



Número: **0808607-37.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **23/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAYSSA KESSIA BORGES GOMES (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31153162	01/06/2020 12:12	2722513_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016221/19

Número do Sinistro: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

CPF: 119.603.464-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 11/04/2019
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



**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: **3190034976**

Nome do(a) Examinado(a): **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R ANTONIO FELIX, 1343 - VITORIA - Patos - PB - CEP 58706-110

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4116537**

Data e local do acidente: [**22/08/2018**] **PATOS PB**

Data e local do exame: [**26/04/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, EDEMA (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

III. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/08/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO, E SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA FÍBULA DIREITA, A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2018 PARA ENXERTIA DE COBERTURA DE PELE COM ENXERTO RETIRADO DA COXA DIREITA, RECEBEU ALTA APÓS PERÍODO TOTAL DE 21 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30° DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15° DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5° EDEMA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

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

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

☐ "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB





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, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00525/00526 - carta_03 - INVALIDEZ

00050263



Carta nº 13827110





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, 17 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

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 13827990

Pag. 00603/00604 - 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, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **000001002815-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

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. 01739/01740 - carta_02 - INVALIDEZ

00040870



Carta nº 14227480





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, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

Data do Acidente: 22/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

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\$ 1.856,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 55%

% Invalidez Permanente DPVAT: (55% de 25%) 13,75%

Valor a indenizar: 13,75% x 13.500,00 = R\$ 1.856,25

Recebedor: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

Valor: **R\$ 1.856,25**

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **000001002815-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES); ☒ INVALIDEZ PERMANENTE; ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **119.603.464-82** Nome cadastrado da vítima: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA ANUAL NA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES** CPF: **119.603.464-82**

Profissão: **PEIXEIRO** Endereço: **RUA ANTONIO FLUX** Número: **1343** Complemento: **CASA**

Bairro: **VITÓRIA** Cidade: **PAROÍ** Estado: **PE** CEP: **55198-310**

E-mail: **YANENASOPINATE@GMAIL.COM** Tel.(DDD): **(81)99931-7293**

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

DADOS CADASTRAIS:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ R\$20.001,00 ATÉ R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 ATÉ R\$30.000,00 ☐ R\$30.001,00 ATÉ R\$35.000,00 ☐ R\$35.001,00 ATÉ R\$40.000,00 ☐ R\$40.001,00 ATÉ R\$45.000,00 ☐ R\$45.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$55.000,00 ☐ R\$55.001,00 ATÉ R\$60.000,00 ☐ R\$60.001,00 ATÉ R\$65.000,00 ☐ R\$65.001,00 ATÉ R\$70.000,00 ☐ R\$70.001,00 ATÉ R\$75.000,00 ☐ R\$75.001,00 ATÉ R\$80.000,00 ☐ R\$80.001,00 ATÉ R\$85.000,00 ☐ R\$85.001,00 ATÉ R\$90.000,00 ☐ R\$90.001,00 ATÉ R\$95.000,00 ☐ R\$95.001,00 ATÉ R\$100.000,00 ☐ ACIMA DE R\$100.000,00

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

☐ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Banco do Brasil ☐ Itaú ☐ Banco Bradesco ☐ Caixa Econômica Federal

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **0563** **6** CONTA: **1002815** **9**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação 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 do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE BANCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data de Cópia da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Filhos: _____ Vítima deixou esposa/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **PAROÍ, 06 de novembro de 2018.**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina ANEXO

