LINDALVA SANTOS DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.127.962
DATA DO ATENDIMENTO	08/12/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:38
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA + FERIMENTO NO COURO CABELUDO
CID 10	S42.0 + S01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente automobilístico, apresentando ferimento contuso em couro cabeludo, ferimento em lábio superior, dor em ombro direito, com crepitação. RX evidencia fratura de 1/3 médio da clavícula direita. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX de ombro esquerdo
RX de coluna cervical
RX de torax
RX de bacia
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento. Imobilização em oito.

ALTA HOSPITALAR:	08/12/18
DATA DA EMISSÃO:	04/02/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento é destinado à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGUNDA PREVIDÊNCIA SOCIAL, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227		Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 3131/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 12:55:50		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAGEM). APRESENTA FERIMENTO CORTANTE EXTERNO EM COURO CABELUDO E PEQUENO FERIMENTO EM LABIO SUPERIOR (FALTA SUTURAS). É PORTADORA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. NEGA ALERGIAS. REFERE DOR NO OMBRO DIREITO.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

TETANO GAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTS)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código
R52.0Descrição
Dor aguda

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Lembrete: Exigência de autorização

CRM 3131

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:39:12



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227		Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 20:11:29		

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 9 HORAS
 QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITO
 AO EF: EDEMA (+/4+) NO OMBRO DIREITO, DOR + CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO, ADM E NVC PRESERVADOS
 RAIOS: FRATURA TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA DIREITA
 CD: SOLICITO TIPOIA 8 + RAIOS CONTROLE
 AGUARDA SUTURA PELA CIR. GERAL

CUIDADOS**SUTURA DE FERIMENTO****EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: APÓS TIPOIA)

PROCEDIMENTO**IMOBILIZAÇÃO****Conduta**

Em observação

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Diego Dantas L. Albuquerque
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 8047
 CRM-PE 15589
 DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
 (CRM: 165843/SP)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Pronuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB	
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 6215/PB	
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 15:28:09		

Anamnese

==NEUROCIRURGIA==

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE VEÍCULO.
SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.
NEGA USO DE BEBIDA ALCOÓLICA.

-AO EXAME:

GLASGOW 15

MOVIMENTAÇÃO ATIVA DE MEMBROS

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

FERIMENTO CORTO-CONTUSO EXTENSO EM REGIÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA

-TC DE CRÂNIO:

AUSÊNCIA DE FRATURAS CRANIANAS
SEM COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS

-HD:

1- TCE LEVE

2- FERIMENTO CORTO-CONTUSO

-CD:

- 1- OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA
- 2- SUTURA DE FERIMENTO
- 3- ANALGESIA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

OBSERVAÇÃO BA CONSCIÊNCIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 19:38:39	

Anamnese

#NCR

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

BOM ESTADO NEUROLOGICO NO MOMENTO.

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

TC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS

CD.

ALTA DA NEUROCIRURGIA

SUTURA PELA CIR GERAL + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Dr. Daniel Ronconi
CRM - PB 7423

LIDIANE SANTOS DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:39:12



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa 2018-12-08 22:34:00
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 12d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 9690/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 22:34:02	

Anamnese

ORTOPEDIA

REAVALIAÇÃO

RX DO OMBRO DIREITO COM FX COM DESVIO ACEITAVEL PARA TTO CONSERVADOR

CD: ALTA DA ORTOPEDIA
ANALGESIA + ATESTADO 60 DIAS
AO AMB DO HTOP**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

Alta HospitalarUsuário
TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
Motivo de Alta
ALTA MEDICAData e Hora
08/12/2018 22:34:00

Observações

LIDIANE SANTOS DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227		Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente: VEICULO X OBJETO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 15:10:20		

Anamnese

RETORNO COM EXAMES.

RX DE TÓRAX: SEM SINAIS DE DERRAME PLEURAL.
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

FAST NEGATIVO.

CD:

AVALIAÇÃO DA NCR E ORTOPEDIA --> PRIORIDADE PARA AVALIAÇÃO NCR, PACIENTE EM EXPOSIÇÃO DE MASSA ENCEFÁLICA.

Conduta

Em observação

Dr. Geraldo Camilo Neto
CRM: 8089/PB

LIDIANE SANTOS DA SILVA

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

1310

BRIEF REPORT

Data: 08/12/18 15:28

EMERSON

Gesamt- ENIGMATIC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name _____

LIDIANE SANTOS DA SILVA		Motivo do Atenção		Data de Entrada		Data da Internação:		Permanência na Unidade	
Convenio SUS		Enfermaria / Leito		27/11/1978		08/12/2018 12:38:38		09/12/2018 15:28:00	
Matrícula		Idade		Sexo		Nº Prontuário		Data Prescrição	
SLUS		40a 11d		FEMININO		1127962		08/12/2018 15:28:00	
Validade da Prescrição		Validade da Prescrição		Validade da Prescrição		Validade da Prescrição		Validade da Prescrição	
08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00		08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00		08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00		08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00		08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00	
Senha		Senha		Senha		Senha		Senha	
Nome do medicamento		Dose		U.M.		Orientação de Uso		Apagamento	
								Via de	Pos.
								Veloc. Inf.	
1	DIETA ZERO	0,0				NENHUMA			
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0		ML		E.V.		24h	
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0		ML					
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0		ML					
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0		MG		E.V.		6/6H	
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0		ML					
5	OBS: Falso humorada	0,0		ML				12/12H	

