



Número: **0809966-04.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LIDIANE SANTOS DA SILVA (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
DOUGLAS MICHALANE PIRES TEIXEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37728 288	11/12/2020 11:20	Petição	Petição
37728 290	11/12/2020 11:20	2691285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
37728 292	11/12/2020 11:20	2691285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





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,

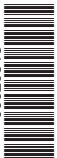
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14008936

Pag. 01089/01090 - carta_01 - INVALIDEZ

00020545





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

Pag. 00355/00356 - carta_04 - INVALIDEZ

00050178



Carta nº 14051395





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

Carta nº 14102905





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

Pag. 00429/00430 - carta_02 - INVALIDEZ

00050215



Carta nº 14103671





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, 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:
Recluso	Rua João Damasceno de Oliveira Mendes 227	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
	58033-455	(83) 98708-8728

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

RENDA 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)	Nome do BANCO: Caixa
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 3487
CONTA: <input type="text"/>	CONTA: 24602
(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 (assinale 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:
		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.

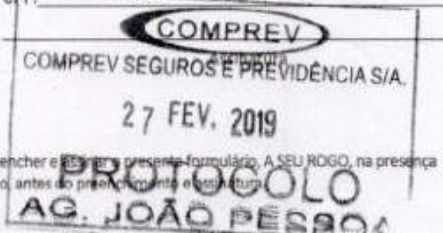
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019
	Nome: Leidiane Santos da Silva
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	x Leidiane Santos da Silva
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, 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:
Recluso	Rua João Damasceno de Oliveira Mendes 227	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
	58033-455	(83) 98708-8728

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

RENDA 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)	Nome do BANCO: Caixa
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 3487
CONTA: <input type="text"/>	CONTA: 24602
(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 (assinale 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:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vivos:	Falecidos:
		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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019
	Nome: Leidiane Santos da Silva
	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
PROTÓCOLO
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 ROGO, 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.



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

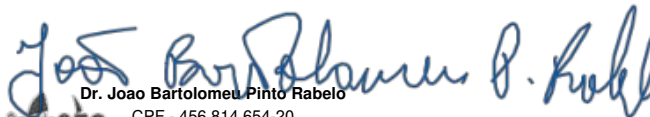
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 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 CLAVÍCULA 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- 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 Ferrelira 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
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:
Recluso	Rua João Damasceno de Oliveira Mendes 227	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
	58033-455	(83) 98708-8728

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

RENDA 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)	Nome do BANCO: Caixa
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: 3487
CONTA: <input type="text"/>	CONTA: 24602
(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 (assinale 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:
		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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019
	Nome: Leidiane Santos da Silva
	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Leidiane Santos da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

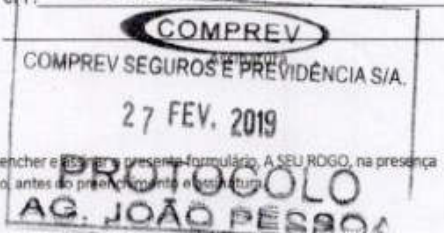
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, 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:
Recluso	Rua João Damasceno de Oliveira Mendes 227	227
Bairro:	Cidade:	Estado:
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Telefone (DDD):
	58033-455	(83) 98708-8728

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

RECEITA 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)	Nome do BANCO: Caixa	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
		3487	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 (assinale 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.

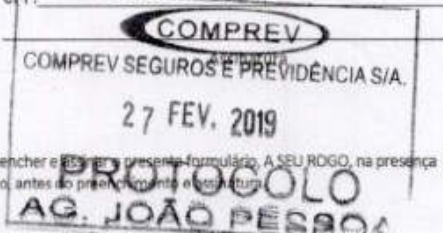
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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:	
		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:	



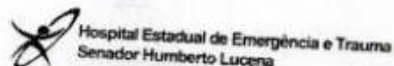
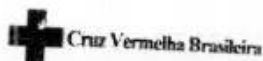
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 ROGO, 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.





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

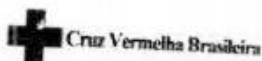
Boletim de Atendimento: 1127962



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
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA		Prontuário	
Escolaridade		Pai MARCOS ANTONIO DA SILVA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988093017	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo	Fone Fixo
Local de procedência CONDE		Nº Cns	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
		CBOR	
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		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	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 94	Temperatura 36.9	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos</p> <p>paciente com ECG, comentei, avaliada, com este na região frontal, pedindo exames para monitorar a evolução da equipe de plantão. Dr. João Batista CORREIA 12-ENF</p>			
Diagnóstico			CD
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			Tempo 34seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

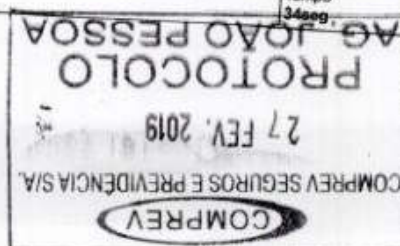
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

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
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA		Prontuário	
Escolaridade		Pai MARCOS ANTONIO DA SILVA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988093017	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo	Fone Fixo
Local de procedência CONDE		Nº Cns	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
		CBOR	
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		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	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 94	Temperatura 36.9	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
<p>Dados clínicos</p> <p>Batendo ECG, comentei, avaliada, com este na região frontal, pedindo exames para monitorar a evolução da equipe de plantão. Dr. João Batista CORREIA 12-ENF</p>			
Diagnóstico			CD
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA			Tempo 34seg

Imprimir

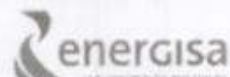


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Receba, para simplificar pagamento, de outra localidade da energia elétrica. Nº 010.563.008



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Centro Rodentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.885.183/0001-40 Ins. Est. 16.815.823-8

DADOS DO CLIENTE

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RUA JOÃO DAMASCENO OLIVEIRA MENDES 227

JOÃO 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: 02-005-038-0370

8366000001-8 23400140000-8 02147382019-5 02100005019-1

VENCIMENTO

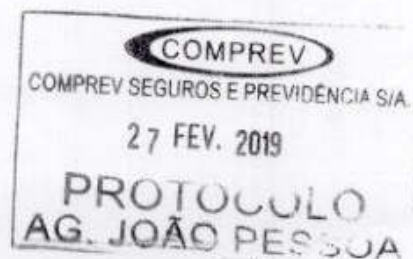
11/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 123,49

MATRÍCULA

214738-2019- 02-1

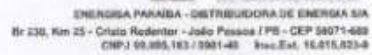


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111205081200000035991369>

Número do documento: 2012111205081200000035991369

Selecione para simplificar pagamento de taxa localidade de energia elétrica: **RP 010.563.008**





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-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 destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGURANÇA DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





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			Telefone de Contato (83) 988093017
			Prontuário
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVELO	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 HIPERTENSAO 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 (MG/SM)			
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)			
ULTRASSONOGRAMA - FAST			
RADIOGRAFIA DE BACIA			
CID10			
Código	Descrição		
R52.0	Dor aguda		
Conduta			
Em observação			

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA 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

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



Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:30:12

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	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 AUTOMOVELO	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 MANAÍNA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:39:12





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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			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 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 ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

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

2.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=461359&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111205081200000035991369

Número do documento: 2012111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 21

AREA VERMELHA

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

Tel:

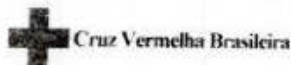
CNES: 6121221

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	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 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 Hospitalar				
Usuário TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA			Data e Hora 08/12/2018 22:34:00	
Motivo de Alta ALTA MEDICA			Observações	

LIDIANE SANTOS DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)

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

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 AUTOMOVEI	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

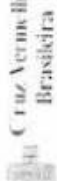
Em observação

LIDIANE SANTOS DA SILVA

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

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





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA	Data de	27/11/1978	Idade	40a 11d	Sexo	FEMININO	Nº	1127962	Nº Prontuário		Data Prescrição	08/12/2018 15:28:09
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Validade da Prescrição	08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00												
Convenio	SUS												
Matrícula													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Apazamento
1	DIETA ZERO	0,0					
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO FRASCO	1500,0	ML		NENHUMA		
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	24H	
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	6/6H	
5	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0			E.V.	12/12H	

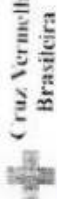
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Apazamento
1	DIETA ZERO	0,0					
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO FRASCO	1500,0	ML		NENHUMA		
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	24H	
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	6/6H	
5	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0			E.V.	12/12H	

Reimpresso por:
DR. EMERSON MAGNO FERNANDES DE
NEUROCIRURGIA
CRM: 6215

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

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	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		
Matrícula		Senha							

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

2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML)	1500,0	ML		E.V.		24H	4 3 5
--	--------	----	--	------	--	-----	-------

3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML		E.V.		24H	2º
---	--------	----	--	------	--	-----	----

4 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		60H	13
-----------------------------------	-----	----	--	------	--	-----	----

5 ONDANSETRONA 4MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0	ML		E.V.		88H	13
------------------------------------	------	----	--	------	--	-----	----

6 TETANOGAMMA	1,0	UI		INTRAMUSCUL		AGORA	F
---------------	-----	----	--	-------------	--	-------	---

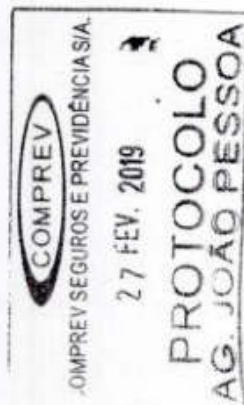
Reimpresso por: -
dia: -

Lenísio Bragança de Araújo
CRM 3131

Lenísio Bragança de Araújo
CRM 3131

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
Bolelim	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	Validade da Prescrição 08/12/2018 20:11:00 - 09/12/2018 20:11:00										
Convenio	SUS	Matrícula	Sentha								
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento	Permanência na 7h 33min			
Data da entrada:				08/12/2018 12:38:38		Data da internação:		Permanência no			

1	SUTURA DE FERIMENTO	0.0	Reimpresso por: - dia: -									
---	---------------------	-----	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 165843

Assinatura e Carimbo do Profissional



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	Profissional
Especialidade	
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	
TCE	
Parecer	

Lenise B. Barros
CRM 3133



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	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		17min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade

ORTOPEDIA

Motivo da solicitação

TRAUMA OMBRO DIREITO

Parecer

Profissional


Leticia Bregançola Araújo
CRM 3131



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sociedade Humberto Lucena

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	
Data de 27/11/1978	Nº Boletim Emergência 1127962
Prontuario	
Material a examinar	
Data Prescrição: 08/12/2018 20:11:29	
<div>EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA (APÓS TIPOIA)</div> <div>TIPO ... DATA ... 08/12/18 HORA ... 20:55 NOME TEC. RND ... ASS: ...</div> <div>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 27 FEV. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</div> <div>Diego Dantas L. Albuquerque Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 8047 TEOT 15589</div>	

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional
1. Apresentar cópia legível para registro no sistema eletrônico.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Rua Nereu Ramos, 1000

GOVERNO
DA PARAIBA

REQUISIÇÃO 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 12:55:50		

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ULTRASSONOGRAFIA

Tipo... FAST
Data... 08/12/18
Hora... 13:45
Nome Enf...
Ass...

RAIOS-X
Tipo...
Data...
Hora...
Nome Inf. Rad...
Ass...
paciente com trauma

TUMORAL
Data... 08/12/18
Ass...
P

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laudo médico análise clínica



**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

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.

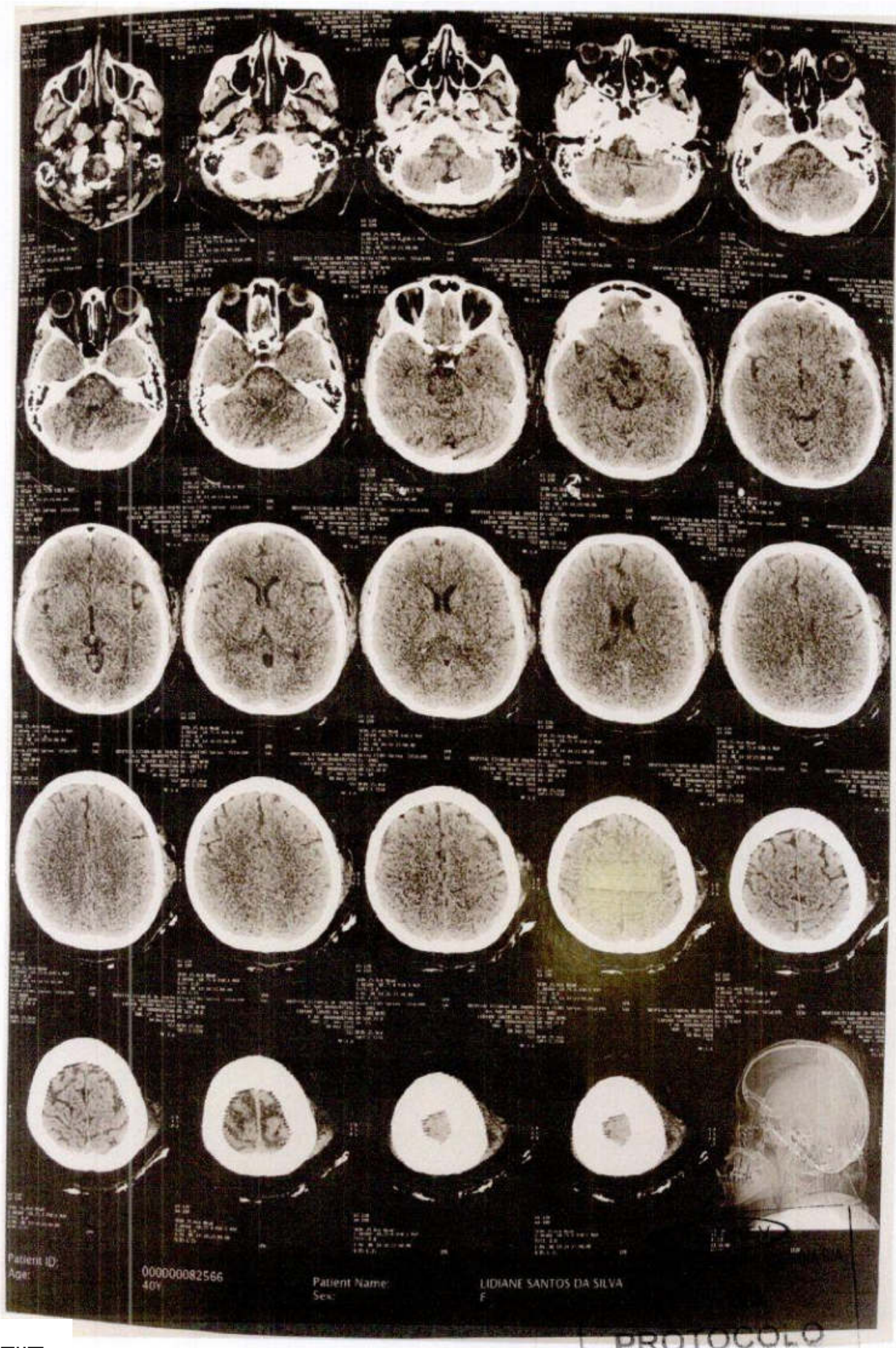
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

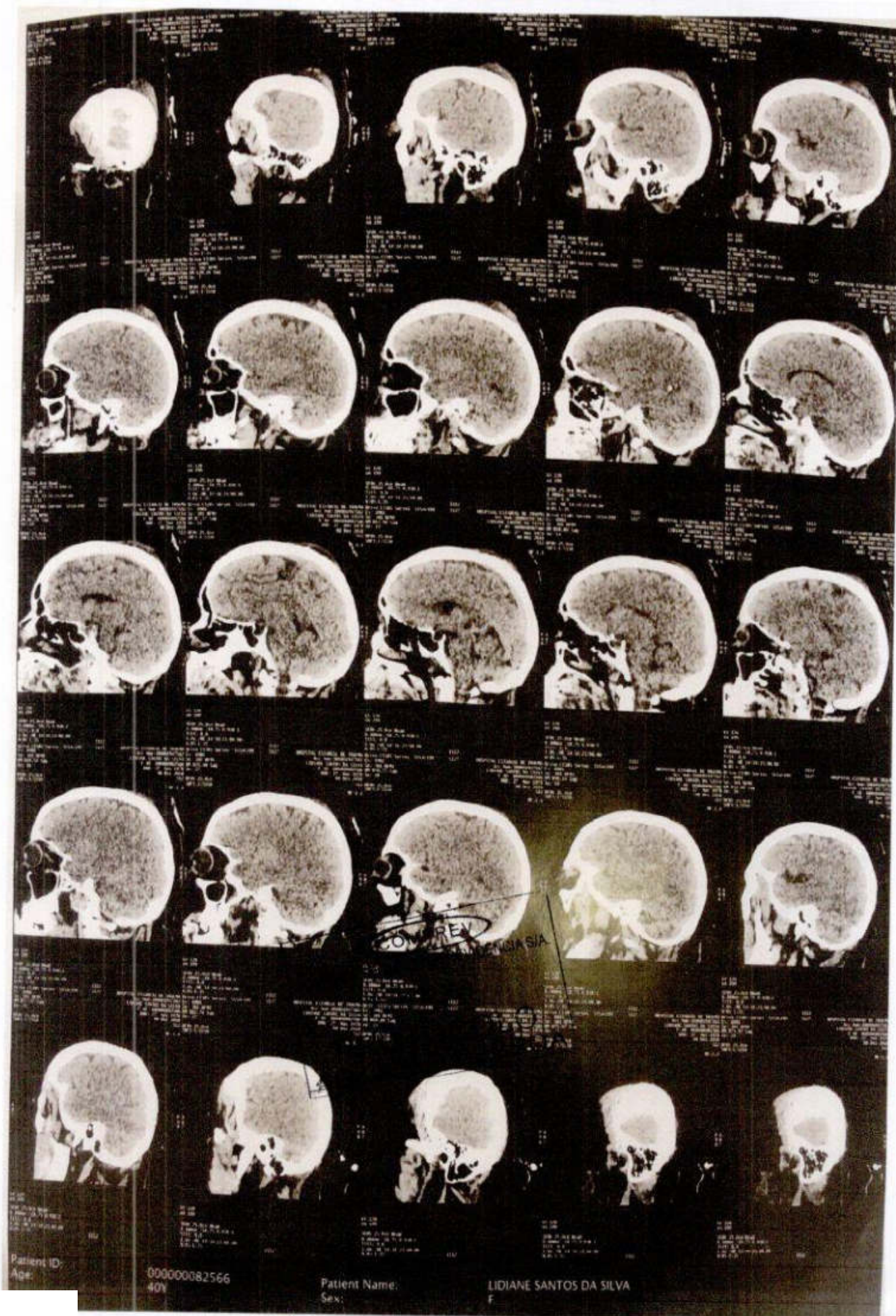


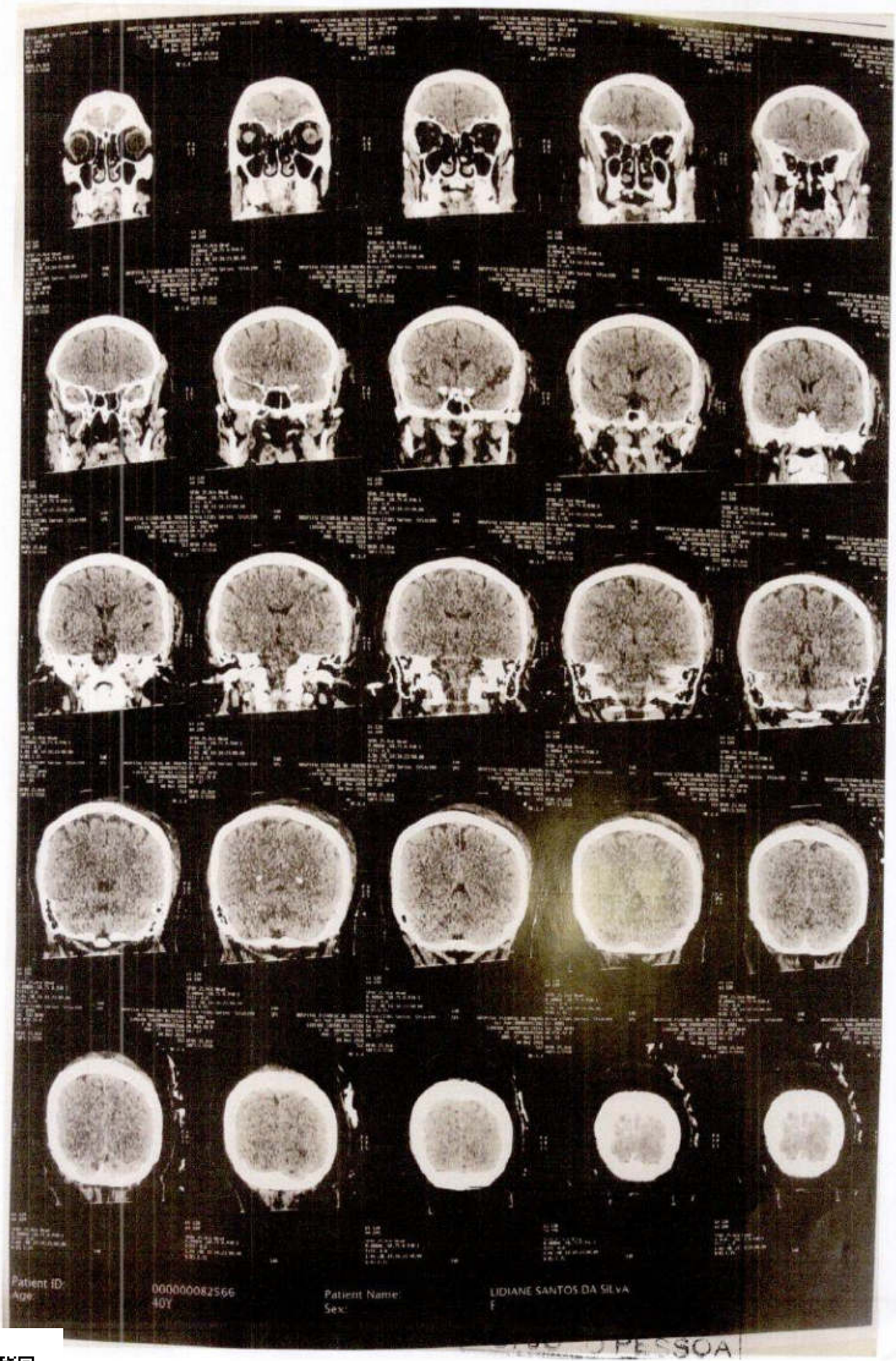
Este laudo foi liberado em 10/12/2018 19:25.

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









Patient ID: 000000082566 Patient Name: LIDIANE SANTOS DA SILVA
Age: 40Y Sex: F



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

D

10 cm

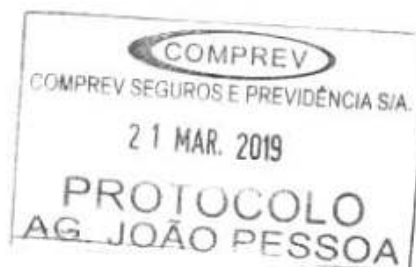
Frame: [1001] 1 / 1

Zoom: 14.97%

Window/Level: 1 023/511

CR (3015x2505)

Series Nb: 1001



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

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb. 300001947155

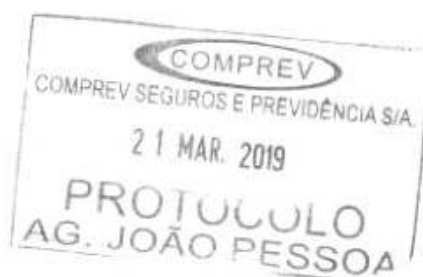
Acq: 08/12/2018

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-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 destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGURIDADE DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV
MINISTÉRIO DO TRABALHO
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 AUTOMOVELO	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 HIPERTENSAO 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 (MG/SM)				
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)				
ULTRASSONOGRAMA - FAST				
RADIOGRAFIA DE BACIA				
CID10				
Código	Descrição			
R52.0	Dor aguda			
Conduta				
Em observação				

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA 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

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



Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:30:12

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	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 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 MANAÍNA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:39:12





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 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 ORTOPEDIA				
Conduta				
Em observação				

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

2.16.0.6.8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=461359&pesquisa=S&perform=im... 1/1



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	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 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 Hospitalar				
Usuário TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA			Data e Hora 08/12/2018 22:34:00	
Motivo de Alta ALTA MEDICA			Observações	

LIDIANE SANTOS DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/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

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	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 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
 CRM-PB 8089
 GERALDO CAMILO NETO
 (CRM: 8089/PB)


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

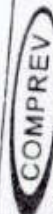


1127962

1	DIETA ZERO	0,0				
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0 ML		NENHUMA		
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0 ML		E.V.	24H	
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0 ML		E.V.	6/6H	
4	CETOPROFENO 100 MG	100,0 MG				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0 ML		E.V.	12/12H	
5	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0				

Reimpresso por -
DR. EMILIO MAGNO SODANO
NEUROCIRURGIÃO
50.8215

Assinatura e Carimbo do Profissional



27 FEB. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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 500ML)	1500,0 ML		NENHUMA			Quente
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	10 20
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0 ML		E.V.		60H	13
5	ONDANSETRONA 4MG/ML (AMPOLA 2ML)	4,0 ML		E.V.		80H	13
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	100,0 ML		E.V.			
6	TETANOGAMMA	1,0 UI		INTRAMUSCULAR		AGORA	F

Reimpresso por: -
dia: -

Lenísio Bragante de Araújo
CRM 3131

LENÍSIO BRAGANTE DE ARAÚJO
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
Bolelim	1127962

Nome	LIANE 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	Validade da Prescrição 08/12/2018 20:11:00 - 09/12/2018 20:11:00											
Convenio	Matrícula											
SUS	Sentença											
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento	Data da entrada:	08/12/2018 12:38:38	Data da internação:	Permanência na	Permanência no
											7h 33min	

1	SUTURA DE FERIMENTO	0.0										
---	---------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

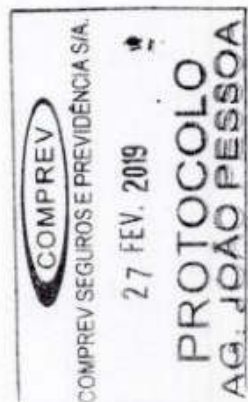
Reimpresso por: -
dia: -

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE

CRM: 165843

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

Assinatura e Carimbo do Profissional



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	Permanência na Unidade
SUS		15min
	Clinica	Permanência no Leito
	CIRURGIA GERAL	

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	
TCE	
Parecer	

Lenise B. Barros
CRM 3133



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	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		17min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade

ORTOPEDIA

Motivo da solicitação

TRAUMA OMBRO DIREITO

Parecer

Profissional


Leticia Bregançola Araújo
CRM 3131



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sociedade Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	LIDIANE SANTOS DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuario	
27/11/1978	1127962		
Material a examinar			
Data Prescrição: 08/12/2018 20:11:29			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA (APÓS TIPOIA)			
TIPO ... 08/12 AB DATA ... 21:55 HORA ... NOME TÍT. END. ... ASS. ...			
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 27 FEV. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			

Reimpresso por: -
dia: -

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

Assinatura e Carimbo do Profissional
1. Apresentar cópia legível para registro no sistema eletrônico.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Rua Nereu Ramos, 1000



REQUISIÇÃO 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 12:55:50		

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ULTRASSONOGRAFIA

Tipo... FAST
Data... 08/12/18
Hora... 13:45
Nome Enf...
Ass...

RAIOS-X
Tipo...
Data... 08/12/18
Hora...
Nome Inf. Rad...
Ass...
paciente com trauma

TOMOGRAFIA
Data... 08/12/18
Ass...
paciente com trauma

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laudo médico anexo à imagem



**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

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.

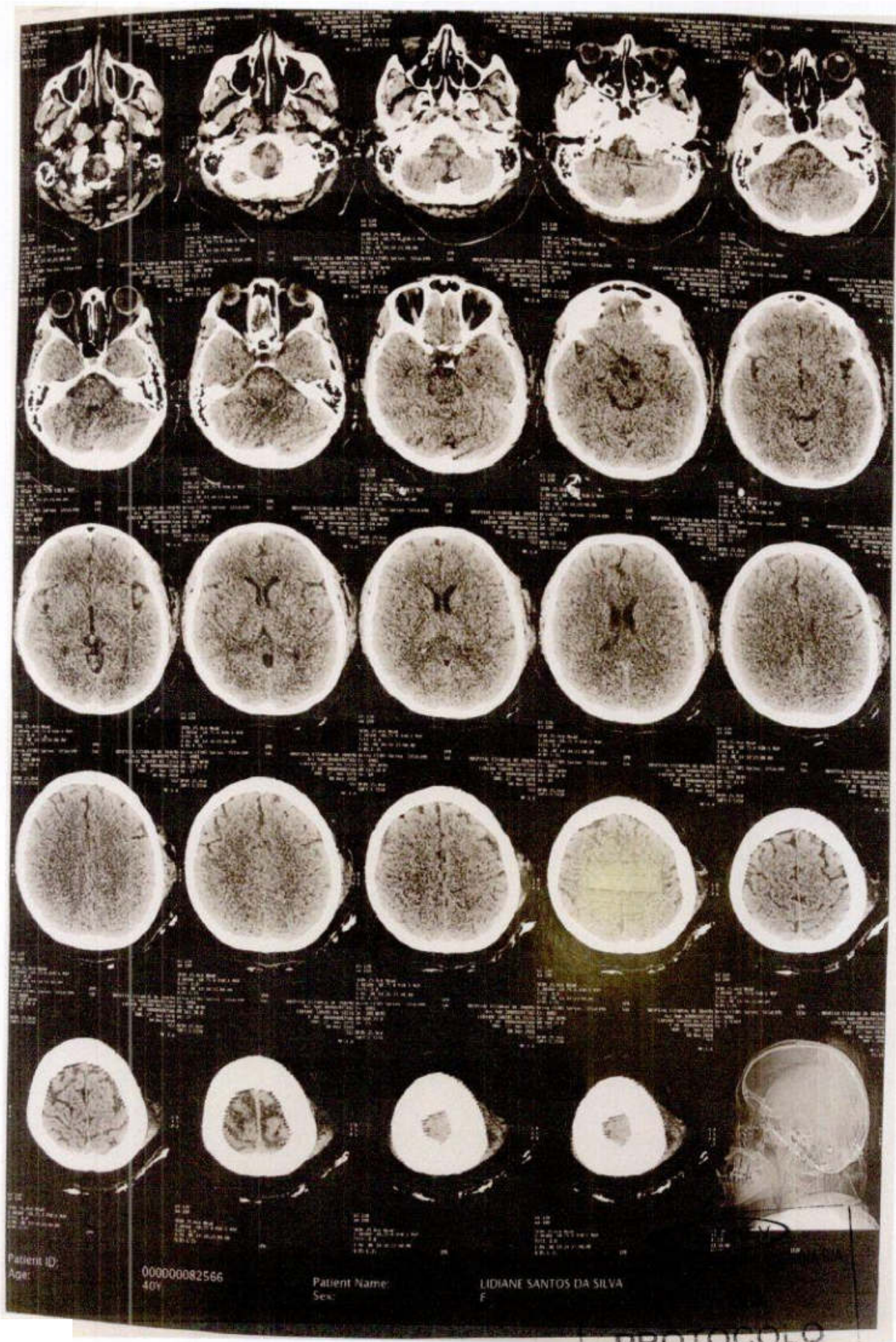
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

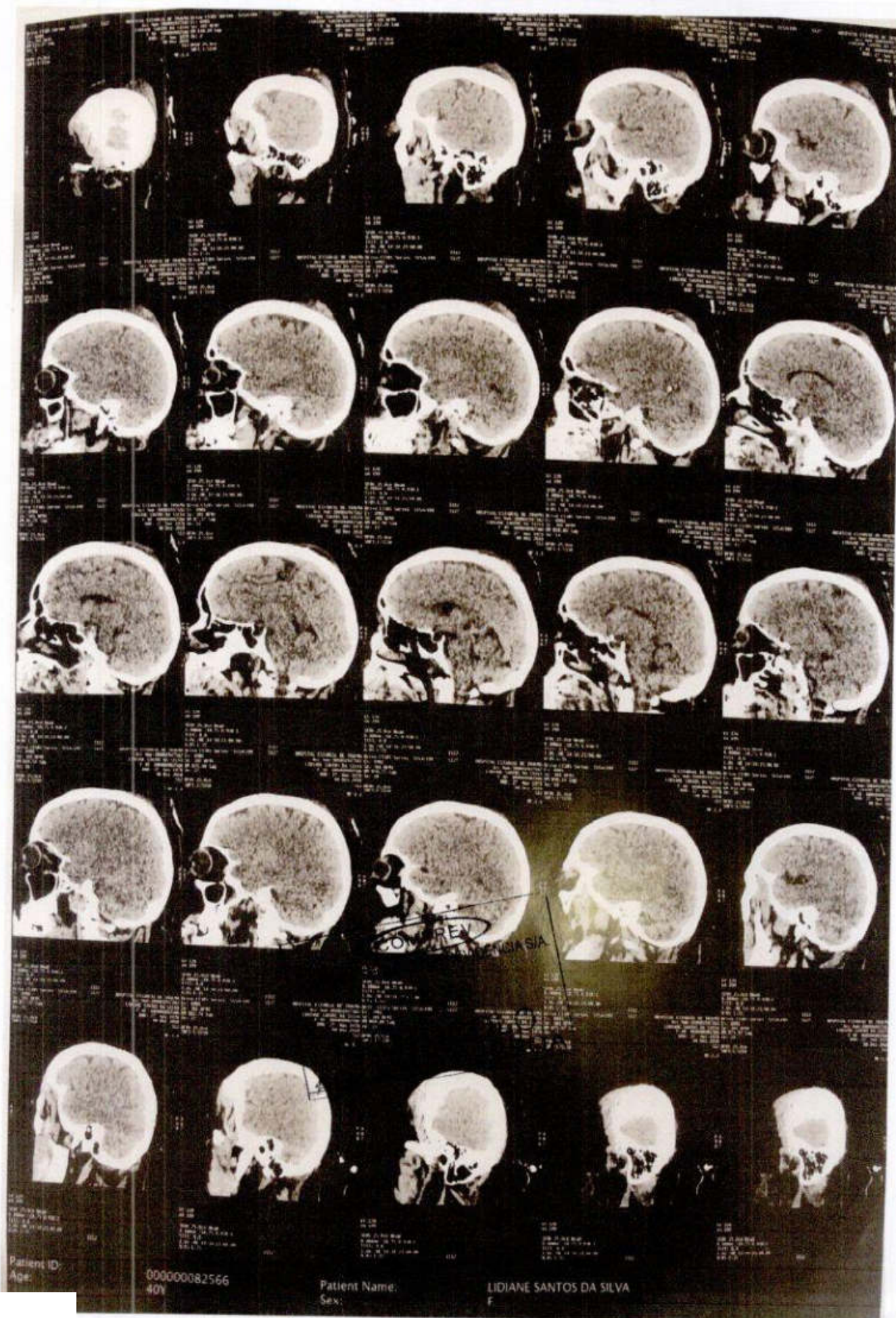


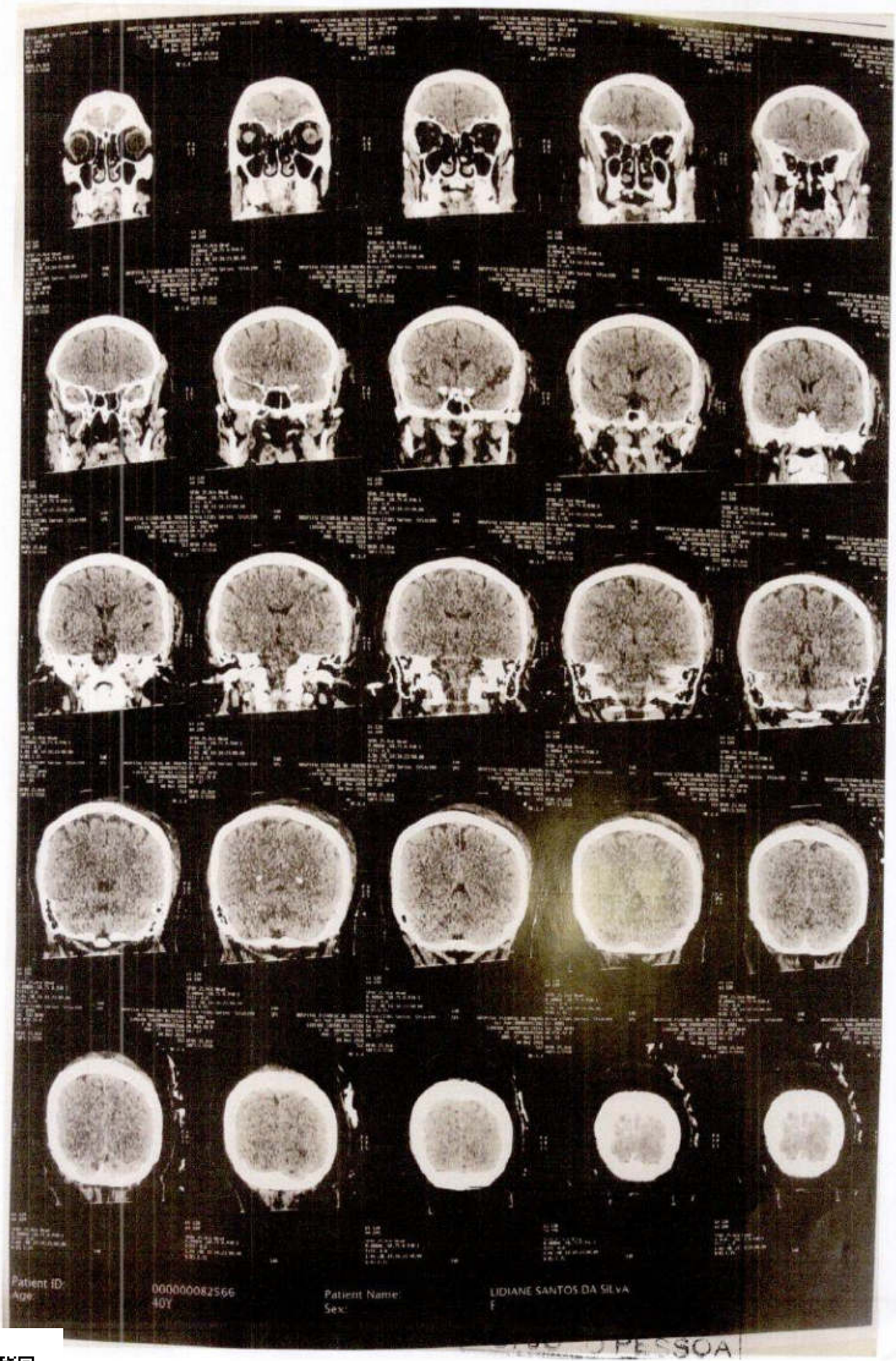
Este laudo foi liberado em 10/12/2018 19:25.

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



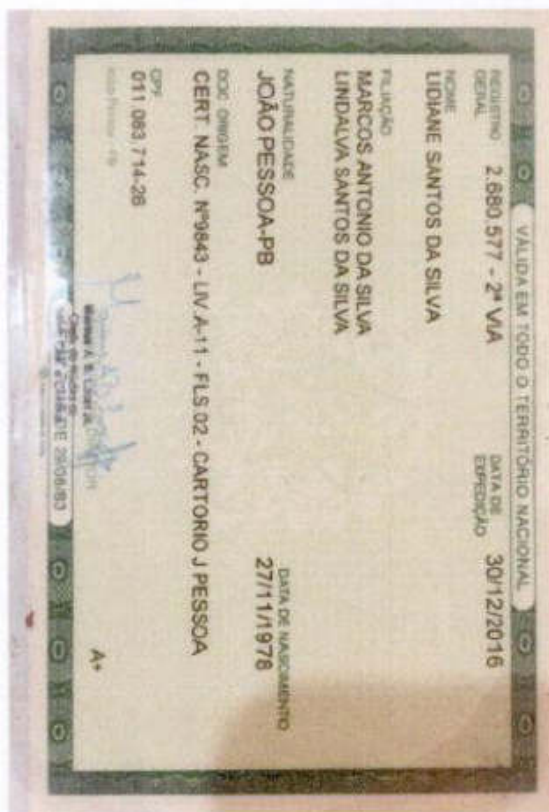








Scanned by CamScanner

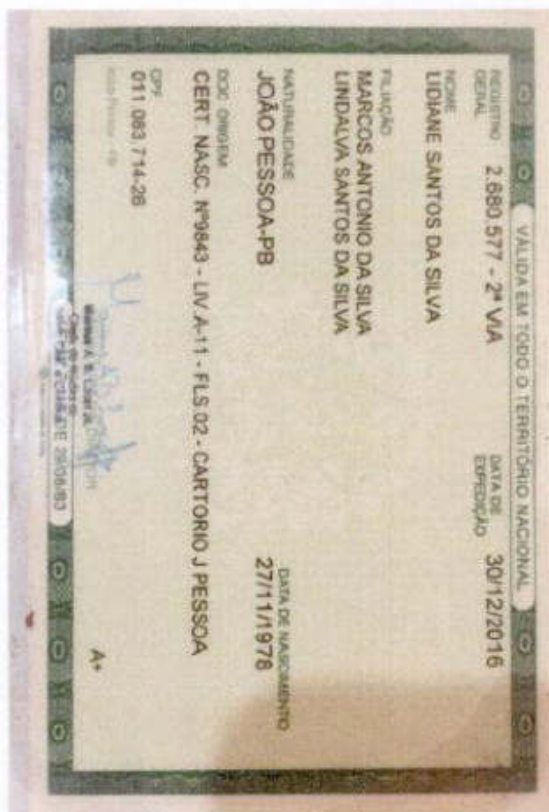


Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 20170000069544 EXERCÍCIO: 2017

0027434277-1 00/000000000 2017

NOME: JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ: 02060613400 PLACA: NQI6356/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 93YB3R7RHPJ654869

ESPÉCIE TIPO: PAS/AUTOMÓVEL/ COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: RENAULT/SANDERO EXP1016V ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2011

CAP/POT/CIL: 5 P/77 /CV CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAXA IPVA: PARCELAMENTO/COTAS: 2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 000000000 IOF (R\$): 000000000 PRÊMIO TOTAL (R\$): 000000000 DATA DE PAGAMENTO: 06/03/2017

OBSERVAÇÕES: A.F. BV FINANCEIRA S.A.

LOCAL: 15245 17158

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

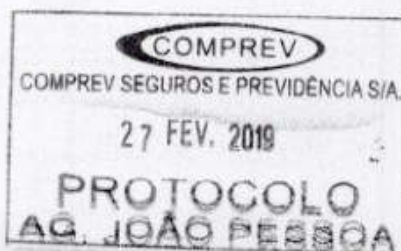
PARTICULAR AZUL

30/08/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

27/02/2019



CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 20170000069544 EXERCÍCIO: 2017

0027434277-3 00/000000000 2017

NOME: JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ: 02060613400 PLACA: NQI6356/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 93YB3R7RHPJ654869

ESPÉCIE TIPO: PAS/AUTOMÓVEL/ COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: RENAULT/SANDERO EXP1016V ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2011

CAP/POT/CIL: 5 P/77 /CV CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: AZUL

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAXA IPVA: PARCELAMENTO/COTAS: 2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 000000000 IOF (R\$): 000000000 PRÊMIO TOTAL (R\$): 000000000 DATA DE PAGAMENTO: 06/03/2017

OBSERVAÇÕES: A.F. BV FINANCEIRA S.A.

LOCAL: 15245 17158

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

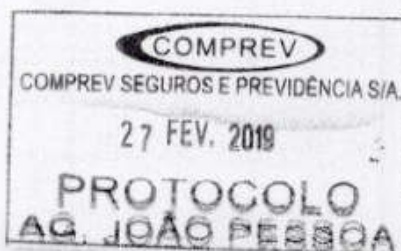
PARTICULAR AZUL

30/08/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA

27/02/2019



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: 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 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 08/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08099660420198152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LIDIANE SANTOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 9 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205121500000035991371>
Número do documento: 20121111205121500000035991371

Num. 37728292 - Pág. 2