Rayssa Kessia Borges Gomes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

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

1 V051/2018

15 JAN 2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 4839/2018

Ao **SEXTO (06)** dia do mês de **NOVEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, **MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 15h42min compareceu: **RAYSSA KESSIA BORGES GOMES**, brasileira, RG 411653/SSDS/PB, CPF 119.603.464-82, solteira, estudante, natural de Patos/PB, data de nasc. 20/02/1999, filho (a) de Rogério Costa Gomes e de Ana Célia Borges de Sousa Gomes, Residente na Rua Antonio Felix, nº 1343, Bairro Vitória, Patos/PB, Fone: (83) 9.9891-1929, A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, o (a) notificante afirma que, na data 22/08/2018, por volta das 21h:50min, trafegava como passageira na garupa de uma motocicleta de marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, placa: NQE-6938/PB, Renavam: 0025757548-0, ano/modelo: 2010/2010, cor: VERMELHA, chassi: 9C2KC1610AR061629, Licenciada em nome de Rogério Costa Gomes, quando na rua 18 do Forte, bairro Santo Antonio-Patos/PB, a moto foi abalroada por um veículo(não identificado); que, foi socorrida pelo SAMU e conduzida ao Hospital Regional Dep. Janduby Carneiro, nesta cidade; que devido o acidente, teve fratura no pé direito e trauma de face.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim, Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Rayssa Kessia Borges Gomes

Patos/PB, 06 de Novembro de 2018.



ANA Mª DA C. LEANDRO
Policial Civil
Mat.: 138.428-7

15 NOV 2018



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.856,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000001002815-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0305201905000000000023701563000001002815185625 PAGO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000001002815-9

Nr. Autenticação

BRADESCO220220190500000000002370156300000100281567500 PAGO



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	6349	PRONTUÁRIO	4959
DATA	12/08/2018	HORA	22:52
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	GKELLY
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PACIENTE	RAISSA KESSIA BORGES GOMES	IDADE	19a 6m
		GÊNERO	FEMININO
FILIAÇÃO I	ANA CELIA BORGES DE SOUSA		
FILIAÇÃO II	ROGERIO COSTA GOMES		
CIDADE	PATOS	PR	
ENDEREÇO	RUA ANTONIO FELIX 1343		
BAIRRO	VITORIA		
NATURALIDADE	PATOS		
TELEFONE	83986454359	CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	4115937
C.P.F.	119.603.464-82	REG. NAC.	
NASCIMENTO	20/02/1999	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL: ROGERIO COSTA GOMES

Ass. Resp./Paciente

Rogério Costa Gomes

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Ac de Rb

EXAMES OBJETIVOS (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur direito +
hematoma fêmur direito

CID

DADOS DA SAÍDA

Data *11/09/18*

Hora ____ H ____ Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

15 JAN. 2019



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2625473 CNPJ 08.778.268.0823/76
UNIDADE HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HONÓRIO MOURA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PÚBLICA
PACIENTE RAISSA ALESSIA GOMES GOMES
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I ANA CELIA BORGES DE SOUSA
NASCIMENTO 29/02/1989
PROFISSÃO
ENDEREÇO RUA ANTONIO FELIX nº1343 BAIRRO VITORIA
CIDADE PATOS P.B. CEP 58200-000
TELEFONE (83)9864-5435
CNS
ESTADO CIVIL SOLTEIRO R.G. CPF REG. NASC.

A.R. 6944
OTIMIZADO ACIDENTE DE TRANSITO (NOTO) PRONTUÁRIO 4999
DATA 22/08/2018 HORA: 10:21:58 OPERADOR GUELLY
CARACTER 02 - URGÊNCIA TIPO DE SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
OCCORRÊNCIA SUS AMBULATORIO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE DO RESPONSÁVEL *Rogério Costa Gomes*

RESU= 100 x 30 VHS TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) *Leu vitais de acidente de carro com*

trauma de face e abd. Tomar o acompanhamento

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) *La Gáulica / T. P. / Baens /*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES *ORtopedia / Bolo. M. H. H.*

DIAGNÓSTICO *Contusão*

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

100ml de Soro

1 litro de Soro

OBSERVAÇÃO *Ver 1/10*

MÉDICO/CRM/CNS *Dr. Suelio Moreira Torres*

CARACTER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETRIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- *10321060029* 2- 3-

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO


() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

15 JAN. 2019

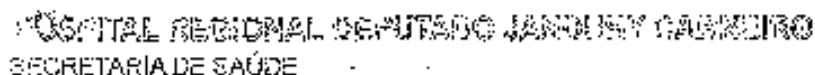


NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
DATA	LOCAL	CORPUS	NUMERO	REGISTRO	GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEB. JARDIM CARREIRO
20/09/20	36	410	18	7859	
NOME DO DOENTE			NOME DO CIRURGIÃO		
RACIA			NOME DO ANESTESISTA		
ESTRUTURA	DATA	NUMERO	ANO	FECHADO	
1	20/09/20	0840	1940		

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	OL de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TL Capnógrafo		Scalp
	TX Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX Apóscão de Sangue		Lâmina de Bisturi
20	TX Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX de Laser		Coletor de Urina
	TX de Cautério		Seringa 1 ml
	TL do Intelecto S. Ventral		Seringa 3 ml
	TX Sala		Seringa 5 ml
	TX Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
30	TL Oxímetro de Pulso	01	Electrodo desc.
	Neoculín		Atadura de Crepom 10cm
	Haloteno	01	Atadura de Crepom 20cm
	Trilobotulsi		Atadura Gaseada 10cm
	Gasolín		Sonda Urinal
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Domínio		Star Sufúrico
	Pentam 3,0mg		Drano Penrose
	Albúmina 5%		Drano Suesão
	Novel		Drano de Torax
	Albúmina 2%		Espandrapo
	Fluimucil		Albúmina Gel
	Calabar	2	Alcool 70%
	Policlorina 0,5%	2	PVPi tintura
	Olmoif	2	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Iodado
	Reptol	2	Algodão Oropélico
	Forana		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Discepan		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Procligulina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Efentil		Fio Cromado 1 cf agulha
	Defalcina 15g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Dixel		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Difeno		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Espirin 200mg V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Tilart		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ anidafectomia
	Agulha de Ranus Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Anticore 20 e 22		Polycol 0 cf agulha
	Polycol 0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 2-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 3-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Profena 0 cf agulha		Profena 2-0 cf agulha

15 JAN 2019



15 JAN 2019

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Adilson Kervin João Carvalho

NO: 12 LEITO: 02 DOCT: 025 LOCAL: 01 DATA: 19/01/2019


DIAGNÓSTICO: Cirurgia de pele na perna

PROCEDIMENTO: Ressecção de pele

PRESCRIÇÃO: 100 mg

ANESTESIA: Local

ESTIMULADORA: George DATA: 19.01.19 HORA: 17.40 RV:

GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL
DR. MAJURY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/fixar sangue
	TX. Capnógrafo		Soço
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Eletrodo Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodo desc.
4	Neocolin	1	Atadura de Crepom 10cm
	Malofano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembuol		Atadura Gessada 10cm
	Quelclon		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
1	Somnilid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Peleto
2	XNesteeb e 5%		Urino Sugão
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xloceina e 2%	2	Esparadraps
	Epidimicate		Xilonaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Publcoceina 0,5%	1	PVH Tintura
1	Dilutor	1	Gesso
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Max. m		Algodão Ortopédico
	Fosfor		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Fomeol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Etoril		Fio Cromado 1 cf agulha
1	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	DNV		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Plasil 30mg		Cat-gut simples 0 cf agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Esparin 5000 V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Tilid		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amikacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Rague Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Asbocate 20 e 22		Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 cf agulha		Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 cf agulha		Polycot 3-0 cf agulha
	Polycot 3-0 cf agulha		Protana 2-0 cf agulha
	Protana 0 cf agulha		

15 JAN 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO

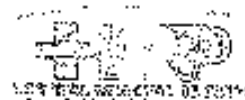
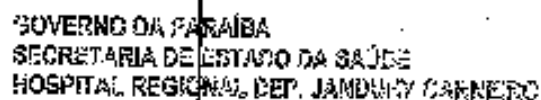


REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Raima Kervan</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>1ª</u>
A CLÍNICA <u>Car. Clínica</u>	LEITO <u>06</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Fract de T12 com lesões extensas de partes moles.</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
<u>22/08/18</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER: <u>29/08/18 LETA em</u> <u>partes moles</u> <u>de fratura de costela</u> <u>sem fratura</u> <u>avultosa</u> <u>Kallman e de compressão</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>[Signature]</u> <u>15 JAN 2019</u>
---	---





NOTE:

نہ کی جانتا

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

.....

INTRODUCTION

LETTER

AROTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS BASEIA SUINÇÃO ENTÃO FAZ OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

[illegible]

22/03/99

1254

ASSISTENTE DO MÉDICO: ESPECIALISTA

15 JAN. 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Ranieri Viana Borges

DA CLÍNICA Cardi
DE CLÍNICA cardiaco

ENFERMAGEM 30
LEITO 300

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Relatório de exames de

Exame físico: normal

Exame de urina

Exame de sangue

Exame de fezes

Exame de ECG

Exame de radiografia

Exame de ultrassom

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

ASSINATURA DO MÉDICO
CONSULTANTE
CENTRO-018

15 JAN 2019



REFERENCES

Guest KESSA Reyes

[illegible]

References

[illegible]

15 JAN. 2019



05/09/18

Requisito

de venda distância em
de breu

Teoria de prout

Ante a EXATIDÃO

proprio cunha

-MATA DIA

11/09

A 15.05h



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:12:58

15 JAN 2019



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMAGEM

PACIENTE: RAISSA KESSIA RODRIGUES

LEITO: 10
REG: 10

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
29/08/18	18h	Em estado de alerta, com resposta adequada aos estímulos, sem alterações de frequência cardíaca e pressão arterial. Tratado com medicação adequada e monitorado de acordo com o protocolo de procedimento.

(Assinatura)

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:12:58
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112125861800000029897150
Número do documento: 20060112125861800000029897150

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Lucia Rosa Borges</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12.06.18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Marcos Antonio</u>	1º Auxiliar	
Anestesiista: <u>Tamara</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Uma hérnia de bexiga</u>		
Tipo de Cirurgia		
<u>Exatão livre de pele</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
<u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
<u>Abertura da pele com bisturi nº 15</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:12:58
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112125861800000029897150
Número do documento: 20060112125861800000029897150

15 JAN 2019



Monitoria

Paulo Sérgio

25/08/18

Dr. VALTE GUMARDES

Dr. Felipe Mendes

Dr. Fábio

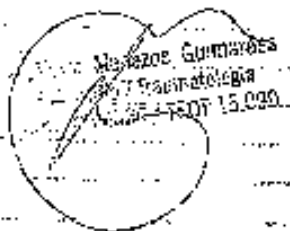
Deputado Federal

Deputado

Deputado Estadual

Deputado

01. Cadastrar em sistema de controle de acesso
02. Realizar o cadastro
03. Realizar o cadastro
04. Realizar o cadastro de pessoas e suas atividades e suas atividades no local
05. Realizar o cadastro de pessoas
06. Realizar o cadastro



15 JAN 2019





Dr. Sérgio Luiz Wanderley de Araújo

LAUDO ORTOPÉDICO

Atendi RAISSA KESSIA BORGES GOMES.

que se acidentou com moto no dia

22-08-18 quando sofreu o MALEITO

LATERAL ESQUERDO E EXTENSO PERANTE
O TORNOZELO ESQ. Foi realizado tra-
tamento conservador e curativo plâsticos
bolsonares; atualmente existe redução
da rotação e flexo-extensão do artro-
lato lesionado, porém quando decomp-
buída, e atropia muscular, lesões que

26/02/19 Atenuam a capacidade física da
paciente. em 50% CDS 582.6 +

551.0
M 25.6

11 ABR. 2019



09-793
APR 10 1968

[illegible]

Dr. Fernando Juncá
CRM: PA 5332
CRMP: PE 12231
Otorrinolaringologia e Traumatologia

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

11 ABR. 2019





pl NAISSA MARIA BORGES SOARES

PRESCRIÇÃO

FISIOTERAPIA (20 SESSÕES) -
PARA RECUPERAÇÃO DA FUNÇÃO
M.O. DA MÃO FRATURA DE CARPO
CIRURGIA PROGNOSTICA (P.S.O.)

Z

19/10/18

Dr. Fernando Jucá
CRM/PE 5322
CRM/PE 12228
Ortopedia e Trauma



11 ABR. 2019

11 ABR. 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	6349	PRONTUÁRIO	4959
DATA	12/08/2018	HORA	22:52
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	GKELLY
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PACIENTE	RAISSA KESSIA BORGES GOMES	IDADE	19a 6m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	ANA CELIA BORGES DE SOUSA		
FILIAÇÃO II	ROGERIO COSTA GOMES		
CIDADE	PATOS PB		
ENDEREÇO	RUA ANTONIO FELIX 1343		
BAIRRO	VITÓRIA		
NATURALIDADE	PATOS		
TELEFONE	83986454359	CELULAR	
C.N.S.		IDENTIDADE	4115937
C.P.F.	119.603.464-82	REG. NAC.	
NASCIMENTO	20/02/1999	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL: ROGERIO COSTA GOMES

Ass. Resp./Paciente

Rogério Costa Gomes

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Ac de Feb

EXAMES OBJETIVOS (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur direito +
hematoma fêmur direito

CID

DADOS DA SAÍDA

Data *11/09/18*

Hora ____ H ____ Min

MOTIVO


() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

15 JAN. 2019



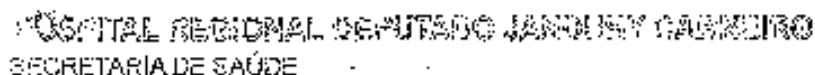
Num. 31153162 - Pág. 30

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
<p> PROFESSOR <i>Leandro Vieira Borges Junior</i> DATA <i>20/09/10</i> LOCAL <i>0103</i> UNIDADE <i>18</i> REGISTRO <i>7859</i> DIAGNÓSTICO <i>Prolapso de válvula mitral</i> INTERCONSULTA <i>Dr. Felipe Mendes de A. Neto</i> ANESTESIA <i>Rapida</i> ANESTESISTA <i>Dr. Felipe</i> ESTRUTURADORA <i>1</i> DATA <i>20/09/10</i> HORA <i>08:40</i> FECHADO <i>10:40</i> </p>					<p>GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE</p>  <p>HOSPITAL REGIONAL DE JARDIM CARLOS</p>

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	OL de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TL Capnógrafo		Scalp
	TX Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX Apóscção de Sangue		Lâmina de Bisturi
2c	TX Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX de Laser		Coletor de Urina
	TX de Cautério		Seringa 1 ml
	TL do Intelecto S. Ventral		Seringa 3 ml
	TX Sala		Seringa 5 ml
	TX Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
3c	TL Oxímetro de Pulso	01	Electrodo desc.
	Neoculín		Atadura de Crepom 10cm
	Haloteno	01	Atadura de Crepom 20cm
	Trilobotulsi		Atadura Gaseada 10cm
	Gasolín		Sonda Urinal
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
	Domínio		Star Sufúrico
	Pentam 3,00mg		Drano Penrose
	Xilocaína 0,5%		Drano Suesão
	Novel		Drano de Torax
	Clorocina 0,2%		Espandrapo
	Endimol		Xilocaína Gel
	Calabar	2c	Álcool 70%
	Policlorina 0,5%	2c	PVPi tintura
	Olmoif	2c	Gases
	Lanexat 0,0ml		Algodão Iodado
	Reptol	2c	Algodão Oropélico
	Forana		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Discepan		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Procligulina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Efenil		Fio Cromado 1 cf agulha
	Cefalexina 15g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Dixel		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Difeno		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Espirin 200mg V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Tilart		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amoxicina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ anidafectomia
	Agulha de Ranus Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Anticote 20 e 22		Polycol 0 cf agulha
	Polycol 0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 2-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Polycol 3-0 cf agulha		Polycol 3-0 cf agulha
	Profena 0 cf agulha		Profena 2-0 cf agulha

15 JAN 2019



15 JAN 2019

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Adilson Kervin João Carvalho

GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

UF: PR LEITO: 02 DATA: 04/01/2019 LOCAL: Pré-Hospitalar

DIAGNÓSTICO: Exatante de pele mar Exatante

PRESCRIÇÃO: Levofloxac 1000 mg 1x1

PREVENÇÃO: Antibiotico Clavulato

ESTABELECIMENTO: George DATA: 04.01.19 HORA: 17.40 RV:

HOSPITAL REGIONAL
DR. MAJORY CARNEIRO

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/fixação sangue
	TX. Capnógrafo		Soelo
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
1	TX. Eletrodo Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodo desc.
4	Neocollin	1	Atadura de Crepom 10cm
	Malofano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembuol		Atadura Geesada 10cm
	Quelclon		Sonda Uretral
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
1	Somnilid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Peleto
2	XNesteeb e 5%		Urino Sugão
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xloceina e 2%	2	Esparadraps
	Epidimicate		Xilonaina Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Publcovelina 0,5%	1	PVH Tintura
1	Dilutor	1	Gesso
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Max. m		Algodão Ortopédico
	Fosfor		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Fomeol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 cf agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 cf agulha
	Etoril		Fio Cromado 1 cf agulha
1	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 cf agulha
	DNV		Fio Cromado 2-0 cf agulha
1	Plexil		Cat-gut simples 0 cf agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 cf agulha
	Esparin 5000 V		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
1	Tileid		Cat-gut simples 2-0 cf agulha
	Amikacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 cf agulha
	Asbocate 20 e 22		Polycot 0 cf agulha
	Polycot 0 cf agulha		Polycot 2-0 cf agulha
	Polycot 2-0 cf agulha		Polycot 3-0 cf agulha
	Polycot 3-0 cf agulha		Prolana 2-0 cf agulha
	Prolana 0 cf agulha		

15 JAN 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Raima Kervan</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>1ª</u>
A CLÍNICA <u>Car. Janduary Carneiro</u>	LEITO <u>06</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Fract de T12 com lesões extensas de partes moles.</u>	
ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO	
<u>22/08/18</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

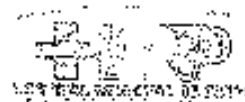
PARECER: <u>29/08/18 LESA em</u> <u>partes moles de</u> <u>os fêmur e fíbula</u> <u>devido a trauma</u> <u>ocorrido no</u> <u>atendimento de emergência</u> <u>Kallianense e encaminhado</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>[Signature]</u> <u>em 07/10/18</u>
---	---

15 JAN 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUARY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

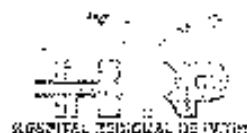
NOME: <u>Moisés</u>	
DA CLÍNICA <u>CLÍNICA</u>	ENFERMARIA <u>LEITO</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <small>(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO ENTREVEJER OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)</small>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
<p>PARECER:</p> <p>paciente masculino, em estado de consciência alterado, com sinais de desidratação e estados de choque. Fratura exposta do fêmur direito. Lado esquerdo com fratura de rádio e ulna. Lado direito com fratura de fêmur.</p> <p>22/08/19</p>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

15 JAN. 2019





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Ranessa Vanessa Borges

DA CLÍNICA Out

DE CLÍNICA cardio

ENFERMAGEM

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Relatório de exames de

Exame físico: normal

Exame de urina

Exame de sangue

Exame de urina

Exame de sangue

Exame de urina

23/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

15 JAN 2019



DISCUSSION

LISTA KESKIA RAYET

|| 227 ||

References

DATA HORA

10/05/18 7

ACIQUÊ

URBANTIA A

ENTRADA DE POLE

TOTAL - 00

DE BOMBA DOB

REPARAÇÃO E

OUT. PLACAS COMERCIAIS

ACRÉSCIMO 40% A A

QUANTO MAIS TEMPO

CONTINUA DIA 16/08

Autenticado em 16/08/2018 às 14h 10min
por [assinatura]

15 JAN. 2019



05/09/18

Requisito

de venda distância em
de breu

Teoria de prout

Ante a EXATIDÃO

proprio cunha

-MATA DIA

11/09

A 15.05h


Tribunal Superior do Trabalho
Câmara de Recurso - 1ª Turma
CDD 2018 - 015 11/09/2018

15 JAN 2019



PAIENTE: RAISSA KESSIA RODRIGES

REF:

1. 1.000.000,00 (one million) - one million - one million

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAIBA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Lucia Regina Borges</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12.06.18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Marcos Antonio</u>	1º Auxiliar	
Anestesiista: <u>Tamara</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Uma hérnia de bexiga</u>		
Tipo de Cirurgia		
<u>Exatão livre de pele</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
<u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
<u>Abertura da pele com bisturi nº 10</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>
<u>Exatão livre de pele</u>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:12:58
http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112125861800000029897150
Número do documento: 20060112125861800000029897150

15 JAN 2019



Monitoria

Paula Lima

25/08/18

Dr. VALTE GUMARDES

Dr. FELIPE GOMES

Dr. Fátima

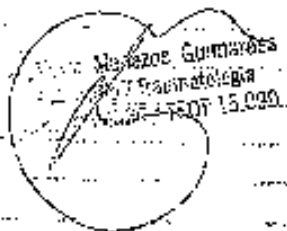
Deputado Federal

Deputado

Deputado Estadual

Deputado

01. Cadastrar em sistema de controle de acesso
02. Realizar o cadastro
03. Realizar o cadastro
04. Realizar o cadastro de pessoas e suas atividades e suas atividades em face da
05. Realizar o cadastro de pessoas
06. Realizar o cadastro



15 JAN 2019



34. $\frac{1}{2} \ln 2$



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA E LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, EDEMA (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/08/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO, E SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA FÍBULA DIREITA, A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2018 PARA ENXERTIA DE COBERTURA DE PELE COM ENXERTO RETIRADO DA COXA DIREITA, RECEBEU ALTA APÓS PERÍODO TOTAL DE 21 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao déficit de força e limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Vítima já indenizada em 50% de 10%, portanto PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 55 %	13,75%	R\$ 1.856,25
Total			13,75 %	R\$ 1.856,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA FÍBULA DIREITA E LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA ALTERAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DORSAL DO PÉ ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO PROXIMAL DO TORNOZELO EM 6 CM, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 5°, EDEMA (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/08/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA FÍBULA DIREITA MAIS LESÃO GRAVE DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO COM PERDA DE SUBSTANCIA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES EM PÉ DIREITO, E SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DA FÍBULA DIREITA, A MESMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 11/09/2018 PARA ENXERTIA DE COBERTURA DE PELE COM ENXERTO RETIRADO DA COXA DIREITA, RECEBEU ALTA APÓS PERÍODO TOTAL DE 21 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do tornozelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao déficit de força e limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Vítima já indenizada em 50% de 10%, portanto PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 55 %	13,75%	R\$ 1.856,25
Total			13,75 %	R\$ 1.856,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.1 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.
OBS: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 10% PARA PÉ D.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 5 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190034976 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES **Data do acidente:** 22/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO PÉ DIREITO COM LACERAÇÃO DE PARTES MOLES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO+ENXERTO DE PELE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.
OBS: VITIMA JÁ INDENIZADA EM 10% PARA PÉ D.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 5 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016221/19

Número do Sinistro: 3190034976

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

CPF: 119.603.464-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 07/02/2019
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016221/19

Vítima: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

CPF: 119.603.464-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAYSSA KESSIA BORGES GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA : 042.629.554-43

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAYSSA KESSIA BORGES GOMES : 119.603.464-82

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: 15/01/2019
Nome: JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA
CPF: 042.629.554-43

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JOSE WELINGTON NUNES BARBOSA

JANE APARECIDA COSTA

