
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

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



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



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, retorne 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	Leidiane 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:	
Leidiane Santos da Silva	033.083.734-26	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusado	Rua João Damasceno Oliveira Mendes	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58033-455	(33) 98708-8728

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

REND 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 OPÇÃO DE CONTA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: Caixa	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	3487	24602 1
(Informar o dígito se existir)			

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data, João Pessoa, 27/02, 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Leidiane Santos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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 RGO, 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.

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	Leidiane 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:	
Leidiane Santos da Silva	033.083.734-26	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusado	Rua João Damasceno Oliveira Mendes	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58033-455	(33) 98708-8728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Caixa AGÊNCIA: 3487 CONTA: 24602 1

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Leidiane Santos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

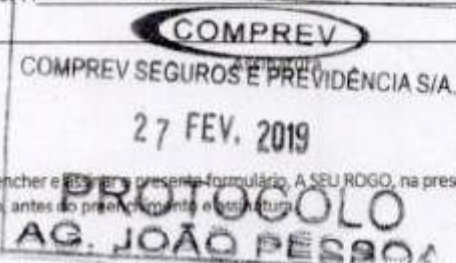
1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____



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 RDGO, 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.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 Sao Paulo Joao 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] Joao 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
GESSADA 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 CLAVICULA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR , LIMITAÇÃO DE
MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**

- IV. Nexo de casualidade: 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

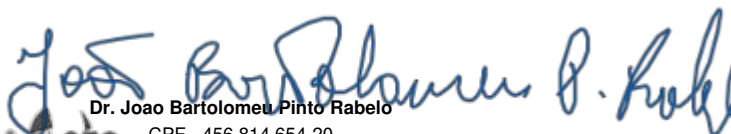
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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.

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



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

CERTIDÃO 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 Ferrelra 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 93YBSR7RHB1654669, 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.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL



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

CERTIDÃO 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 Ferrelra 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 93YBSR7RHB1654669, 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.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL



Nayara F. Felix da Costa



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	Leidiane 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:	
Leidiane Santos da Silva	033.083.734-26	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusado	Rua João Damasceno Oliveira Mendes	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58033-455	(33) 98708-8728

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ 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: 3487 CONTA: 24602 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data, João Pessoa, 27/02, 2019
 Nome:
 CPF:
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO
 x Leidiane Santos da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º Nome:
 CPF:
 Assinatura
 2º Nome:
 CPF:

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 RDGO, 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.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 27 FEV. 2019
 PROTOCOLO
 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	Leidiane 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:	
Leidiane Santos da Silva	033.083.734-26	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusado	Rua João Damasceno Oliveira Mendes	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Telefone (DDD):
	58033-455	(33) 98708-8728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Caixa AGÊNCIA: 3487 <input type="checkbox"/> CONTA: 24602 <input type="checkbox"/> 1

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Local e Data: João Pessoa, 27/02, 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Leidiane Santos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

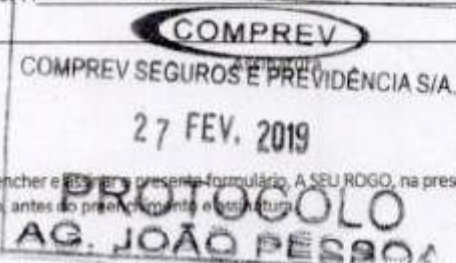
1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

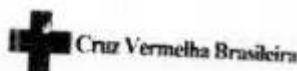
CPF: _____



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 RDGO, 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.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - 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			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
Escolaridade	DDD Móvel 83			Fone Móvel 988093017
	Tipo documento			Número documento
Local de procedência CONDE	Nº Cns			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			Tipo MUNICIPIO
				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	Clinica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	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 36.9
------------------	----------	------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

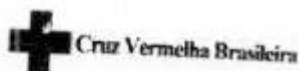
Bombo ECG, consciente, avaliada, com este na região montal, pedindo exames para diagnóstico. Cuidados da equipe de plantão. Dr. João Batista CORREIA 518.312-ENF

Diagnóstico

Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	CD
	Tempo 34seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - 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			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
Escolaridade	DDD Móvel 83			Fone Móvel 988093017
	Tipo documento			Número documento
Local de procedência CONDE	Nº Cns			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			Tipo MUNICIPIO
				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	Clinica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	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 36.9
------------------	----------	------------------

Exames complementares

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

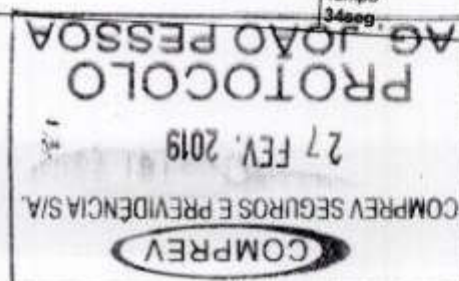
Dados clínicos

Bombo ECG, consciente, avaliada, com este na região
frontal, pedindo exames para diagnóstico
Cuidados da equipe de plantão. *Dr. Welton Batista*
CORREN 518 312 - ENF

Diagnóstico

Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	CD
	Tempo 34seg

Imprimir

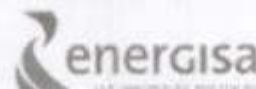


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Receba, para simplificar pagamento, de cada fatura, o valor da energia elétrica. Nº 010.563.068



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Crisólito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 09.885.183/0001-40 - Ins. Est. 15.815.823-6

DADOS DO CLIENTE

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RUA JOAO DAMASCENO OLIVEIRA MENDES 227

JOAO PESSOA

58033-255 Jardim São Paulo

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/214738-7

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

04/02/2019

CONSUMO

131

VENCIMENTO

11/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,49

Acesse: www.energisa.com.br



0214738-7

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Roteiro: 02-005-038-0379

8365000001-0 23400140000-8 02147382019-5 02100005019-1

VENCIMENTO

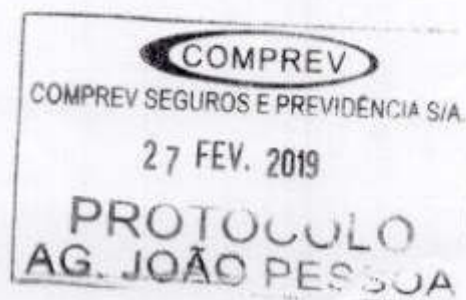
11/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,49

MATRÍCULA

214738-2019-02-1

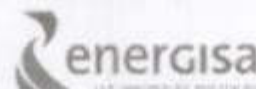


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Receba, para simplificar pagamento, de uma facilidade de energia elétrica. Nº 010.563.068



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Crisla Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 09.885.183/0001-40 - Insu. Est. 15.815.823-6

DADOS DO CLIENTE

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RUA JOAO DAMASCENO OLIVEIRA MENDES 227

JOAO PESSOA

58033-255 Jardim São Paulo

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/214738-7

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

04/02/2019

CONSUMO

131

VENCIMENTO

11/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,49

Acesse: www.energisa.com.br



0214738-7

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Roteiro: 02-005-038-0379

8365000001-0 23400140000-8 02147382019-5 02100005019-1

VENCIMENTO

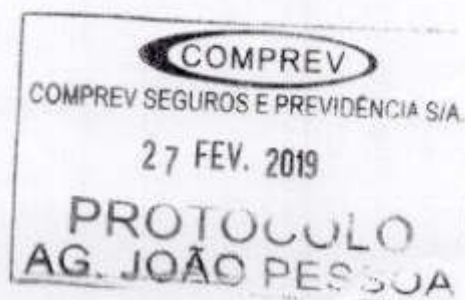
11/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,49

MATRÍCULA

214738-2019-02-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



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 corto-cntuso 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 destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGURANÇA, 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

ÁREA 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 AUTOMOVEI	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 EXTENSO 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

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

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

Conduta

Em observação

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

Lenisio Bragante de Araujo
CRM 3131

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

ÁREA 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
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988093017
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	UF PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 20:11:29	Nº Cons. Regional 165843/SP

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 CLAVÍCULA 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-15589
DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

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 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 DA CONSCIÊNCIA ANAÍNA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:38:12

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

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 AUTOMOVEI	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB	
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 10:38:39		
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				

LIDIANE SANTOS DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

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 22:34:00.0
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 12d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988093017
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 TTTO 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

ÁREA 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
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988093017
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	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

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Dr. Geraldo Camilo Neto
Cirurgião Geral / Traumatologista
CRM-PB 8089
GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário
LIDIANE SANTOS DA SILVA	27/11/1978	40a 11d	FEMININO	1127962	Data Prescrição 08/12/2018 15:28:09
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00				
Enfermaria / Leito					
Convenio			Matrícula		
SUS			Senha		

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
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		E.V.		6/6H	
	Diluir em	Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	
	Diluir em	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
5	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						

Obs: Fatores Iniciais no Sumário.

Reimpresso por -
DR. EMILIO MAGNO
NEUROCIRURGIÃO
CAMPUS 6215

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215

Assinatura e Carimbo do Profissional





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA			Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
Motivo do Atendimento				27/11/1978	40a 11d	FEMININO	1127962	1127962	08/12/2018 12:55:50
Convenio	SUS			Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		08/12/2018 12:55:00 - 09/12/2018 12:55:00	
Matricula			Senha						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA ZERO	0,0						

2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		NENHUMA			ente
3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.		24H	4 3 5.
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		24H	do 2º
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10,0	ML		E.V.		6/8H	13
6 TETANO GAMMA	100,0	ML		E.V.		8/8H	13
7 TETANO GAMMA	1,0	UI		INTRAMUSCUL		AGORA	F

Lenísio Bragante de Araujo
CRM 3131

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
CRM: 3131

Reimpresso por: -
dia: -
Lenísio Bragante de Araujo
CRM 3131

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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



Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA	Data de	27/11/1978	Idade	40a 11d	Sexo	FEMININO	Nº	1127962	Nº Prontuário	08/12/2018 20:11:29
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Validade da Prescrição	08/12/2018 20:11:00 - 09/12/2018 20:11:00										
Convenio	SUS										
Matrícula	Senha										
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Apazamento	Data da internação:	Permanência na 7h 33min	Permanência no	

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

Parecer Médico

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

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	
TCE	
Parecer	

Lenise Brito de A. Silva
CRM 3131



Parecer Médico

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

Parecer médico	Profissional
Especialidade	
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	
TRAUMA OMBRO DIREITO	
Parecer	


Lentisio Bregante de Araújo
CRM 3131

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA		
Data de 27/11/1978	Nº Boletim Emergência 1127962	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 08/12/2018 20:11:29

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA
(APOS TIPOIA)

RAIOS-X

TIPO ...
DATA ... 08 / 12 / 18
HORA ... 20:55
NOME TEC. RAD. ...
ASS. ...

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

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

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

* Inscrição obrigatória para atuação profissional em saúde



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Rua Humberto Lucena



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	
Data de 27/11/1978	Nº Boletim Emergência 1127962
Material a examinar	
Data Prescrição: 08/12/2018 12:55:50	

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE BACIA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ULTRASSONOGRAFIA

TPO ...	FAST
DATA ...	08/12/2018
HORA ...	13:45
NOME ENF.	Robi
ASS.	

RAIOS-X	
TPO ...	08/12/2018
DATA ...	08/12/2018
HORA ...	13:45
NOME ENF.	Robi
ASS.	

TOMOGRAFIA	
TPO ...	08/12/2018
DATA ...	08/12/2018
HORA ...	13:45
NOME ENF.	Robi
ASS.	

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preterir cópias separadas para imagem e laudo clínico



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831758787

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Data Exame: 08/12/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL(FAST)

Fígado, 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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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.

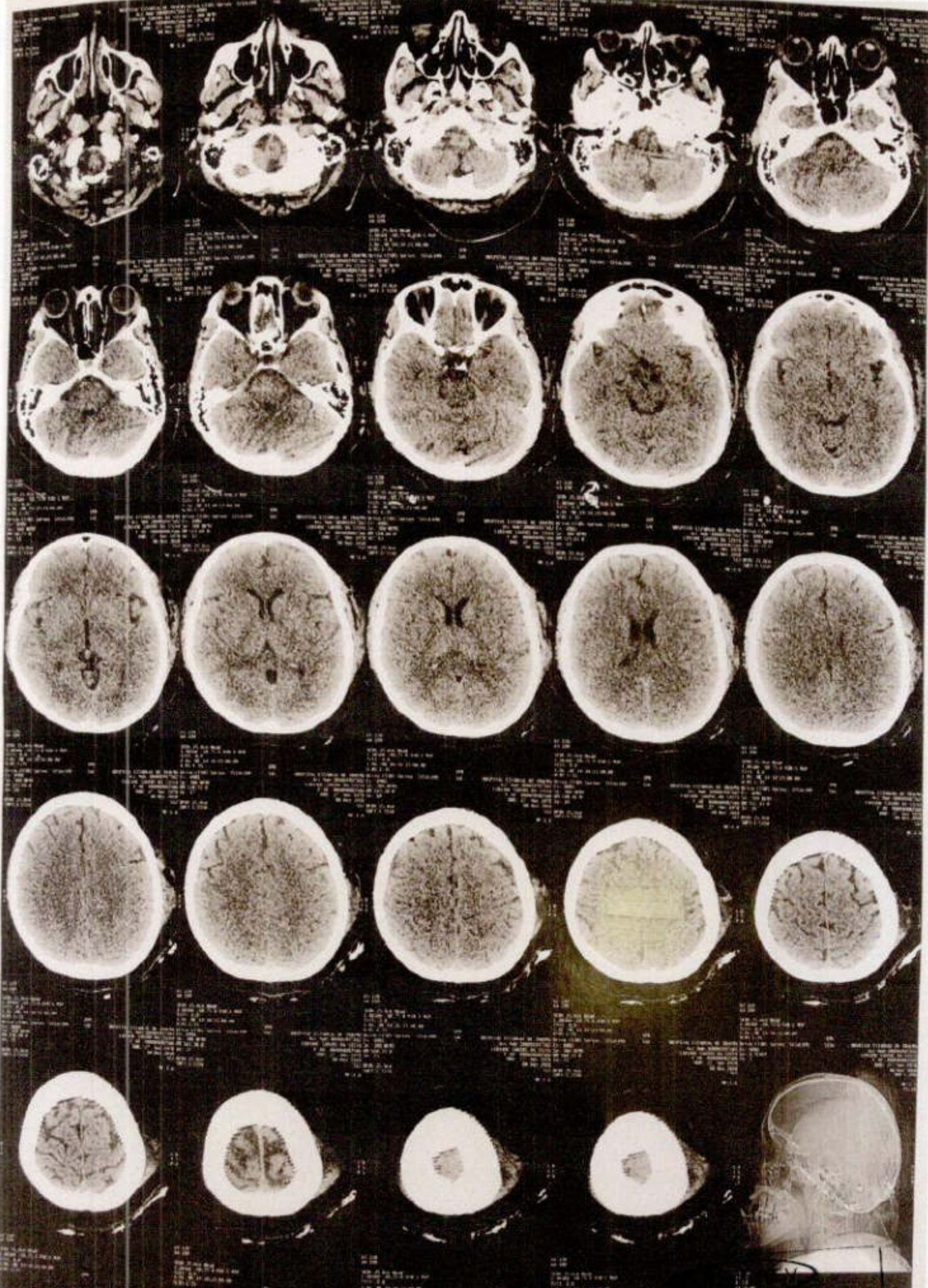
Volumosa lesão contusocortante na região do couro cabeludo frontoparietal esquerda com hematoma subgaleal associado.

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.

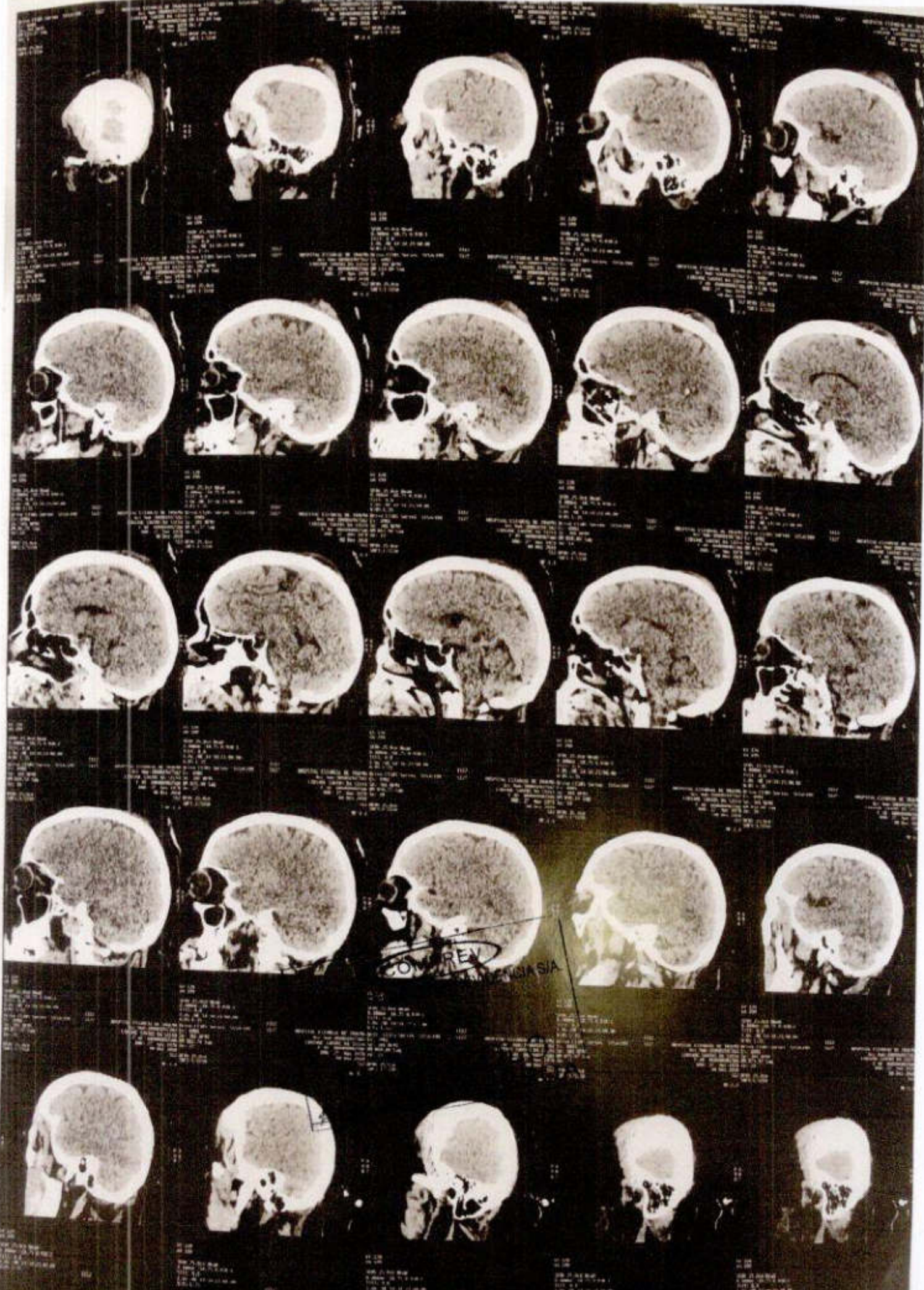
Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



Patient ID: 000000082566
Age: 40y

Patient Name: LIDIANE SANTOS DA SILVA
Sex: F

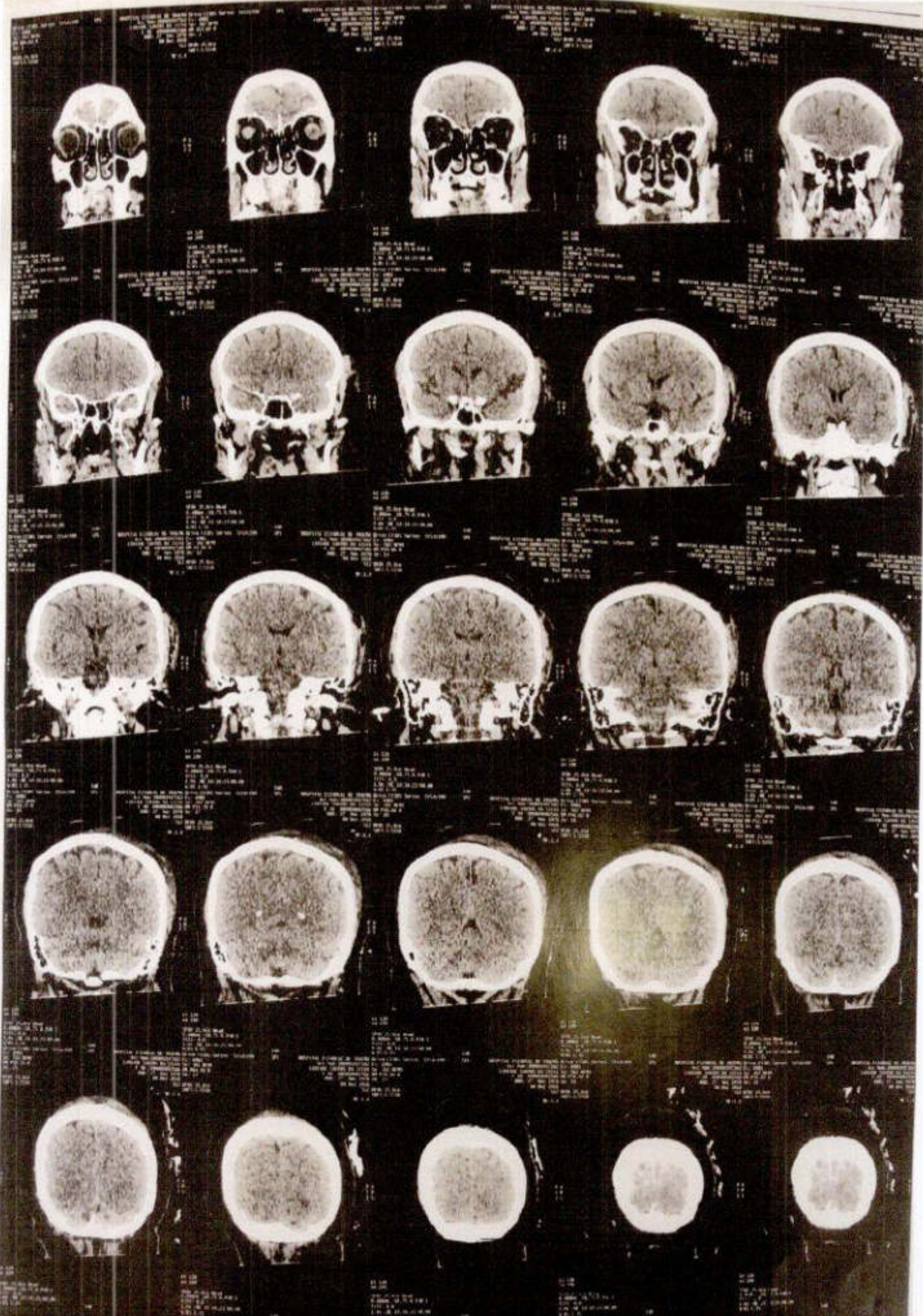
PROTOCOL



Patient ID: 000000082566
Age: 40Y

Patient Name:
Sex:

LIDIANE SANTOS DA SILVA
F



Patient ID:
Age:

000000082566
40Y

Patient Name:
Sex:

LIDIANE SANTOS DA SILVA
F

OPESSOA

LIDIANE SANTOS DA SILVA

27/11/1978

ID: 000000082566

Sex: Female

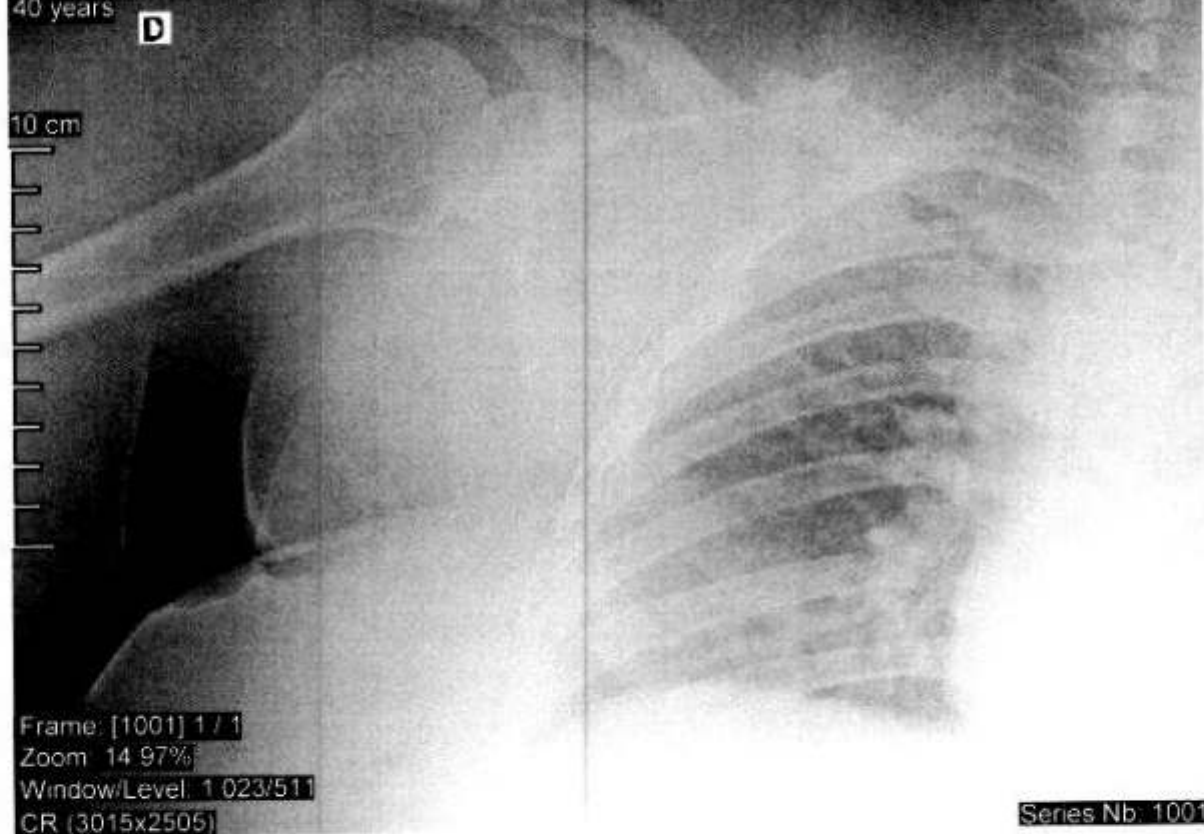
40 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001948442

Acq. 08/12/2018

Acq. 21 56 38 000187



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LIDIANE SANTOS DA SILVA

27/11/1978

ID: 000000082566

Sex: Female

40 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300001947155

Acq: 08/12/2018

Acq: 14:18:27 000772

10 cm

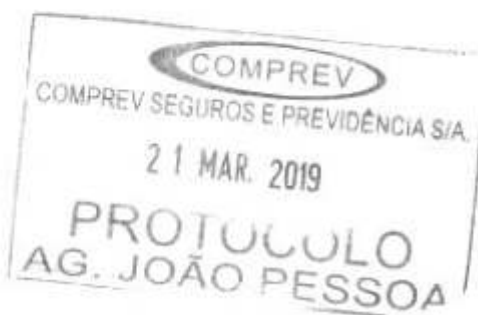
Frame: [1003] 3 / 5

Zoom: 25.5%

Window/Level: 1.023/511

CR (1770x2370)

Series Nb: 1001





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



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 corto-cntuso 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 destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGURANÇA, 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

ÁREA 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 AUTOMOVEI	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 EXTENSO 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

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

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

Conduta

Em observação

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

Lenisio Bragante de Araujo
CRM 3131

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

ÁREA 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
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988093017
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	UF PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 20:11:29	Nº Cons. Regional 165843/SP

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 CLAVÍCULA 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-15589
DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

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 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 DA CONSCIÊNCIA ANAÍNA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:38:12

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

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 AUTOMOVEI	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 ORTOPIEDIA				
Conduta Em observação				

LIDIANE SANTOS DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

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 22:34:00.0
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 12d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988093017
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 TTTO 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

ÁREA 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
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988093017
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	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

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Dr. Geraldo Camilo Neto
Cirurgião Geral / Traumatologista
CRM-PB 8089
GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário
LIDIANE SANTOS DA SILVA	27/11/1978	40a 11d	FEMININO	1127962	Data Prescrição 08/12/2018 15:28:09
Motivo do Atendimento	Validade da Prescrição 08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00				
Enfermaria / Leito					
Convenio			Matrícula		
SUS			Senha		

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprezamento
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		E.V.		6/6H	
	Diluir em	Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML				
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	
	Diluir em	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
5	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						

Obs: Fatores Iniciais no Sumário.

Remissão por -
Dr. Emerson MAGNO MAGNO
NEUROCIRURGIÃO
CRM-PB 6215

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215

Assinatura e Carimbo do Profissional





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA			Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
Motivo do Atendimento				27/11/1978	40a 11d	FEMININO	1127962	1127962	08/12/2018 12:55:50
Convenio	SUS			Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		08/12/2018 12:55:00 - 09/12/2018 12:55:00	
Matricula			Senha						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA ZERO	0,0						

2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		NENHUMA			ente
3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.		24H	4 3 5.
4 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		24H	do 2º
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10,0	ML		E.V.		6/8H	13
6 TETANO GAMMA	100,0	ML		E.V.		8/8H	13
7 TETANO GAMMA	1,0	UI		INTRAMUSCUL		AGORA	F

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO CRM: 3131

Reimpresso por: - dia: -

Lenísio Bragante de Araújo CRM 3131

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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



Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA	Data de	27/11/1978	Idade	40a 11d	Sexo	FEMININO	Nº	1127962	Nº Prontuário	08/12/2018 20:11:29
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Validade da Prescrição	08/12/2018 20:11:00 - 09/12/2018 20:11:00										
Convenio	SUS										
Matrícula	Senha										
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Apazamento	Data da internação:	Permanência na 7h 33min	Permanência no	

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

Parecer Médico

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

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	
TCE	
Parecer	

Lenise Brito de A. Silva
CRM 3131



Parecer Médico

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

Parecer médico	Profissional
Especialidade	
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	
TRAUMA OMBRO DIREITO	
Parecer	

Lenísio Bregante de Araújo
CRM 3131



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA		Prontuário
Data de 27/11/1978	Nº Boletim Emergência 1127962	
Material a examinar		
		Data Prescrição: 08/12/2018 20:11:29

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA
(APOS TIPOIA)

RAIOS-X

TIPO ...	08 / 12 / 18
DATA ...	22: 55
HORA ...	
NOME TEC. RAD.	
ASS.	

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

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

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

* Imprimir cópia separada para arquivo eletrônico, anexar.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Rua Humberto Lucena



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	
Data de 27/11/1978	Nº Boletim Emergência 1127962
Material a examinar	
Data Prescrição: 08/12/2018 12:55:50	

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE BACIA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ULTRASSONOGRAFIA

TPO ...	FAST
DATA ...	08/12/2018
HORA ...	13:45
NOME ENF.	Robi
ASS.	

RAIOS-X	
TPO ...	08/12/2018
DATA ...	08/12/2018
HORA ...	13:45
NOME ENF.	Robi
ASS.	

TOMOGRAFIA	
TPO ...	08/12/2018
DATA ...	08/12/2018
HORA ...	13:45
NOME ENF.	Robi
ASS.	

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preterir cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831758787

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Data Exame: 08/12/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL(FAST)

Fígado, 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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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.

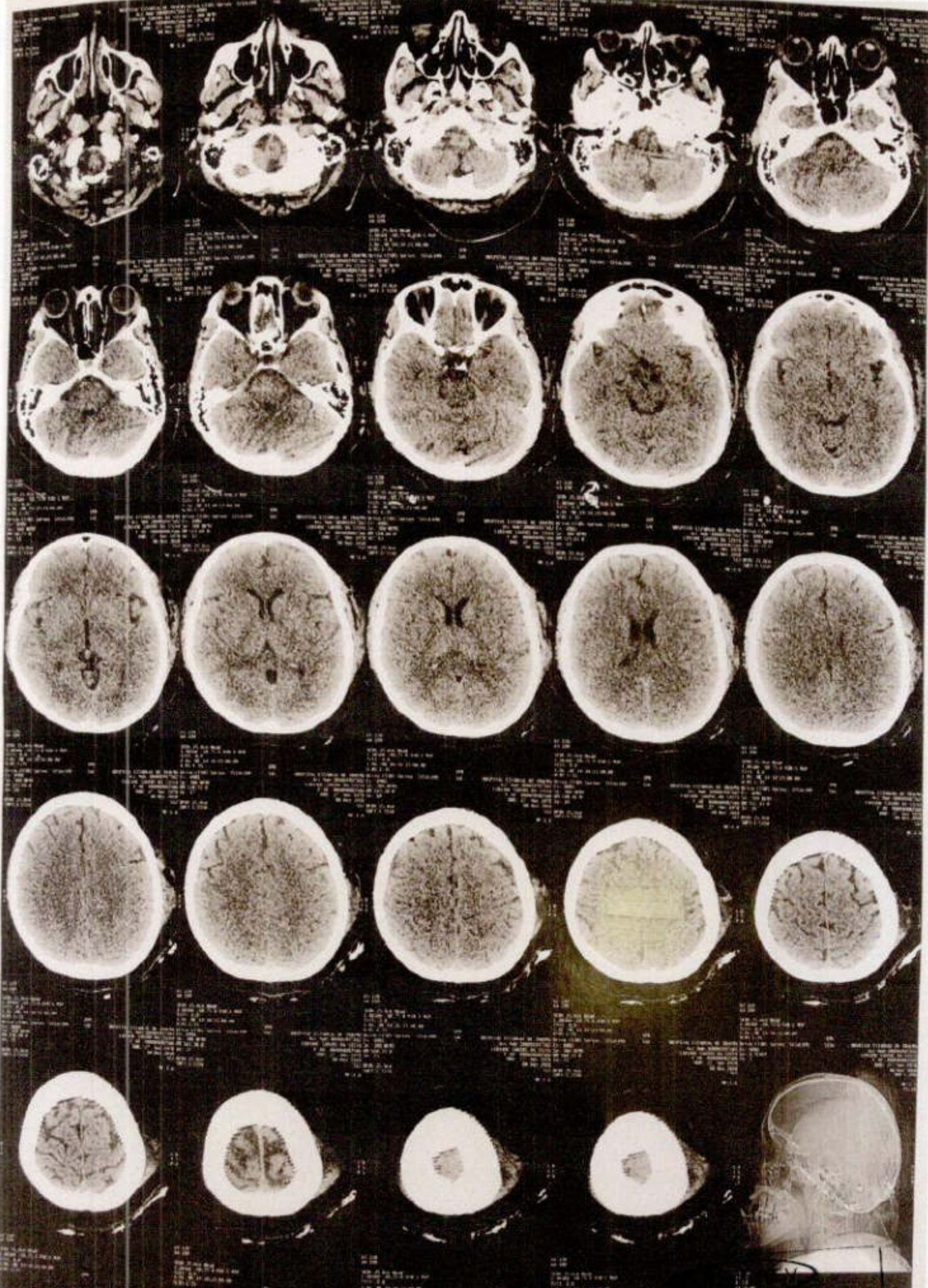
Volumosa lesão contusocortante na região do couro cabeludo frontoparietal esquerda com hematoma subgaleal associado.

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



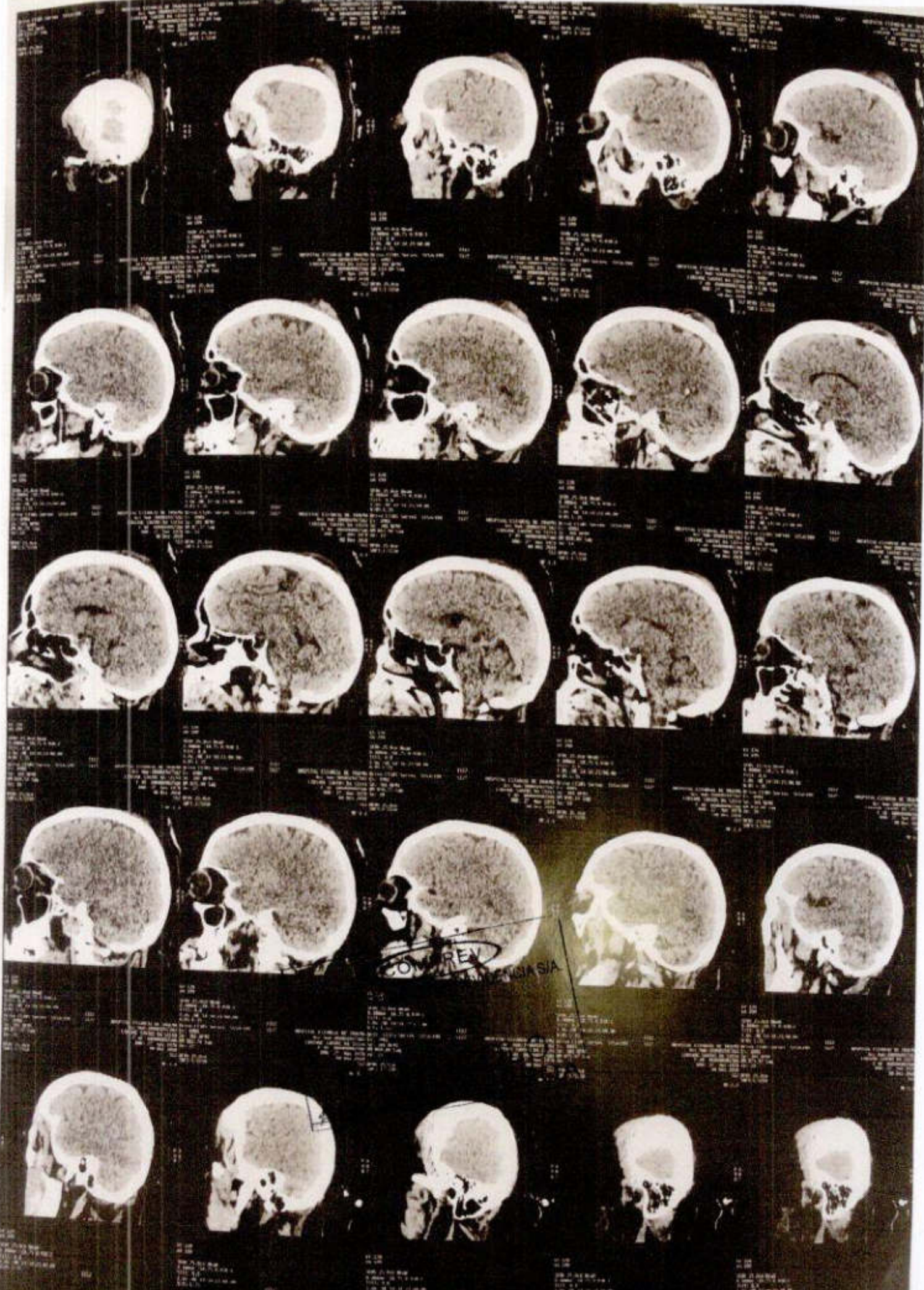
Patient ID:
Age:

000000082566
40y

Patient Name:
Sex:

LIDIANE SANTOS DA SILVA
F

PROTOCOL

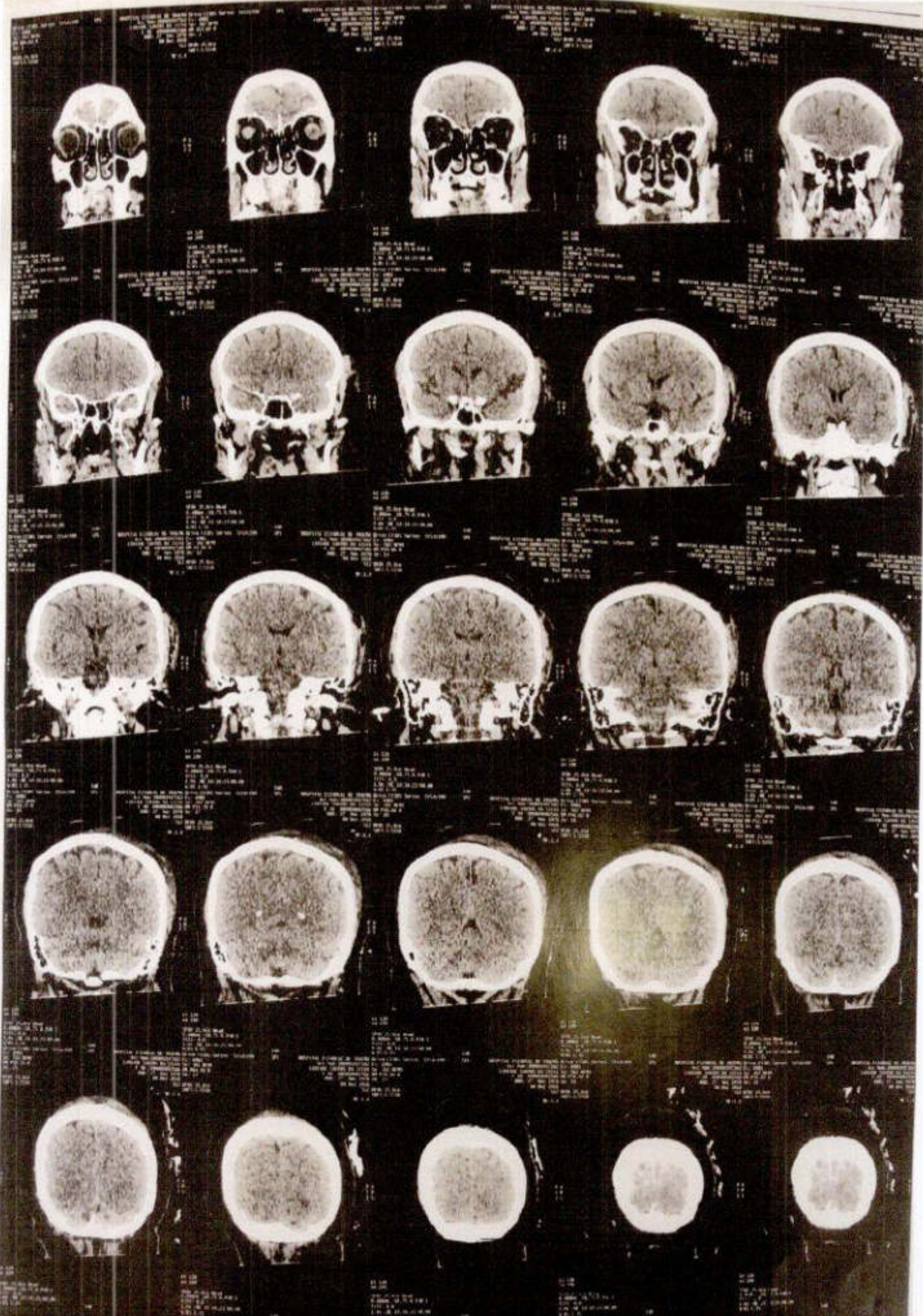


Patient ID:
Age:

000000082566
40Y

Patient Name:
Sex:

LIDIANE SANTOS DA SILVA
F



Patient ID:
Age:

000000082566
40Y

Patient Name:
Sex:

LIDIANE SANTOS DA SILVA
F

OPESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



Lúciene Santos da Silva



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.680.577 - 2ª VIA

DATA DE EMISSÃO 30/12/2016

NOME LIDIANE SANTOS DA SILVA

RELACÃO MARCOS ANTONIO DA SILVA

LINDALVA SANTOS DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 27/11/1978

DOC. CIVIL CERT. NASC. Nº 9643 - LIV. A-11 - FLS. 02 - CARTÓRIO J. PESSOA

CPF 011.083.714-26

DATA DE EMISSÃO 29/09/83

A+

Scanned by CamScanner

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

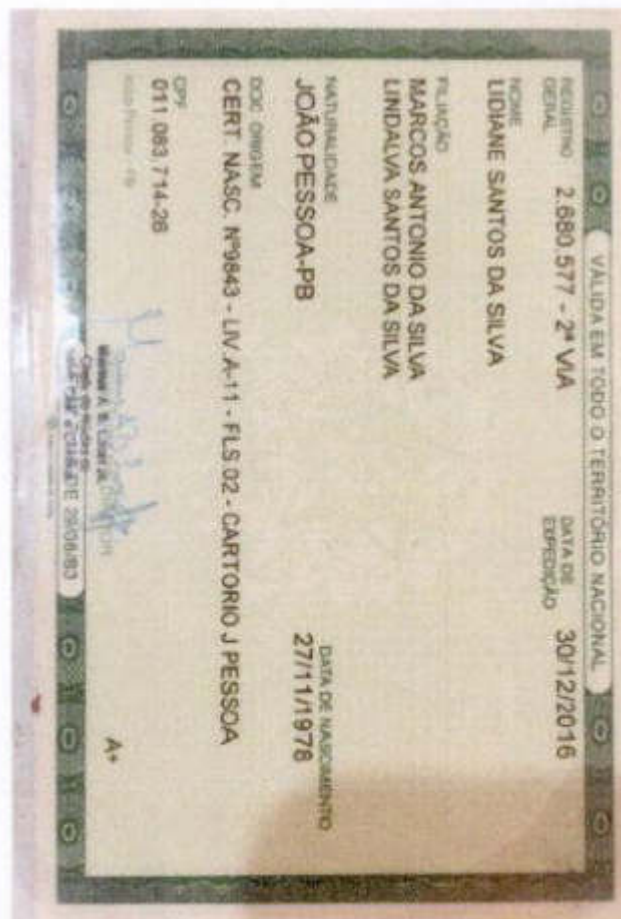
27 FEV. 2019

PROTOCOLO

AG: JOÃO PESSOA



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



VIA COD. RENAVAM 2017 0000069544 MERCIO

0027434273-3 00/000000000 2017

NOME

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ

02060613400

PLACA

NQI6356/PB

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

93YBGR7RHEJ654669

ESPÉCIE TIPO

PAS/AUTOMÓVEL

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

RENAULT/BANDERO EXP1016V

ANO FAB

2010

ANO MOD

2011

CAP/POT/CIL

5 P/77 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC/COTAS

IPVA

IPVA PAGO EM

00/00/0000

Faixa IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

1º

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

06/03/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S.A.

DOCUMENTO DE PORTA

NAO VALIDO PARA TRANS

TIPO PESSOA

LOCAL

15245

5

Amelia

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO

AB-JOAO PESSOA

140220

17108

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

2010 2011

EXP1016V

PARTICULAR AZUL

30/08/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

27/02/2019

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

VIA COD. RENAVAM 2017 0000069544 MERCIO

0027434273-3 00/000000000 2017

NOME

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ

02060613400

PLACA

NQI6356/PB

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

93YB3R7RHEJ654669

ESPÉCIE TIPO

PAS/AUTOMÓVEL/

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

RENAULT/BANDERO EXP1016V

ANO FAB

2010

ANO MOD

2011

CAP/POT/CIL

5 P/77 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC./COTAS

1ª

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PAGO

DATA DE PAGAMENTO

06/03/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S.A.

DOCUMENTO DE PORTA

NÃO VÁLIDO PARA TRANS

TIPO PESSOA LOCAL

15245

Assinatura

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

2010 2011

EXP1016V

PARTICULAR AZUL

30/08/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

27/02/2019

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

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 CLAVÍCULA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE 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 CLAVÍCULA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE 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 EVIDENCIA PRESENÇA 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 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096870/19

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

CPF: 011.083.714-26

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

CPF de: Próprio

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071927/19

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

CPF: 011.083.714-26

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

CPF de: Próprio

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA