



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	<u>Petição</u>	Petição
37728 290	11/12/2020 11:20	<u>2691285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37728 292	11/12/2020 11:20	<u>2691285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205030900000035991367>
Número do documento: 20121111205030900000035991367

Num. 37728288 - Pág. 1



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





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



Carta nº 14051395



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 2



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

Pag. 01943/01944 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14102905



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 3



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



00060215

Carta nº 14103671



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 4



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 indexar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LIDIANE SANTOS DA SILVA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000024602-1

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidade Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	033.083.734-26	Sôdiane Santos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	CPF:			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Relevo	Rua João Batista de Oliveira Mendes 227	58033-2555	Cidade: João Pessoa	
Bairro: Jardim São Paulo	Estado: PB	Tel. (DDD): (83) 98708-8728		
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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: 3487 CONTA: 24602 1
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa, 27/02/2019
Nome: <input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>

(*) Assinatura de quem assina A RODO
x Sôdiane Santos da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Aassinatura do Representante Legal (se houver)

Aassinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

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

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190216245
Nome do(a) Examinado(a): Lidiane Santos da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Damasceno Oliveira Mendes, 227
Jardim 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

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

(X) Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.

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

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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


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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 8



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, 5N, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

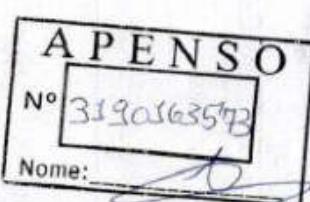


C E R T I D Ã O
223/2019

CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 223/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos vinte dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. Nayara Ferreira Felix da Costa, brasileiro, solteira, natural de São Paulo/SP, nascido aos 21/08/1998, filha de Antonio Felix da Costa e de Neide do Nascimento Ferreira, portadora da cédula de identidade nº 4 108 946 Seds.PB, CPF nº 078 950.914 - 84, residente (no) rua Professor Irácio Serrano de Andrade nº 175, conjunto 13 de maio, nesta capital, e notificou que, na manhã do dia 08 de dezembro do ano próximo passado, por volta das 11:00 horas aproximadamente, quando conduzia o veículo Sandeiro de placas NQI = 6356/PB, ano 2010, chassi nº 93YBSR7RHB7654669, 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.



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, 5N, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357



C E R T I D Ã O
223/2019

CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 223/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos vinte dias do mês de fevereiro, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, compareceu o Sr. Nayara Ferreira Felix da Costa, brasileiro, solteira, natural de São Paulo/SP, nascido aos 21/08/1998, filha de Antonio Felix da Costa e de Neide do Nascimento Ferreira, portadora da cédula de identidade nº 4 108 946 Seds.PB, CPF nº 078 950.914 - 84, residente (no) rua Professor Irácio Serrano de Andrade nº 175, conjunto 13 de maio, nesta capital, e notificou que, na manhã do dia 08 de dezembro do ano próximo passado, por volta das 11:00 horas aproximadamente, quando conduzia o veículo Sandeiro de placas NQI = 6356/PB, ano 2010, chassi nº 93YBSR7RHB7654669, 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.



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	Sôdiane Santos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	CPF:			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Relevo	Rua João Batista de Oliveira Mendes 227	58033-255	Casa	
Bairro:	Cidade:	Estado:		
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB		
E-mail:	(83) 98708-8728			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (1)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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

(*) Assinatura de quem assina A RODO
x Sôdiane Santos da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEB. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	033.083.734-26	Sôdiane Santos da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	CPF:			
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Relevo	Rua João Batista de Oliveira Mendes 227	58033-255	Casa	
Bairro:	Cidade:	Estado:		
Jardim São Paulo	João Pessoa	PB		
E-mail:	(83) 98708-8728			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (1)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: *João Pessoa, 27/02/2019*
 Nome: *Sôdiane Santos da Silva*
 CPF: *033.083.734-26*

(*) Assinatura de quem assina A RODO
x Sôdiane Santos da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Aassinatura do Representante Legal (se houver)

Aassinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

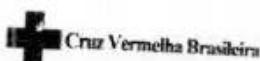
COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FEB. 2019

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1127962



Identificação do paciente

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

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 08/12/2018 12:38:38	Número da pulseira 100006926082	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	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 Peso 91 Temperatura 99.

Exames complementares

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

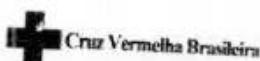
Boaunha ECG, consciente, radiada, exame este na região
frontal, solicitado exame para rotina, exames
Guardados da equipe de plantão, neguei os
Diagnóstico

Dorvaldo Batista
CORPO 518.112-ENF

Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	CD
Tempo 34seg.	

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1127962



Identificação do paciente

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

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 08/12/2018 12:38:38	Número da pulseira 100006926082	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	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 Peso 91 Temperatura 99.

Exames complementares

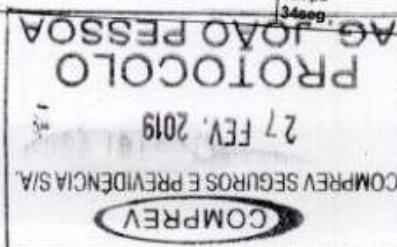
Raios X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos

Boaunha ECG, consciente, radiada, exame este na região
frontal, solicitado exame para rotina, exames
Guardados da equipe de plantão, neguei os
Diagnóstico

Dorvaldo Batista
CORPO 518.12-ENF

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir

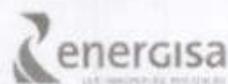


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.

Documento não é negotiável de conta.

Recuse para simples pagamento da conta. Consulte a sua energia online: N° 010.563.068



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 09.885.183/0001-48 - Insc. Est. 16.815.823-6

DADOS DO CLIENTE

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RUA JOÃO DAMASCENO OLIVEIRA MENDES 327

JOÃO PESSOA

58033-755 Jardim São Paulo

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/214738-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2019

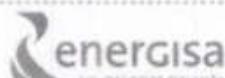
04/02/2019

131

11/02/2019

R\$ 123,49

Acesse: www.energisa.com.br



LIDIANE SANTOS DA SILVA

Roteiro: 02-005-038-0370

03660000001-9 23400149000-8 02147382919-5 02100005019-1



VENCIMENTO

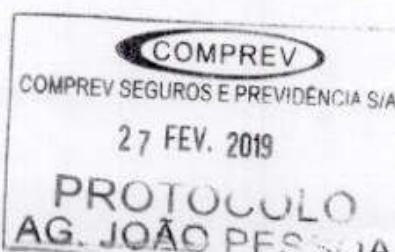
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

11/02/2019

R\$ 123,49

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=20121111205081200000035991369>

Número do documento: 20121111205081200000035991369

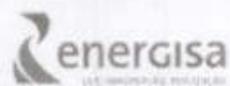
Num. 37728290 - Pág. 15

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.

Documento não é negotiável de conta.

Recuse para simples pagamento da conta. Consulte a sua energia online: N° 010.563.068



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 09.885.183/0001-48 - Insc. Est. 16.815.823-6

DADOS DO CLIENTE

LEIANE SANTOS DA SILVA

RUA JOÃO DAMASCENO OLIVEIRA MENDES 327

JOÃO PESSOA 58033-755 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



LEIANE SANTOS DA SILVA

Roteiro: 02-005-038-0370

03660000001-9 23400149000-8 02147382919-5 02100005019-1



VENCIMENTO

11/02/2019

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=20121111205081200000035991369>

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 16



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento. Imobilização em oito.

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

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento **COMPREV** destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGUNDO INSS, FERIADO DE TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

27 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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	Prontuário		
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 3131/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 12:55:50	

Anamnese

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

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código
R52.0

Descrição
Dor aguda

		COMPREV
		COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
		27 FEV. 2019
		PROTÓCOLO
		AG. JOAO PESSOA
		Lentesio Bragante de Araujo
		CRM 3131

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:38:12



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

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

AnamnesePACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 9 HORAS
QUEIXA-SE DE DOR NO OMBRO DIREITOAO EF: EDEMA (+/4+) NO OMBRO DIREITO, DOR + CREPITAÇÃO A 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****Conduta**

Em observação

LIDIANE SANTOS DA SILVA

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



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



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 19



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional 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:

GLASCOW 15

MOVIMENTAÇÃO ATIVA DE MEMBROS

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

FERIMENTO CORTO-CONTUSO EXTEÑO EM REGIÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA

-TC DE CRÂNIO:

AUSÊNCIA DE FRATURAS CRANIANAS
SEM COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS

-HD:

1- TCE LEVE

2- FERIMENTO CORTO-CONTUSO

-CD:

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

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CUIDADOS

OBSERVAÇÃO BA CONSCIENCIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FÉV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

#NCR

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

BOM ESTADO NEUROLOGICO NO MOMENTO.

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

TC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS

CD.

ALTA DA NEUROCIRURGIA

SUTURA PELA CIR GERAL + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

*Dr. Daniel Ronconi
CRM - PB 7423*

LIDIANE SANTOS DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAÍNA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:38:12

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=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 21



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa 2018-12-08 22:34:00.0
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 12d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL		Profissional 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

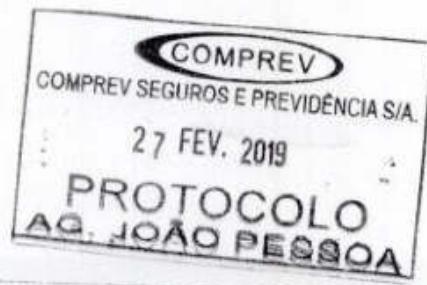
Conduta

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



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 22



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS
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 GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 15:10:20	

Anamnese

RETORNO COM EXAMES.

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

FAST NEGATIVO.

CD:

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

Conduta

Em observação

Dr. Geraldo Camilo Neto
CRM-PB 8089
CRM-PE 10000

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

LIDIANE SANTOS DA SILVA



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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescncao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=461210&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=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 23

Data: 08/12/18 15:28
Usuário: EMERSON
Bolema: **1127962**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
LIDIANE SANTOS DA SILVA	27/11/1978	40a 1d	FEMININO	1127962	08/12/2018 15:28:09
Motivo do Atendimento	Enfermava / Leito				

Convenio
SUS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos.	Apazigramento
1 DIETA ZERO	0,0			NENHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1500,0	ML		E.V.			24H
3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			
4 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			6/6H
5 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%	100,0	ML		E.V.			
6 OBS: Futuro nome							
7 OBSERVACAO DA CONSCIENCIA	0,0						

Matrícula	Data da entrada	Data da Internação	Permanência na 2h 50min	Senha	Permanência no
	08/12/2018 12:38:38				

Bem presso para -
Dr. EMERSON MAGNO SENADOR
Dr. NEUROCIURGIO
CRM: 6215

Assinatura e Cârtulo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
27 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Data de 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº Prontuário 11279962	Data Prescrição 08/12/2018 12:55:50
Convenio SUS	E. Internaria / 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
1. DIETA ZERO	0.0		NENHUMA		Quente
2. SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML)	1500,0	ML	E.V.	24H	9 3 5.
3. SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML	E.V.	24H	10 2
4. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	6/6H	13
Diluir em: Solução Fisiológica 0,9% 2ML	10,0	ML			
5. ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	0,0	ML	E.V.	8/8H	13
Diluir em: Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML			
6. TETANO GAMMA	1,0	UJ	INTRAMUSCUL	AGORA	F
			AR		

Data da entrada:
08/12/2018 12:38:38

Data da Internação:
08/12/2018 12:38:38

Permanência na:
18min

Permanência no:
Senha

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional
Lenisio Bragante de Araujo
CRM 3131
LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
CRM: 3131

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





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de 27/11/1978			Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº 1127962	Data Prescrição
DIANE SANTOS DA SILVA	Enfermaria / Leito						08/12/2018 20:11:29
Motivo do Aendimento							
Convenio							
SUS							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Aprazamento

SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

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

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 166843

Reimpresso por: "
dia: -"

Assinatura e Carimbo do Profissional

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Idade 40A 11D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1127962	Data de Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Internação 15min
Convênio SUS	Leito	Permanência na Unidade Permanência no Leito
Parecer médico Especialidade NEURO CIRURGIA Motivo da solicitação TCE Parecer		
Profissional		

*Lidiane Santos da Silva
CRM 3131*





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	17min
Convênio	Leito	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL

— Parecer médico —

Especialidade	Profissional
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	
TRAUMA OMBRO DIREITO	
Parecer	

Lentilho Freguia da Est. 100
CRM 3131





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 20:11:29

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA DIREITA
(APÓS TIPO/A)

RAIOS-X	
TIPO	08 / 12 / 08
DATA	21 : 55
HORA	12:55
NOME TEC. RAD.	
ASS.	

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

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

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

O protocolo consta número e data de emissão. O documento encontra-se





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

EXAME DE IMAGEM

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

RAIOS-X	
TIPO ...	08/12/18
DATA ...	13:45
HORA ...	13:45
Assinatura:	
Suelio Moreira Torres	
Assinatura:	
Elaine	
Assinatura:	
UB 12 18	

ULTRASSONOGRAFIA	
TIPO ...	FAST
DATA ...	08/12/2018
HORA ...	13:45
NAME ENF. ...	Rebeca
ASS. ...	

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

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher colunas suspensas para registro e informar as diretrizes clínicas





Atendimento: 201831758787

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Data Exame: 08/12/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL(FAST)

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

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

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

Obs.:

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

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



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

A handwritten signature in black ink.

Dr. Carlos Ferreira Neto II
CRM: 5962 - PB



Atendimento: 201831758787

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Exame: 08/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

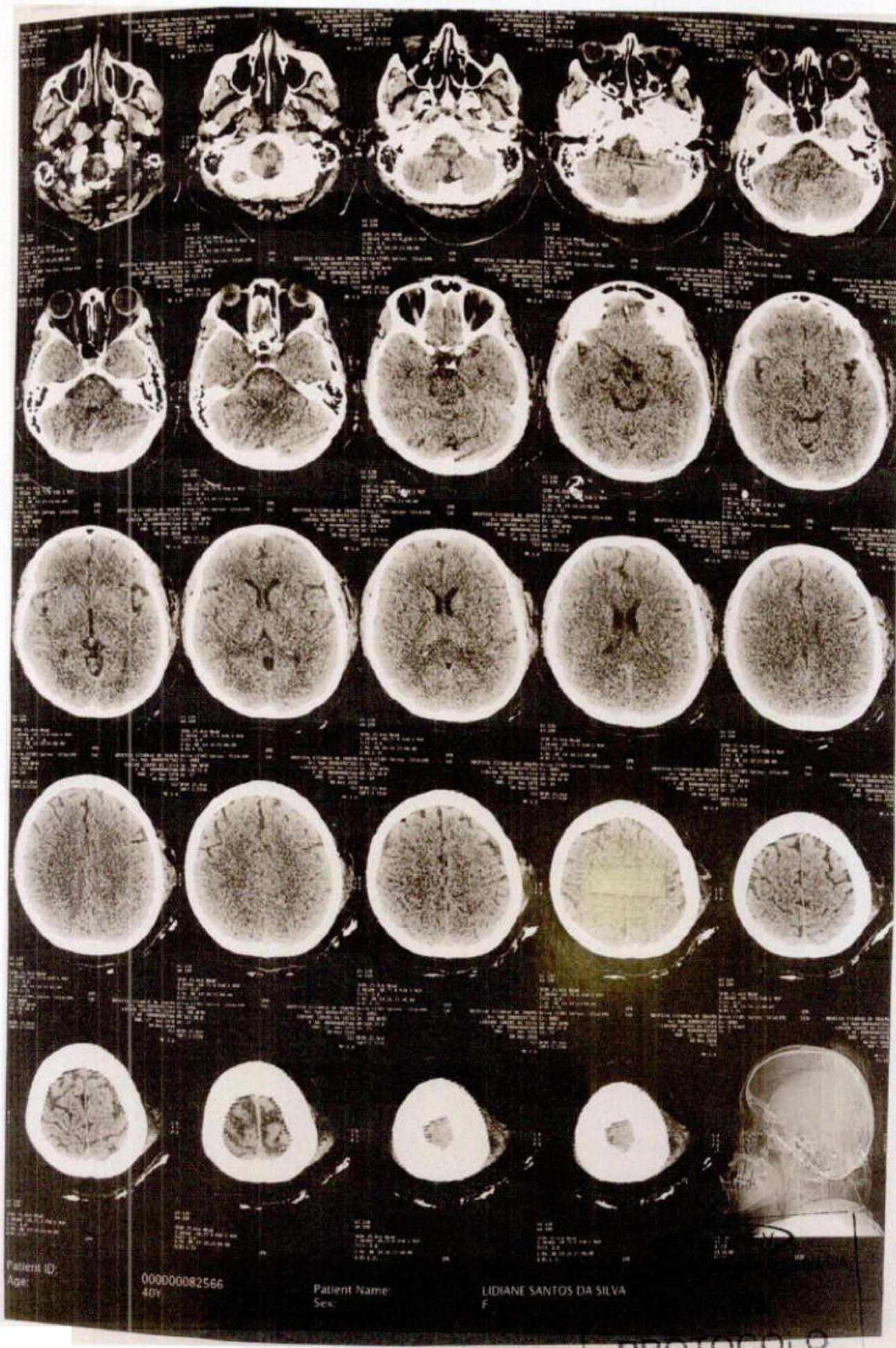
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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

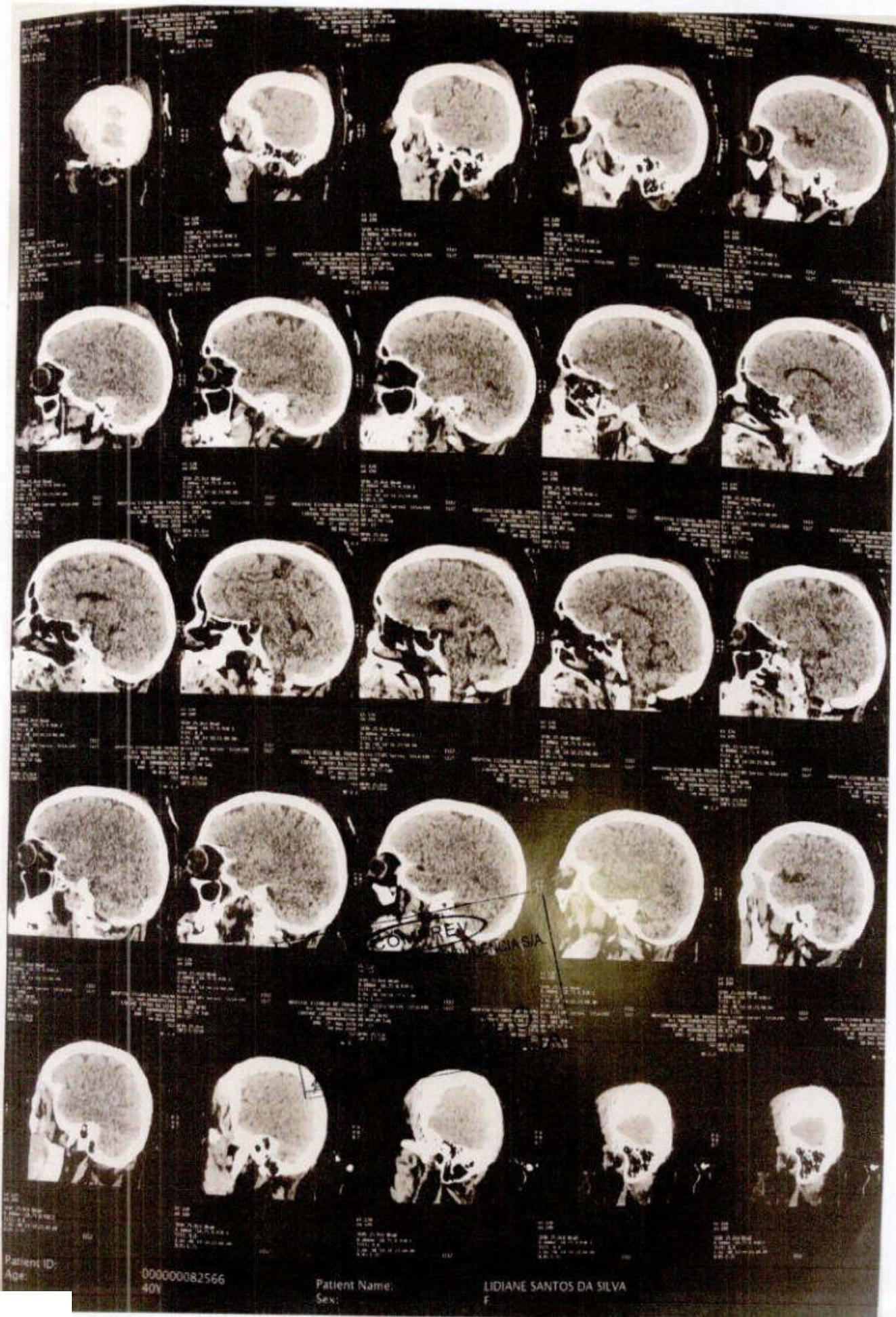
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 33



Patient ID:

Age:

00000082566
40Y

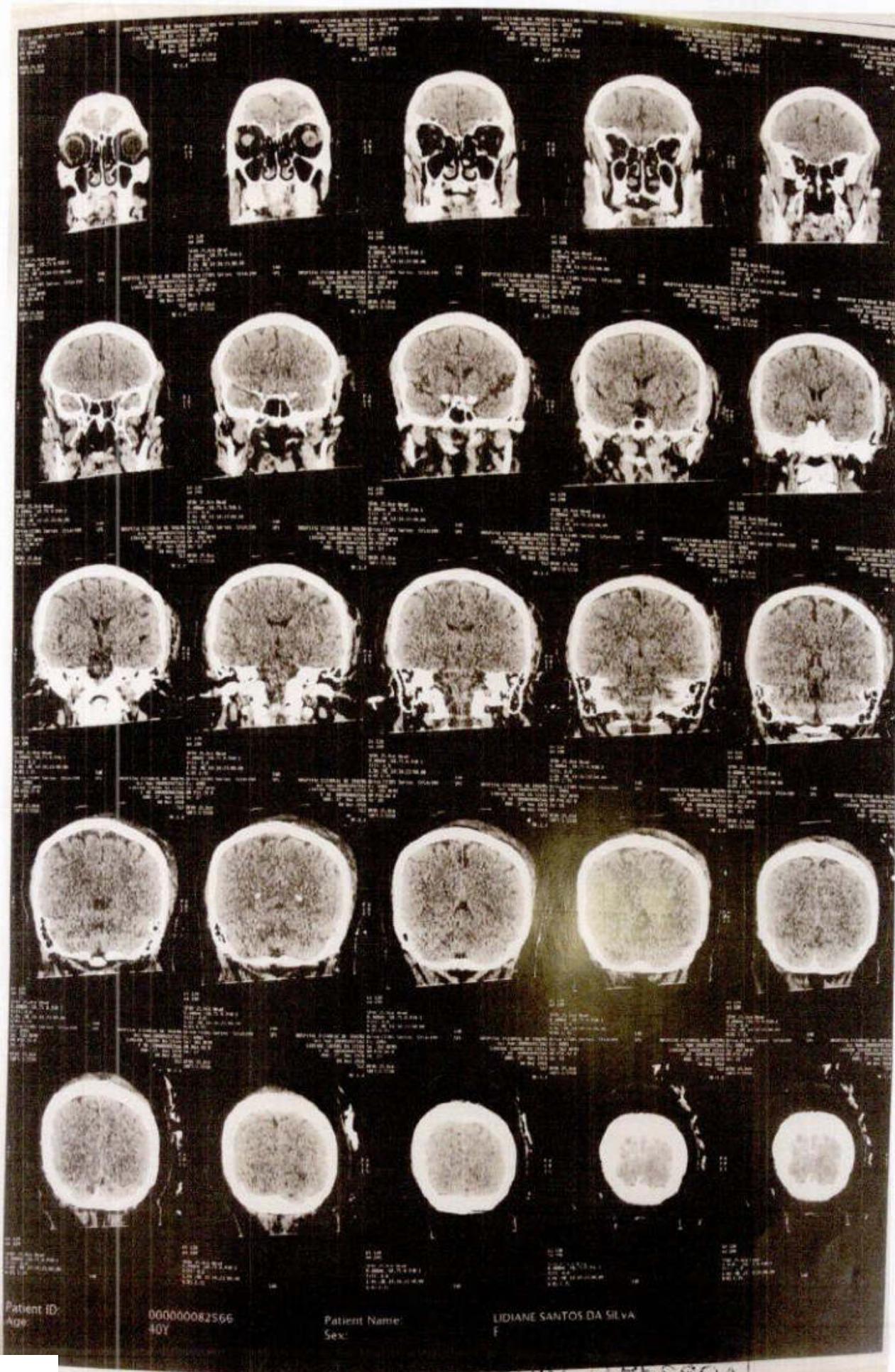
Patient Name:
Sex:

LIDIANE SANTOS DA SILVA
F.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 34



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

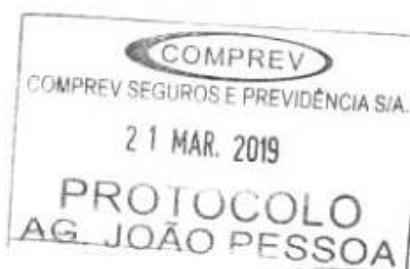
D

10 cm

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
Ac. Nb: 300001948442
Acq. 08/12/2018
Acq. 21.56 38 000187

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

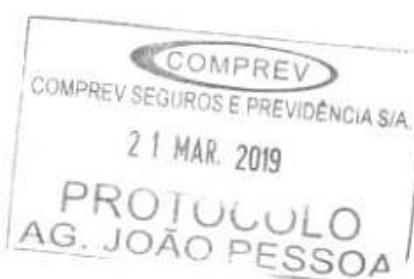
10 cm



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
Ac. Nb. 300001947155
Acq. 08/12/2018
Acq. 14:18:27.000772

Frame: [1003] 3 / 5
Zoom: 25,5%
Window/Level: 1.023/511
CR (1770x2370)

Series Nb. 1001



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 37



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento. Imobilização em oito.

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

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento **COMPREV** destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, COMPREV SEGUNDO INSS, FERIADO DE TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

27 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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	Prontuário		
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	Nº Cons. Regional 3131/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 12:55:50	

Anamnese

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

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código R52.0	Descrição Dor aguda	27 FEV. 2019	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
		PROTÓCOLO AG. JOAO PESSOA	

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:38:12

Lenisio Bragante de Araujo

CRM 3131



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

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

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

AO EF: EDEMA (+/4+) NO OMBRO DIREITO, DOR + CREPITAÇÃO A 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-PE 15589
DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)



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



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 40



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA			
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional 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:

GLASCOW 15

MOVIMENTAÇÃO ATIVA DE MEMBROS

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

FERIMENTO CORTO-CONTUSO EXTEÑO EM REGIÃO FRONTOTEMPORAL ESQUERDA

-TC DE CRÂNIO:

AUSÊNCIA DE FRATURAS CRANIANAS
SEM COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS

-HD:

1- TCE LEVE

2- FERIMENTO CORTO-CONTUSO

-CD:

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

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

CUIDADOS

OBSERVAÇÃO BA CONSCIENCIA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 FÉV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS
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 DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 19:38:39	

Anamnese

#NCR

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO.

BOM ESTADO NEUROLOGICO NO MOMENTO.

AO EXAME

GLASGOW 15

SEM DEFICITS MOTORES

TC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS

CD.

ALTA DA NEUROCIRURGIA

SUTURA PELA CIR GERAL + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

*Dr. Daniel Ronconi
CRM - PB 7423*

LIDIANE SANTOS DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAÍNA DA COSTA GAMA em 08/12/2018 12:38:12

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=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 42



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

CNES: 6121221

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA		BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa 2018-12-08 22:34:00.0
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 12d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988093017
Mãe LINDALVA SANTOS DA SILVA				
Endereço SEBASTIÃO AVELINO DA ROCHA, 227	Bairro JARDIM SÃO PAULO		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL		Profissional 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



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 43



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LIDIANE SANTOS DA SILVA	BAE 1127962	Data/Hora Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Baixa
Data de nascimento 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo Feminino	CNS
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 GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 08/12/2018 12:38:38		Data/Hora Prescrição 08/12/2018 15:10:20	

Anamnese

RETORNO COM EXAMES.

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

FAST NEGATIVO.

CD:

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

Conduta

Em observação

Dr. Geraldo Camilo Neto
CRM-PB 8089
CRM-PE 10000

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

LIDIANE SANTOS DA SILVA



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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescncao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=461210&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=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 44

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de 27/11/1978 Enfermaria / Leito			Idade 40a 1d	Sexo FEMININO	Nº 1127962	Nº Prontuário	Data Prescrição 08/12/2018 15:28:09
Convenio				Matrícula	Validade da Prescrição 08/12/2018 15:28:00 - 09/12/2018 15:28:00			
SUS								

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

Bem preso por -
Dr. EMERSON MAGNO SENADOR
CRM: 6215

Assinatura e Cântimo do Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIASA.
27 FEV. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EMERSON MAGNO FERNANDES DE
CRM: 6215





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Data de 27/11/1978	Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº Prontuário 11279962	Data Prescrição 08/12/2018 12:55:50
Convenio SUS	E. Internaria / 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
1. DIETA ZERO	0.0		NENHUMA		Quente
2. SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML)	1500,0	ML	E.V.	24H	9 3 5.
3. SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML	E.V.	24H	10 2
4. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.	6/6H	13
Diluir em: Solução Fisiológica 0,9% 2ML	10,0	ML			
5. ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	0,0	ML	E.V.	8/8H	13
Diluir em: Solução Fisiológica 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML			
6. TETANO GAMMA	1,0	UJ	INTRAMUSCUL	AGORA	F
			AR		

Data da entrada:
08/12/2018 12:38:38

Data da Internação:
08/12/2018 12:38:38

Permanência na:
18min

Permanência no:
Senha

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional
Lenisio Bragante de Araujo
CRM 3131
LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
CRM: 3131

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





Câmara Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasil eira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de 27/11/1978			Idade 40a 11d	Sexo FEMININO	Nº 1127962	Data Prescrição
DIANE SANTOS DA SILVA	Enfermaria / Leito						08/12/2018 20:11:29
Motivo do Aendimento							
Convenio							
SUS							
Matrícula							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Aprazamento

Reimpresso por:	“
dia:	“

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

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 166843

Assinatura e Carimbo do Profissional

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome LIDIANE SANTOS DA SILVA	Idade 40A 11D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1127962	Data de Entrada 08/12/2018 12:38:38	Data Internação 15min
Convênio SUS	Leito	Permanência na Unidade Permanência no Leito
Parecer médico Especialidade NEURO CIRURGIA Motivo da solicitação TCE Parecer		
Profissional		

*Lidiane Santos da Silva
CRM 3131*





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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	17min
Convênio	Leito	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL

— Parecer médico —

Especialidade

ORTOPEDIA

Motivo da solicitação

TRAUMA OMBRO DIREITO

Parecer

Profissional

Lentilho Freguia da Ilha 13310
CRM 3131





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

Data Prescrição:
08/12/2018 20:11:29

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

RAIOS-X	
TIPO	08 / 12 / 10
DATA	21 : 55
HORA	1
NOME TEC. RAD.	
ASS.	

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

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

Reimpresso por: -
dia: -

Assinatura e Carimbo do Profissional

É proibido copiar, reproduzir, armazenar e/ou transmitir, total ou parcialmente, este documento, sem a devida





REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

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

EXAME DE IMAGEM

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

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

ULTRASSONOGRAFIA
TIPO ... FAST
DATA ... 08 / 12 / 18
HORA ... 13 : 45
NOME ENF. ...
ASS. ...
Paciente com catar

RAIOS-X
TIPO ... CR
DATA ... 08 / 12 / 18
HORA ... 13 : 45
NOME TEC. RAD. ...
ASS. ...
Paciente com catar

Assinatura e Carimbo do Profissional
1) preencher colunas suspensas para registro e informar as diretrizes clínicas



Atendimento: 201831758787

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Data Exame: 08/12/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL(FAST)

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

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

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

Obs.:

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

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



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

A handwritten signature in black ink.

Dr. Carlos Ferreira Neto II
CRM: 5962 - PB



Atendimento: 201831758787

Data Nasc: 27/11/1978 - 40 anos

Paciente: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Data Exame: 08/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

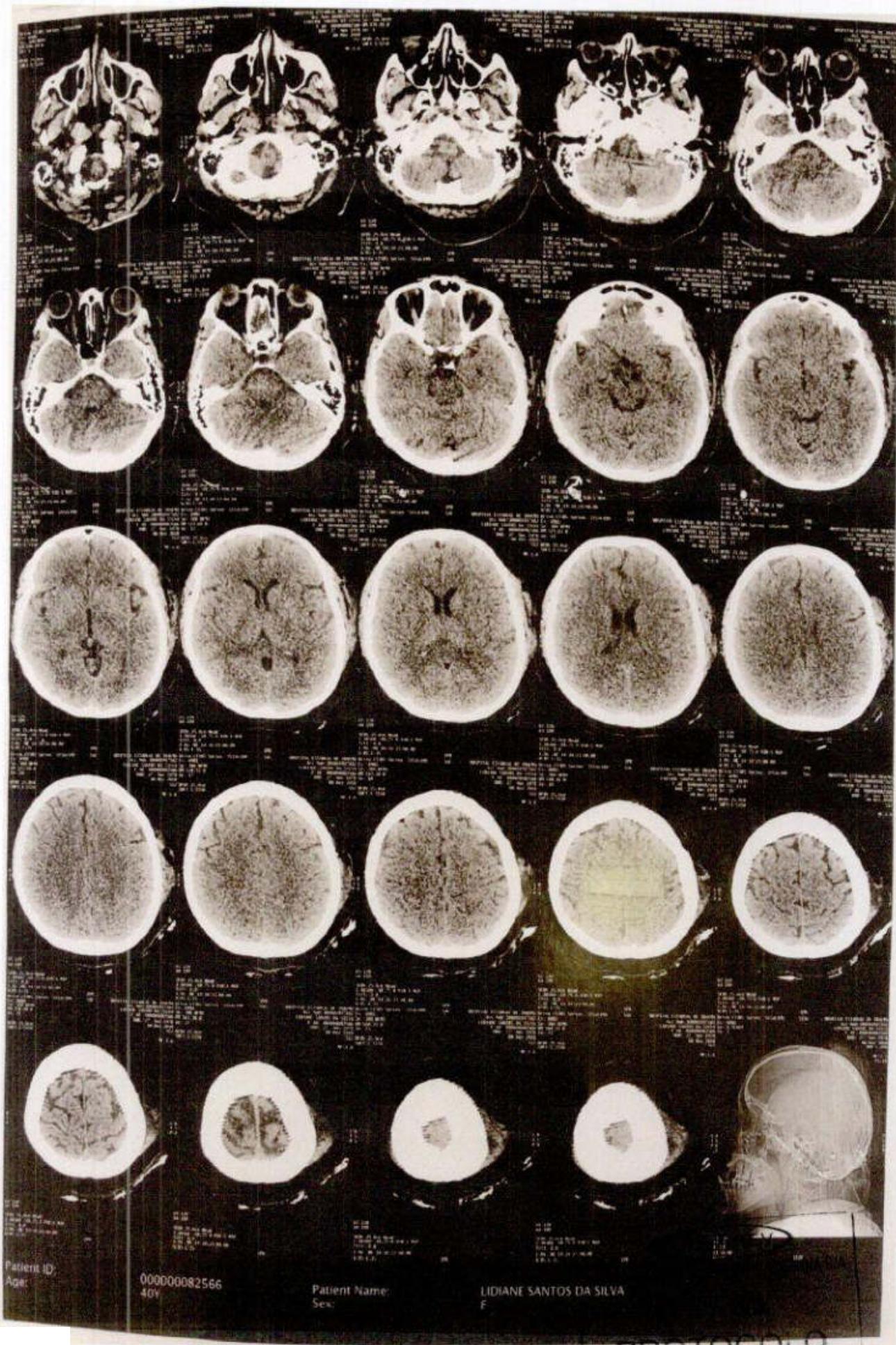
Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

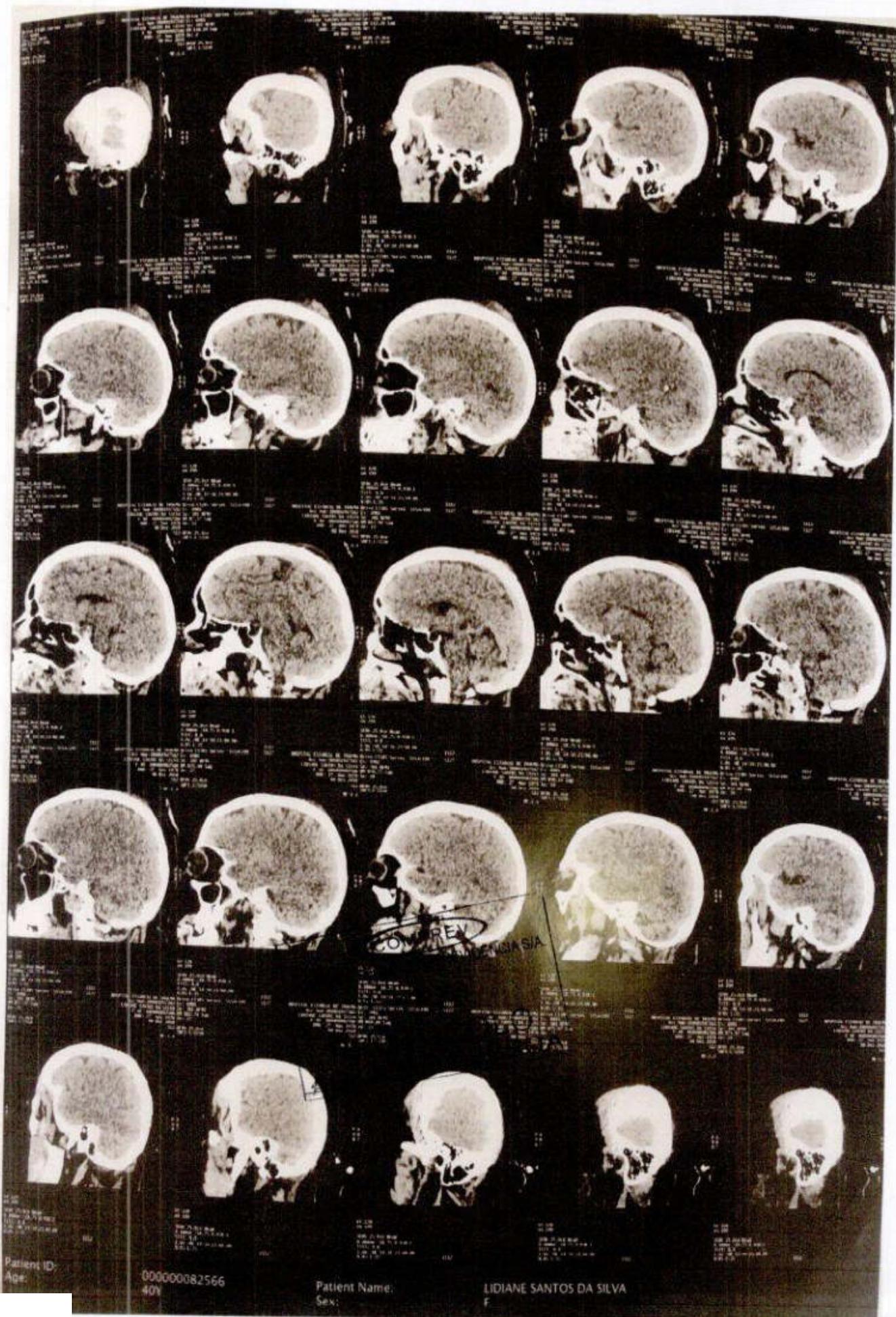
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

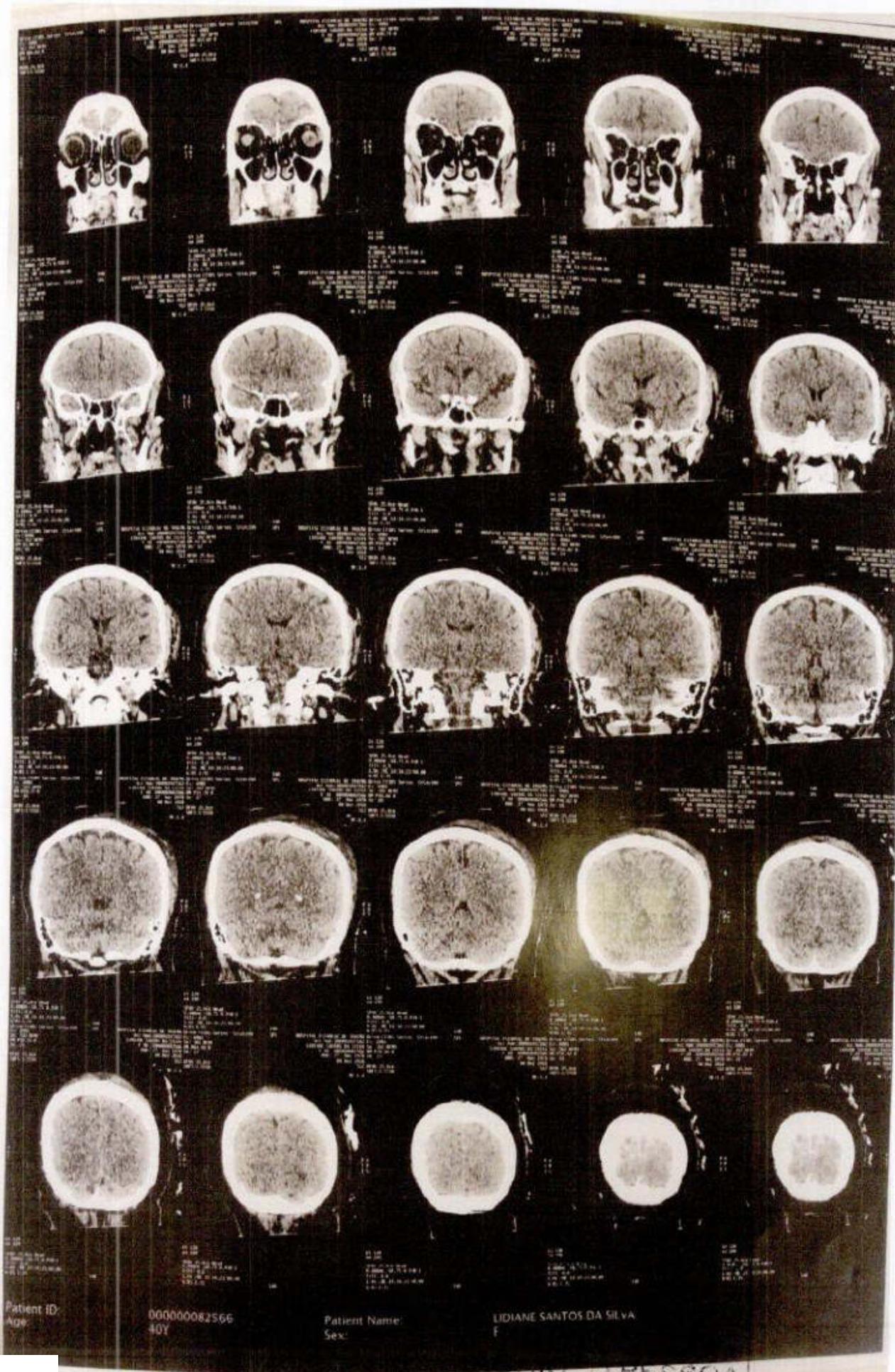
Volumosa lesão contusocortante na região do couro cabeludo frontoparietal esquerda com hematoma subgaleal associado.

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









Patient ID:
Age:

000000082566
40Y

Patient Name:
Sex:

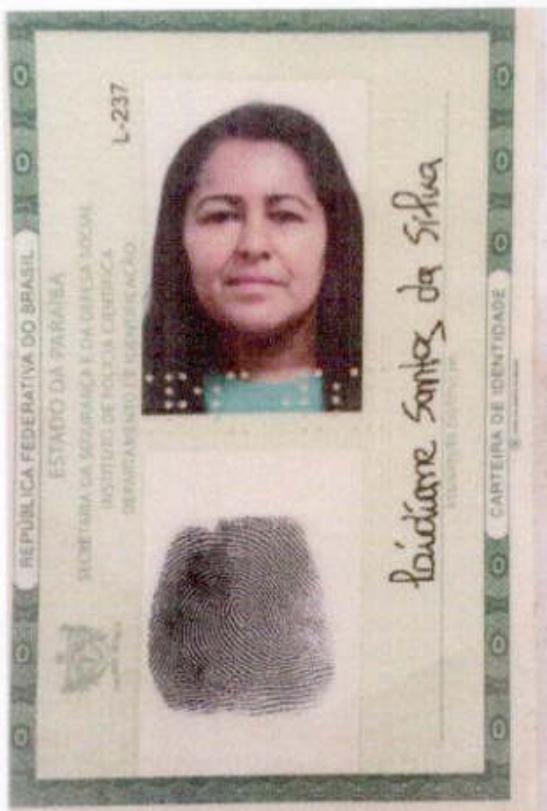
LIDIANE SANTOS DA SILVA
F

PESSOA

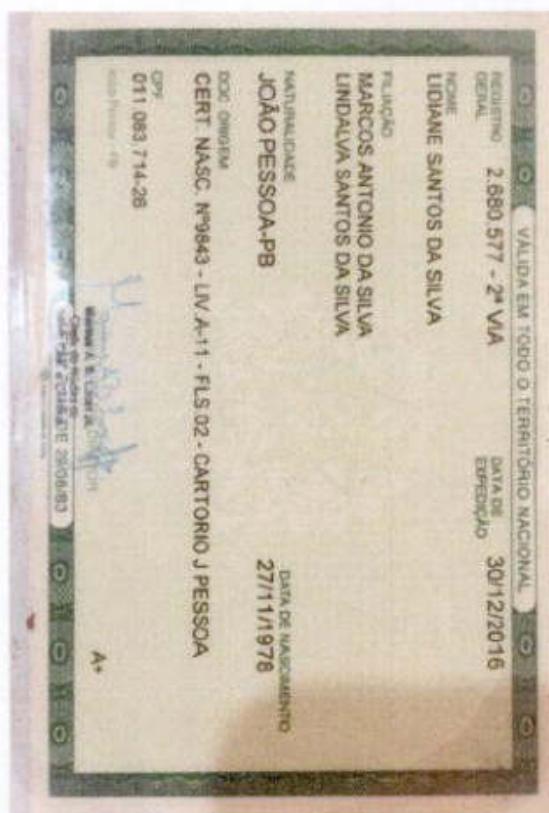


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111120508120000035991369>
Número do documento: 2012111120508120000035991369

Num. 37728290 - Pág. 56



Scanned by CamScanner

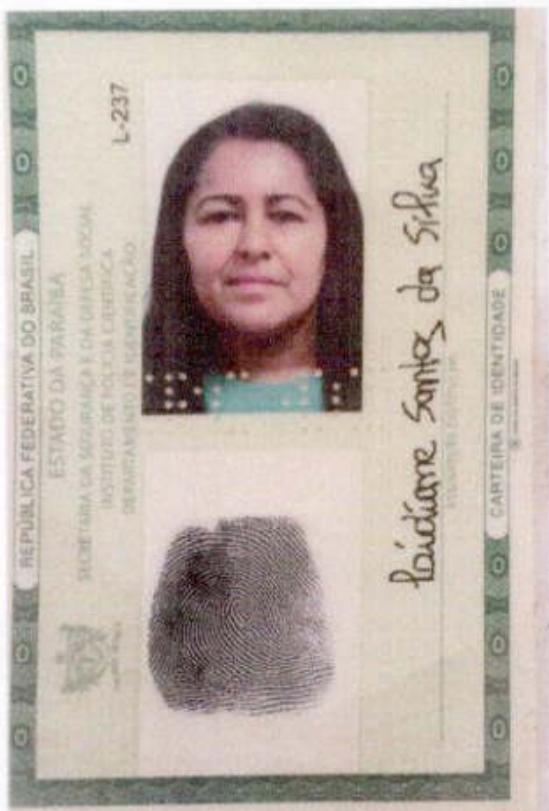


Scanned by CamScanner

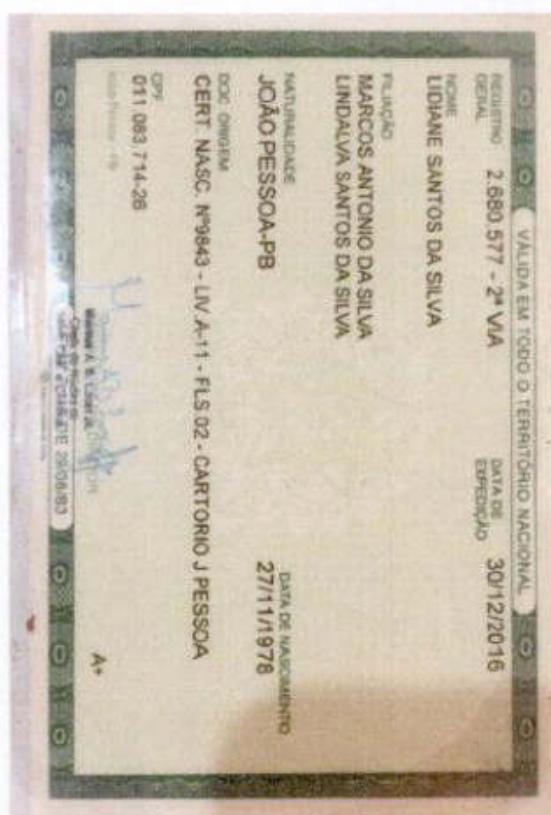


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 57



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 58

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

PLACA: COD. RENAVAM: DT: 2017-06-069544 EXERCÍCIO:
0027434772-1 10/00000000 2017
NOME:

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ:

02060613400

PLACA:

NQI6356/PB

PLACA ANT/UF:

NOVO

DR

93YBGR7PJA654669

CHASSI:

ESPECIE TIPO:

PAS/AUTOMÓVEL/

COMBUSTIVEL:

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO:

RENAULT/SANDERO EXP1016V

ANO FAB:

2010

ANO MOD:

2011

CAP/POT/CIL:

1.5 P/77

/CV

CATEGORIA:

PARTIC

COR PREDOMINANTE:

AZUL

COTA UNICA:

VENC. COTA UNICA:

VENC/COTAS:

IPVA

IPVA PAGO EM:

00/00/0000

1º

VIA

FAIXA IPVA:

PARCELAMENTO/COTAS

2º

A

XXXXXX

3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$):

ICF (R\$):

PRÉMIO TOTAL (R\$):

DATA DE PAGAMENTO:

XXXXXX

XXXXXX

SEGURO PAGO

06/03/2011

OBSERVAÇÕES:

A.P BV FINANCIERA S.A.

SACADO AUTOMOTIVO

LOGO PESSOA:

LOCAL:



VALIDA



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 59

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
			NQI6356
			2017

			Imprimir Consulta
PASSA / AUTOMOVEL	NQI6356	Último Licenciamento: 2017	
RENAULT/SANDERO	ALCO/GASOL	Proprietário: *****	
EXP1016V	2010 2011	Placa: NQI6356	
	PARTICULAR AZUL	Combustível: ALCO/GASOL	
	30/08/2019	Marca/Modelo: RENAULT/SANDERO EXP1016V	
ALIENACAO FIDUCIARIA		Espécie/Tipo: PASSA / AUTOMOVEL	
JOAO PESSOA	27/02/2019	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	



CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO

PLACA: COD. RENAVAM: DT: 2017-06-069544 EXERCÍCIO:
0027434772-1 10/00000000 2017
NOME:

JOZELIA TEIXEIRA DE VASCONCELOS

CPF/CNPJ:

02060613400

PLACA:

NQI6356/PB

PLACA ANT/UF:

NOVO

DR

93YBGR7PJA654669

CHASSI:

ESPECIE TIPO:

PAS/AUTOMÓVEL/

COMBUSTIVEL:

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO:

RENAULT/SANDERO EXP1016V

ANO FAB:

2010

ANO MOD:

2011

CAP/POT/CIL:

1.5 P/77

/CV

CATEGORIA:

PARTIC

COR PREDOMINANTE:

AZUL

COTA UNICA:

VENC. COTA UNICA:

VENC/COTAS:

IPVA

IPVA PAGO EM:

00/00/0000

1º

VIA

FAIXA IPVA:

PARCELAMENTO/COTAS

2º

A

XXXXXX

3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$):

ICF (R\$):

PRÉMIO TOTAL (R\$):

DATA DE PAGAMENTO:

XXXXXX

XXXXXX

SEGURO PAGO

06/03/2011

OBSERVAÇÕES:

A.P BV FINANCIERA S.A.

LAD V AUTO PES

LGAQ PESSOA

VOCAL



VALOR:



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369

Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 61

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
			NQI6356
			2017

			Imprimir Consulta
PASSA / AUTOMOVEL	NQI6356	Último Licenciamento: 2017	
RENAULT/SANDERO	ALCO/GASOL	Proprietário: *****	
EXP1016V	2010 2011	Placa: NQI6356	
	PARTICULAR AZUL	Combustível: ALCO/GASOL	
	30/08/2019	Marca/Modelo: RENAULT/SANDERO EXP1016V	
ALIENACAO FIDUCIARIA		Espécie/Tipo: PASSA / AUTOMOVEL	
JOAO PESSOA	27/02/2019	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	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FERIMENTO DO COURO CABELUDO.

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

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA
FERIMENTO DO COURO CABELUDO.

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

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM DEFORMIDADE, HIPOTROFIA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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 TERAPÉUTICA.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA : 011.083.714-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 68

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071927/19

Vítima: LIDIANE SANTOS DA SILVA

CPF: 011.083.714-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: LIDIANE SANTOS DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA : 011.083.714-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LIDIANE SANTOS DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:20:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111205081200000035991369>
Número do documento: 20121111205081200000035991369

Num. 37728290 - Pág. 69



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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 subscreve, 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 Inválidez 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.joaoarbosaadvass.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. 1

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