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215

Bempresso prof.
MAGNA GEMANO
Dr. Enrico MAGNA
NEUROCIRURGIO
PB 6215

Assinatura e Carmo do Professional

COMPREV	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
	27 FEV. 2019
	PROTÓCOLO
	AG. JOÃO PESSOA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA Maior do Aendimento	Data de 27/11/1978 Enfermaria / Leito	Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº 1127962	Nº Prontuário 08/12/2018 12:55:00	Data Prescrição 08/12/2018 12:55:00
Convenio SUS	Matrícula	Validade da Prescrição 08/12/2018 12:55:00 - 09/12/2018 12:55:00				Senha

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Apazigamento
1 DIETA ZERO	0,0			NE/NE/UMA			Counte
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	1500,0	ML		E.V.	24H		4 3 5
3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.	24H		4 3 2
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H		13
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML		E.V.	6/6H		
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
6 TETANO GAMMA	1,0	U		INTRAMUSCUL		AGORA	F
				AR			

 Reimpresso por: -
 dia: -



 Lenisio Bragante de Araujo
 CRM 3131
 LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
 CRM: 3131

Assinatura e Carimbo do Profissional


COMPRE
 COMPRE SEGURO E PREVIDÊNCIA,
 27 FEVEREIRO 2019
PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Data: 08/12/18 20:11
Usuário: DIEGO DANTAS
Boleto: 1127962

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Data de 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº Prontuário 1127962	Data Prescrição 08/12/2018 20:11:29		
Motivo do Aendimento Enfermaria / Lenio	Validade da Prescrição 08/12/2018 20:11:00 - 09/12/2018 20:11:00						
Convenio SUS	Matrícula Senha						
		Data da Entrada: 08/12/2018 12:38:38	Data da Internação: 7h 33min				
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 SUTURA DE FERIMENTO	0,0						

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
TEUT 15589

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 165843

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Parecer Médico

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Idade 40A 11D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1127962	Data de Entrada 08/12/2018 12:38:38	Permanência na Unidade 15min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito CIRURGIA GERAL

— Parecer médico —

Especialidade Profissional

NEURO CIRURGIA

Motivo da solicitação

TCE

Parecer

Lendo BORGES 11/01/2019
CRM 3131



Parecer Médico

Nome		Idade	Prontuário
LIDIANE SANTOS DA SILVA		40A 11D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1127962	08/12/2018 12:38:38		17min
Convênio	Leito	Clinica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

— Parecer médico —

Especialidade

ORTOPEDIA

Profissional

Motivo da solicitação

TRAUMA OMBRO DIREITO

Parecer



Lenilson Braga da Silva
CRM 3131





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
27/1/1978	1127962		
Material a examinar			

Data Prescrição:
08/12/2018 20:11:29

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA
(APÓS TIPO(A))

RAIOS X			
TIPO	08 / 12 / 08		
DATA			
HORA	21:55		
NOME TÉC. FMD.			
ASS.:			

Diego Dantas L. Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8047
TEOT 15589

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 FEV. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Reimpresso por: _____
dia: _____

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
27/11/1978	1127962		
Material a examinar			

Data Prescrição:
08/12/2018 12:55:50

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
 RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
 ULTRASSONOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
 RADIOGRAFIA DE BACIA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Península Branca
 CEP 31310-000
 Reimpresso por: -
 dia: -

EXAMES
 RAIOS-X
 Jovem
 08/12/18
 10:45
 10:50
 10:55
 11:00
 11:05
 11:10
 11:15
 11:20
 11:25
 11:30
 11:35
 11:40
 11:45
 11:50
 11:55
 12:00
 12:05
 12:10
 12:15
 12:20
 12:25
 12:30
 12:35
 12:40
 12:45
 12:50
 12:55
 13:00
 13:05
 13:10
 13:15
 13:20
 13:25
 13:30
 13:35
 13:40
 13:45
 13:50
 13:55
 14:00
 14:05
 14:10
 14:15
 14:20
 14:25
 14:30
 14:35
 14:40
 14:45
 14:50
 14:55
 15:00
 15:05
 15:10
 15:15
 15:20
 15:25
 15:30
 15:35
 15:40
 15:45
 15:50
 15:55
 16:00
 16:05
 16:10
 16:15
 16:20
 16:25
 16:30
 16:35
 16:40
 16:45
 16:50
 16:55
 17:00
 17:05
 17:10
 17:15
 17:20
 17:25
 17:30
 17:35
 17:40
 17:45
 17:50
 17:55
 18:00
 18:05
 18:10
 18:15
 18:20
 18:25
 18:30
 18:35
 18:40
 18:45
 18:50
 18:55
 19:00
 19:05
 19:10
 19:15
 19:20
 19:25
 19:30
 19:35
 19:40
 19:45
 19:50
 19:55
 20:00
 20:05
 20:10
 20:15
 20:20
 20:25
 20:30
 20:35
 20:40
 20:45
 20:50
 20:55
 21:00
 21:05
 21:10
 21:15
 21:20
 21:25
 21:30
 21:35
 21:40
 21:45
 21:50
 21:55
 22:00
 22:05
 22:10
 22:15
 22:20
 22:25
 22:30
 22:35
 22:40
 22:45
 22:50
 22:55
 23:00
 23:05
 23:10
 23:15
 23:20
 23:25
 23:30
 23:35
 23:40
 23:45
 23:50
 23:55
 24:00
 24:05
 24:10
 24:15
 24:20
 24:25
 24:30
 24:35
 24:40
 24:45
 24:50
 24:55
 25:00
 25:05
 25:10
 25:15
 25:20
 25:25
 25:30
 25:35
 25:40
 25:45
 25:50
 25:55
 26:00
 26:05
 26:10
 26:15
 26:20
 26:25
 26:30
 26:35
 26:40
 26:45
 26:50
 26:55
 27:00
 27:05
 27:10
 27:15
 27:20
 27:25
 27:30
 27:35
 27:40
 27:45
 27:50
 27:55
 28:00
 28:05
 28:10
 28:15
 28:20
 28:25
 28:30
 28:35
 28:40
 28:45
 28:50
 28:55
 29:00
 29:05
 29:10
 29:15
 29:20
 29:25
 29:30
 29:35
 29:40
 29:45
 29:50
 29:55
 30:00
 30:05
 30:10
 30:15
 30:20
 30:25
 30:30
 30:35
 30:40
 30:45
 30:50
 30:55
 31:00
 31:05
 31:10
 31:15
 31:20
 31:25
 31:30
 31:35
 31:40
 31:45
 31:50
 31:55
 32:00
 32:05
 32:10
 32:15
 32:20
 32:25
 32:30
 32:35
 32:40
 32:45
 32:50
 32:55
 33:00
 33:05
 33:10
 33:15
 33:20
 33:25
 33:30
 33:35
 33:40
 33:45
 33:50
 33:55
 34:00
 34:05
 34:10
 34:15
 34:20
 34:25
 34:30
 34:35
 34:40
 34:45
 34:50
 34:55
 35:00
 35:05
 35:10
 35:15
 35:20
 35:25
 35:30
 35:35
 35:40
 35:45
 35:50
 35:55
 36:00
 36:05
 36:10
 36:15
 36:20
 36:25
 36:30
 36:35
 36:40
 36:45
 36:50
 36:55
 37:00
 37:05
 37:10
 37:15
 37:20
 37:25
 37:30
 37:35
 37:40
 37:45
 37:50
 37:55
 38:00
 38:05
 38:10
 38:15
 38:20
 38:25
 38:30
 38:35
 38:40
 38:45
 38:50
 38:55
 39:00
 39:05
 39:10
 39:15
 39:20
 39:25
 39:30
 39:35
 39:40
 39:45
 39:50
 39:55
 40:00
 40:05
 40:10
 40:15
 40:20
 40:25
 40:30
 40:35
 40:40
 40:45
 40:50
 40:55
 41:00
 41:05
 41:10
 41:15
 41:20
 41:25
 41:30
 41:35
 41:40
 41:45
 41:50
 41:55
 42:00
 42:05
 42:10
 42:15
 42:20
 42:25
 42:30
 42:35
 42:40
 42:45
 42:50
 42:55
 43:00
 43:05
 43:10
 43:15
 43:20
 43:25
 43:30
 43:35
 43:40
 43:45
 43:50
 43:55
 44:00
 44:05
 44:10
 44:15
 44:20
 44:25
 44:30
 44:35
 44:40
 44:45
 44:50
 44:55
 45:00
 45:05
 45:10
 45:15
 45:20
 45:25
 45:30
 45:35
 45:40
 45:45
 45:50
 45:55
 46:00
 46:05
 46:10
 46:15
 46:20
 46:25
 46:30
 46:35
 46:40
 46:45
 46:50
 46:55
 47:00
 47:05
 47:10
 47:15
 47:20
 47:25
 47:30
 47:35
 47:40
 47:45
 47:50
 47:55
 48:00
 48:05
 48:10
 48:15
 48:20
 48:25
 48:30
 48:35
 48:40
 48:45
 48:50
 48:55
 49:00
 49:05
 49:10
 49:15
 49:20
 49:25
 49:30
 49:35
 49:40
 49:45
 49:50
 49:55
 50:00
 50:05
 50:10
 50:15
 50:20
 50:25
 50:30
 50:35
 50:40
 50:45
 50:50
 50:55
 51:00
 51:05
 51:10
 51:15
 51:20
 51:25
 51:30
 51:35
 51:40
 51:45
 51:50
 51:55
 52:00
 52:05
 52:10
 52:15
 52:20
 52:25
 52:30
 52:35
 52:40
 52:45
 52:50
 52:55
 53:00
 53:05
 53:10
 53:15
 53:20
 53:25
 53:30
 53:35
 53:40
 53:45
 53:50
 53:55
 54:00
 54:05
 54:10
 54:15
 54:20
 54:25
 54:30
 54:35
 54:40
 54:45
 54:50
 54:55
 55:00
 55:05
 55:10
 55:15
 55:20
 55:25
 55:30
 55:35
 55:40
 55:45
 55:50
 55:55
 56:00
 56:05
 56:10
 56:15
 56:20
 56:25
 56:30
 56:35
 56:40
 56:45
 56:50
 56:55
 57:00
 57:05
 57:10
 57:15
 57:20
 57:25
 57:30
 57:35
 57:40
 57:45
 57:50
 57:55
 58:00
 58:05
 58:10
 58:15
 58:20
 58:25
 58:30
 58:35
 58:40
 58:45
 58:50
 58:55
 59:00
 59:05
 59:10
 59:15
 59:20
 59:25
 59:30
 59:35
 59:40
 59:45
 59:50
 59:55
 60:00
 60:05
 60:10
 60:15
 60:20
 60:25
 60:30
 60:35
 60:40
 60:45
 60:50
 60:55
 61:00
 61:05
 61:10
 61:15
 61:20
 61:25
 61:30
 61:35
 61:40
 61:45
 61:50
 61:55
 62:00
 62:05
 62:10
 62:15
 62:20
 62:25
 62:30
 62:35
 62:40
 62:45
 62:50
 62:55
 63:00
 63:05
 63:10
 63:15
 63:20
 63:25
 63:30
 63:35
 63:40
 63:45
 63:50
 63:55
 64:00
 64:05
 64:10
 64:15
 64:20
 64:25
 64:30
 64:35
 64:40
 64:45
 64:50
 64:55
 65:00
 65:05
 65:10
 65:15
 65:20
 65:25
 65:30
 65:35
 65:40
 65:45
 65:50
 65:55
 66:00
 66:05
 66:10
 66:15
 66:20
 66:25
 66:30
 66:35
 66:40
 66:45
 66:50
 66:55
 67:00
 67:05
 67:10
 67:15
 67:20
 67:25
 67:30
 67:35
 67:40
 67:45
 67:50
 67:55
 68:00
 68:05
 68:10
 68:15
 68:20
 68:25
 68:30
 68:35
 68:40
 68:45
 68:50
 68:55
 69:00
 69:05
 69:10
 69:15
 69:20
 69:25
 69:30
 69:35
 69:40
 69:45
 69:50
 69:55
 70:00
 70:05
 70:10
 70:15
 70:20
 70:25
 70:30
 70:35
 70:40
 70:45
 70:50
 70:55
 71:00
 71:05
 71:10
 71:15
 71:20
 71:25
 71:30
 71:35
 71:40
 71:45
 71:50
 71:55
 72:00
 72:05
 72:10
 72:15
 72:20
 72:25
 72:30
 72:35
 72:40
 72:45
 72:50
 72:55
 73:00
 73:05
 73:10
 73:15
 73:20
 73:25
 73:30
 73:35
 73:40
 73:45
 73:50
 73:55
 74:00
 74:05
 74:10
 74:15
 74:20
 74:25
 74:30
 74:35
 74:40
 74:45
 74:50
 74:55
 75:00
 75:05
 75:10
 75:15
 75:20
 75:25
 75:30
 75:35
 75:40
 75:45
 75:50
 75:55
 76:00
 76:05
 76:10
 76:15
 76:20
 76:25
 76:30
 76:35
 76:40
 76:45
 76:50
 76:55
 77:00
 77:05
 77:10
 77:15
 77:20
 77:25
 77:30
 77:35
 77:40
 77:45
 77:50
 77:55
 78:00
 78:05
 78:10
 78:15
 78:20
 78:25
 78:30
 78:35
 78:40
 78:45
 78:50
 78:55
 79:00
 79:05
 79:10
 79:15
 79:20
 79:25
 79:30
 79:35
 79:40
 79:45
 79:50
 79:55
 80:00
 80:05
 80:10
 80:15
 80:20
 80:25
 80:30
 80:35
 80:40
 80:45
 80:50
 80:55
 81:00
 81:05
 81:10
 81:15
 81:20
 81:25
 81:30
 81:35
 81:40
 81:45
 81:50
 81:55
 82:00
 82:05
 82:10
 82:15
 82:20
 82:25
 82:30
 82:35
 82:40
 82:45
 82:50
 82:55
 83:00
 83:05
 83:10
 83:15
 83:20
 83:25
 83:30
 83:35
 83:40
 83:45
 83:50
 83:55
 84:00
 84:05
 84:10
 84:15
 84:20
 84:25
 84:30
 84:35
 84:40
 84:45
 84:50
 84:55
 85:00
 85:05
 85:10
 85:15
 85:20
 85:25
 85:30
 85:35
 85:40
 85:45
 85:50
 85:55
 86:00
 86:05
 86:10
 86:15
 86:20
 86:25
 86:30
 86:35
 86:40
 86:45
 86:50
 86:55
 87:00
 87:05
 87:10
 87:15
 87:20
 87:25
 87:30
 87:35
 87:40
 87:45
 87:50
 87:55
 88:00
 88:05
 88:10
 88:15
 88:20
 88:25
 88:30
 88:35
 88:40
 88:45
 88:50
 88:55
 89:00
 89:05
 89:10
 89:15
 89:20
 89:25
 89:30
 89:35
 89:40
 89:45
 89:50
 89:55
 90:00
 90:05
 90:10
 90:15
 90:20
 90:25
 90:30
 90:35
 90:40
 90:45
 90:50
 90:55
 91:00
 91:05
 91:10
 91:15
 91:20
 91:25
 91:30
 91:35
 91:40
 91:45
 91:50
 91:55
 92:00
 92:05
 92:10
 92:15
 92:20
 92:25
 92:30
 92:35
 92:40
 92:45
 92:50
 92:55
 93:00
 93:05
 93:10
 93:15
 93:20
 93:25
 93:30
 93:35
 93:40
 93:45
 93:50
 93:55
 94:00
 94:05
 94:10
 94:15
 94:20
 94:25
 94:30
 94:35
 94:40
 94:45
 94:50
 94:55
 95:00
 95:05
 95:10
 95:15
 95:20
 95:25
 95:30
 95:35
 95:40
 95:45
 95:50
 95:55
 96:00
 96:05
 96:10
 96:15
 96:20
 96:25
 96:30
 96:35
 96:40
 96:45
 96:50
 96:55
 97:00
 97:05
 97:10
 97:15
 97:20
 97:25
 97:30
 97:35
 97:40
 97:45
 97:50
 97:55
 98:00
 98:05
 98:10
 98:15
 98:20
 98:25
 98:30
 98:35
 98:40
 98:45
 98:50
 98:55
 99:00
 99:05
 99:10
 99:15
 99:20
 99:25
 99:30
 99:35
 99:40
 99:45
 99:50
 99:55
 00:00
 00:05
 00:10
 00:15
 00:20
 00:25
 00:30
 00:35
 00:40
 00:45
 00:50
 00:55
 01:00
 01:05
 01:10
 01:15
 01:20
 01:25
 01:30
 01:35
 01:40
 01:45
 01:50
 01:55
 02:00
 02:05
 02:10
 02:15
 02:20
 02:25
 02:30
 02:35
 02:40
 02:45
 02:50
 02:55
 03:00
 03:05
 03:10
 03:15
 03:20
 03:25
 03:30
 03:35
 03:40
 03:45
 03:50
 03:55
 04:00
 04:05
 04:10
 04:15
 04:20
 04:25
 04:30
 04:35
 04:40
 04:45
 04:50
 04:55
 05:00
 05:05
 05:10
 05:15
 05:20
 05:25
 05:30
 05:35
 05:40
 0



Atendimento: 201831758787

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Data Exame: 08/12/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL(FAST)

Figado, baço, rins e pâncreas sem sinais de lesões traumáticas ecograficamente detectáveis no atual estudo.

Bexiga em média repleção, com paredes regulares e conteúdo anecóide.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal durante a realização deste exame.

Obs.:

- Exame realizado em condições de urgência / emergência.
- Esteatose hepática difusa.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 08/12/2018 14:01.

Dr. Carlos Ferreira Neto II
CRM: 5962 - PB



Atendimento: 201831758787

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Exame: 08/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

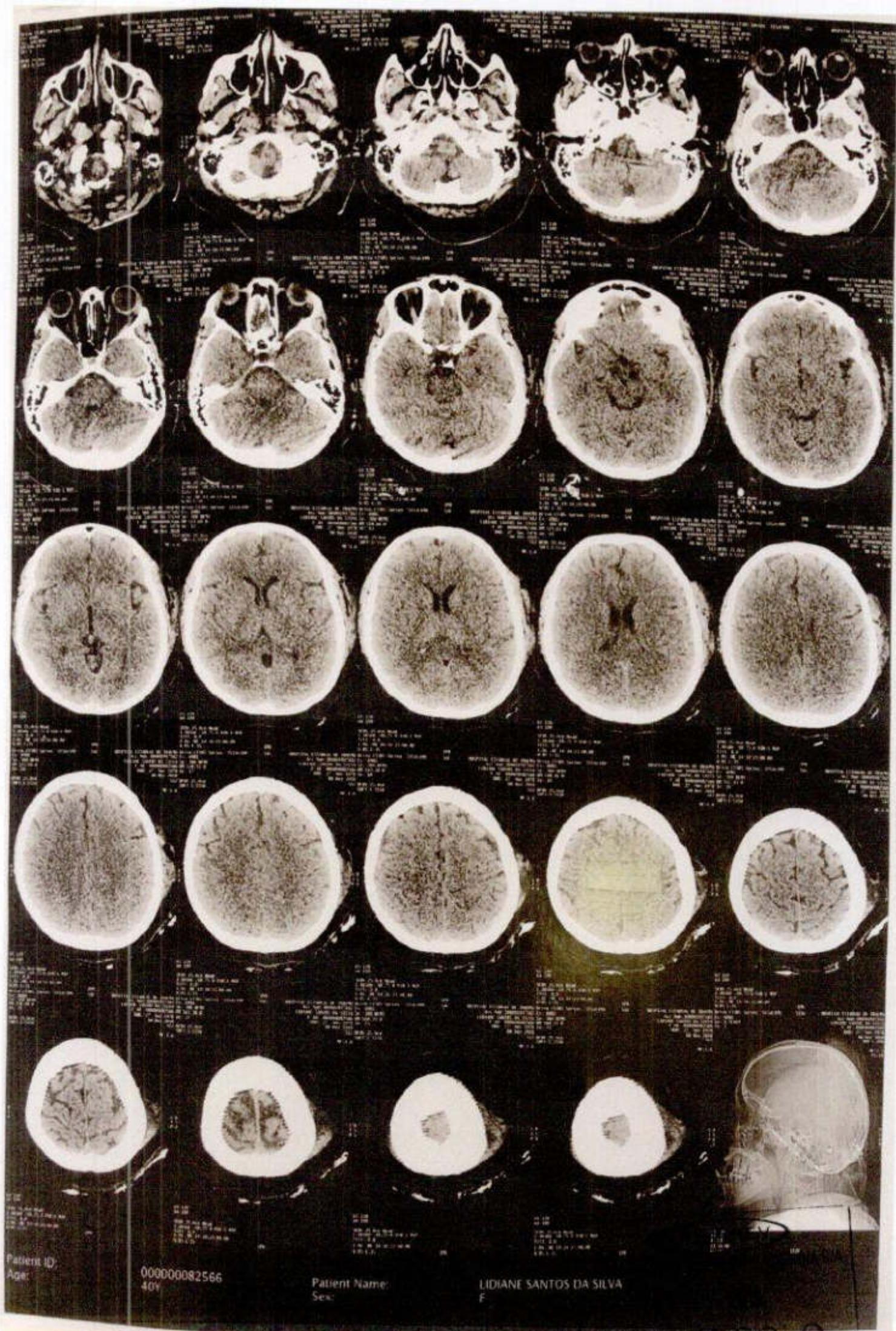
Volumosa lesão contusocortante na região do couro cabeludo frontoparietal esquerda com hematoma subgaleal associado.

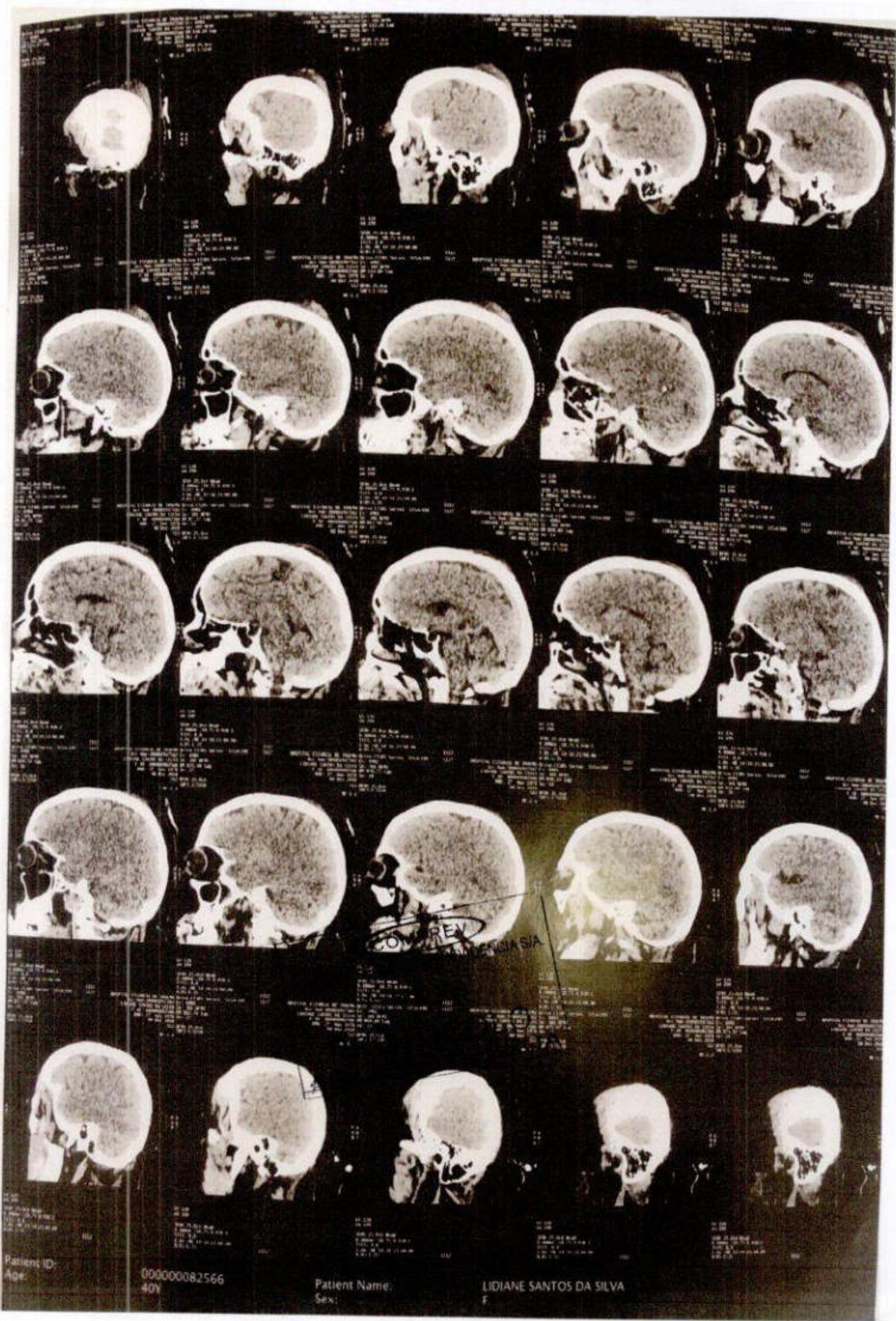
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

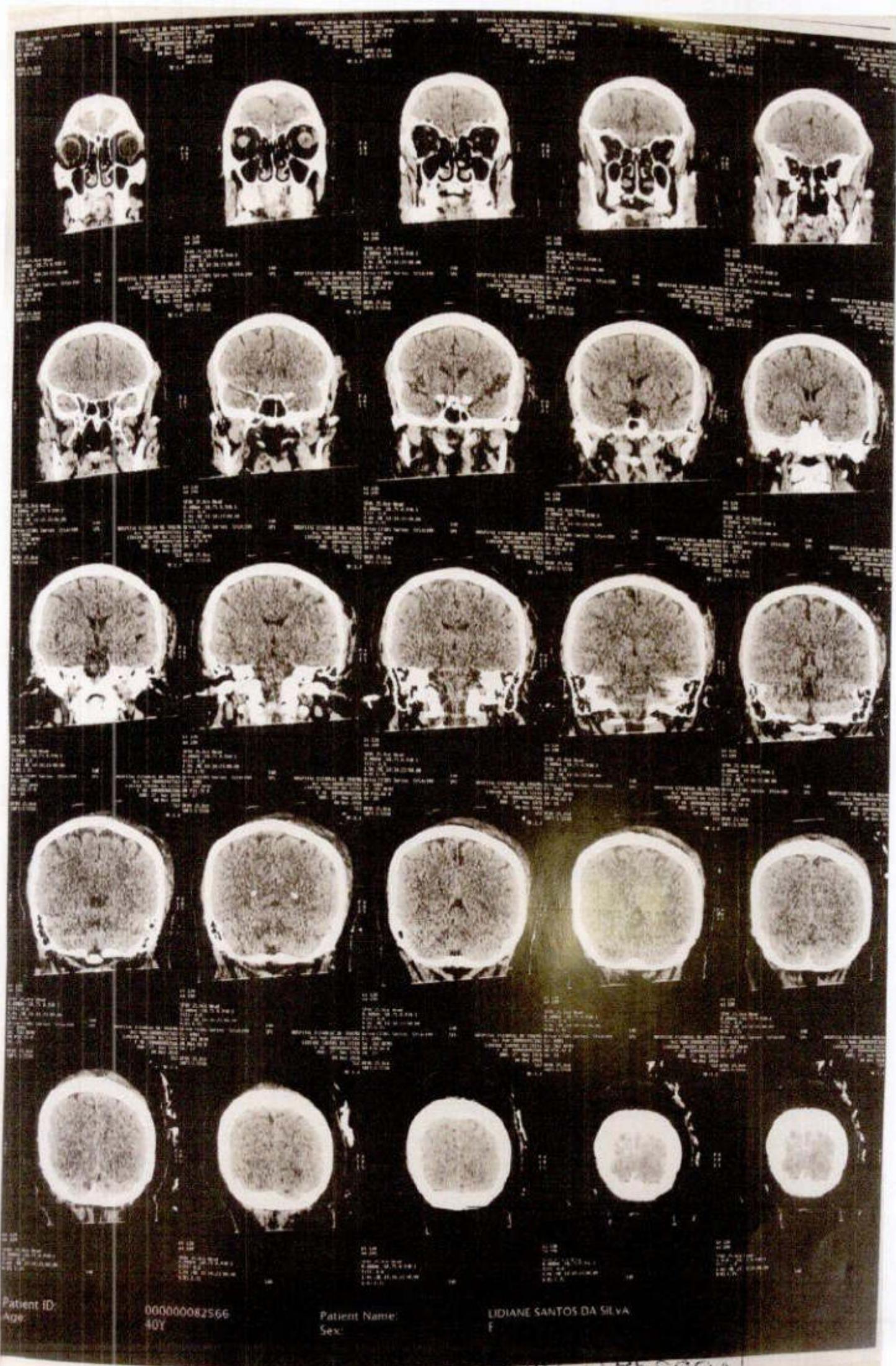


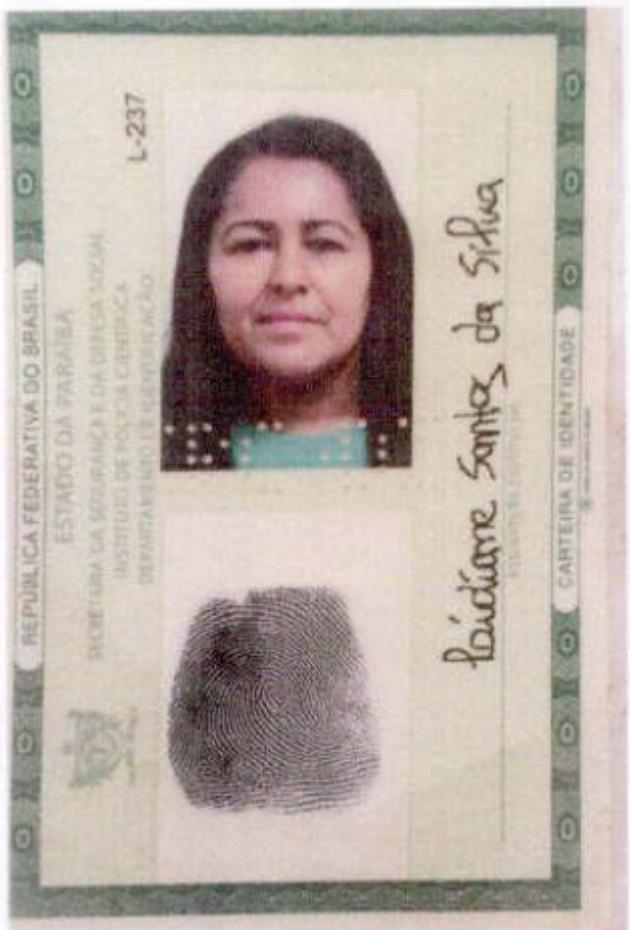
Este laudo foi liberado em 10/12/2018 19:25.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB

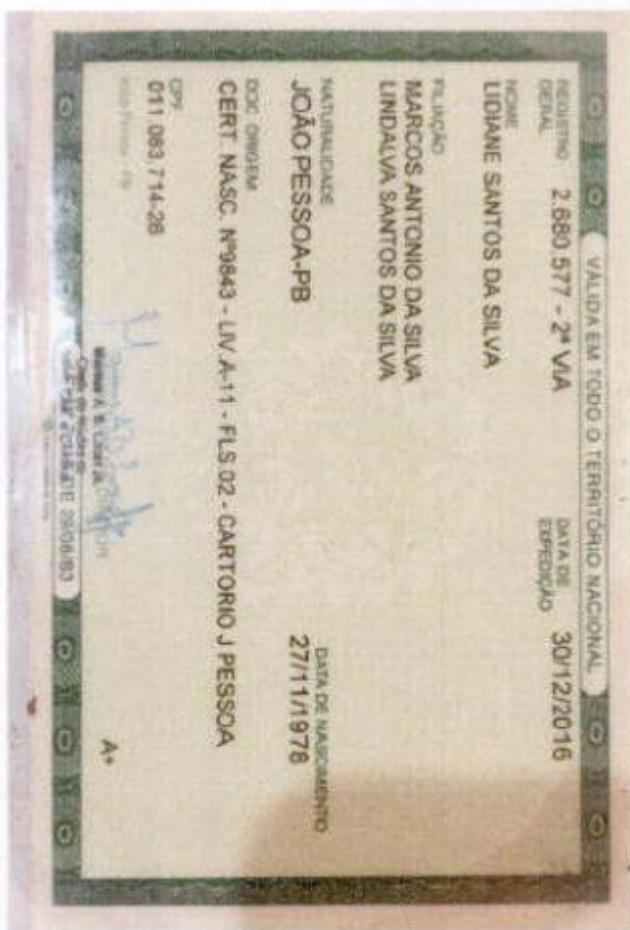






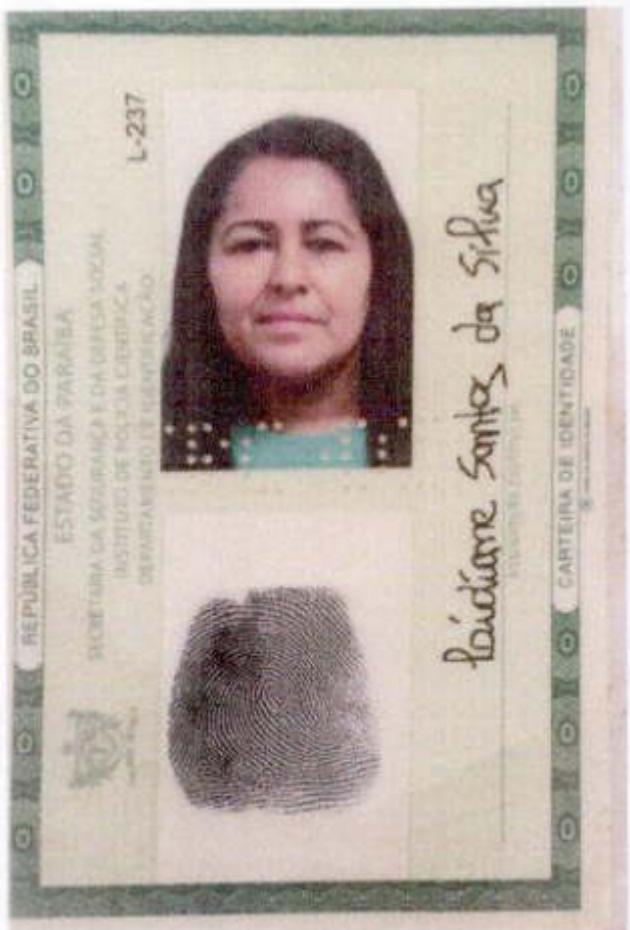


Scanned by CamScanner

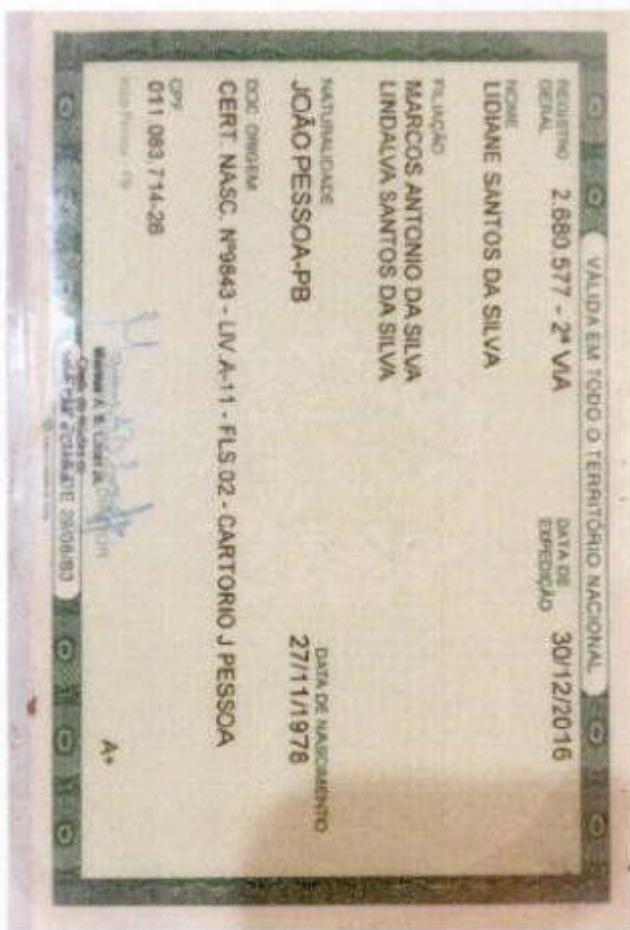


Scanned by CamScanner

COMPREV
COMPREV
SEGURANÇA PREVIDÊNCIA SIA
27 FEVEREIRO 2019
PROTÓCOLO
AB. JOÃO PESSOA



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

COMPREV
COMPREV
SEGURANÇA PREVIDÊNCIA SIA.
27 FEVEREIRO 2019
PROTÓCOLO
AB. JOÃO PESSOA

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NQI6356

2017

Imprimir Consulta

NQI6356

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: *****

Placa: NQI6356

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: RENAULT/SANDERO

EXP1016V

Espécie/Tipo: PASSA / AUTOMOVEL

Ano de Fabricação: 2010

Ano Modelo: 2011

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: AZUL

Vencimento Licenciamento: 30/08/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: JOAO PESSOA

Situação: IMPEDIMENTO ADMINIST

Data da Consulta: 27/02/2019

PASSA / AUTOMOVEL

ALCO/GASOL

RENAULT/SANDERO
EXP1016V

2010 2011

PARTICULAR AZUL

30/08/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

27/02/2019



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NQI6356

2017

Imprimir Consulta

NQI6356

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: *****

Placa: NQI6356

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: RENAULT/SANDERO

EXP1016V

Espécie/Tipo: PASSA / AUTOMOVEL

Ano de Fabricação: 2010

Ano Modelo: 2011

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: AZUL

Vencimento Licenciamento: 30/08/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: JOAO PESSOA

Situação: IMPEDIMENTO ADMINIST

Data da Consulta: 27/02/2019

PASSA / AUTOMOVEL

ALCO/GASOL

RENAULT/SANDERO
EXP1016V

2010 2011

PARTICULAR AZUL

30/08/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

27/02/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190216245 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FERIMENTO DO COURO CABELUDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVICULA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM DEFORMIDADE, HIPOTROFIA , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/04/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190216245 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FERIMENTO DO COURO CABELUDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVICULA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM DEFORMIDADE, HIPOTROFIA , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/04/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190216245 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELAS.
PG 2 E 18 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190216245 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELAS.
PG 2 E 18 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190175428 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096870/19

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

CPF: 011.083.714-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA : 011.083.714-26

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

Data da entrega: 21/03/2019
Nome: LIDIANE SANTOS DA SILVA
CPF: 011.083.714-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071927/19

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

CPF: 011.083.714-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA : 011.083.714-26

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

Data da entrega: 27/02/2019
Nome: LIDIANE SANTOS DA SILVA
CPF: 011.083.714-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

LIDIANE SANTOS DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA