

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Olecrânio do Cotovelo Direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de flexão de cotovelo com perda de 60 graus de flexão do cotovelo e 30 graus de supinação de antebraço, déficit de força motora do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchner, realizou várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.
Indenização em grau médio do cotovelo D devido a limitação da mobilidade articular.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 012710688389
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
1 0020363593-0 00700000000 2016

MOISES COSTA SOUTO

5148629691 / CNPJ

NOT6084/PB

NOV06 0020363593-0 00700000000 2016

PAS/NOTOCIELE/NAO APLICAR

HONDA/NXR150 BROS MIX ES 2010 2010 2010

2º 27/09 /CI PARFATO VERMELHA-ANTE

11PVA 2000-EM 13/09/2016 1º VENC. COTAS

P V A 0 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

SEM RESERVA DE DOMÍNIO 13/09/2016 8290

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

369

13/07/2016

8290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710688389 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MOISES COSTA SOUTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoctransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 13/07/2016
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA MOISES COSTA SOUTO

RENAVAM MARCA / MODELO Nº CHASSI

5148629691 NOT6084/PB

00203635930 HONDA/NXR150 BROS MI

PRÊMIO TARIFÁRIO

2010 9 90203635930AR025894

CUSTO DO BILHETE/R\$ *****

SEGURO P A G O

DATA DE QUOTIZAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.345.888/0001-04

8290-11055594-20160713

DETRAN

DETRAN

1638525287



27/02/2013 1ª HABILITAÇÃO 20/06/2013

Continued on Inside Cover

45850325786
FBO36376361

PARAÍBA

FRONDO PLASTIFICAR
1638525287



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNE5: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1180061



Identificação do paciente			
ID 1425232	Nome SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO		Sexo Feminino
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24 anos 9 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO		Pai MOISES COSTA SOUTO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Celular 83	Celular 988231017	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2857922	Nº Cns	
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58077130	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA
Número 45	Complemento AP 303	Bairro CUIA	
Admissão			
Data e Hora 29/07/2019 16:59:38	Número da pulseira 1000007140975	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente consciente, orientada sem			
Diagnóstico			CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			Tempo 01min 07seg

Imprimir



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
JOÃO PESSOA - PB

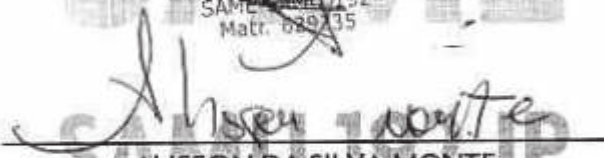
DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 908/012, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2513921, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO** idade 24 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 29/07/2019, na BR 230 KM 20, Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - aproximadamente às 16:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Agosto de 2019.

Alisson Monte
SAME - SAMU 192
Matr. 62923-5


ALISSON DA SILVA MONTE
Matrícula: 62923-5
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

MOISES COSTA BOUTO
RUA FERNANDO JORGE BARROS OLIVEIRA, 45 / AP 303 - CUA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58071130 (AQ: 1)

energisa

Ligação: MONOFÁSICO
Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 2 - 805 - 8630 Referência: Out / 2019
Medidor: 00008852081 Emissão: 23/10/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.035.163/0001-40 Insc. Est. 15.015.825-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 033.147.340
Cód. para 0% Autômat. 0001027047

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RAN
Out / 2019	23/10/2019	22/11/2019	514.982.964-81

UC (Unidade Consumidora): 5/1827204-7

Canal de contato

Conheça a Energisa On! O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe e use agora e informe falhas de luz, controle de horas de desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas! Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/09/19	Leitura 4057	Data 23/10/19	Leitura 4255	1

Demonstrativo							
Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
				ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0001 Consumo em kWh		162,000 (L/80510)	134,15	134,15	27	30,22	134,15
0001 Adic. B. Verificação			2,28	2,28	27	0,81	2,28
0001 Adic. B. Amarela			2,45	2,45	27	0,76	2,45
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			0,57	0,57	0	0,00	0,57
0001 REST. BOND. AMAR. RESIDENCIAL DE 2019			-0,19	0,00	0	0,00	-0,19

PG BRADCO
em 31/10/19

CC: Código de Classificação de Item TOTAL 144,83 134,28 37,50 139,26 1,18 0,27
Tarifa de Tributos 0,40 400

Atividade	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
131	30/10/2019	R\$ 144,70

Histórico de Consumo (kWh)											
142	156	84	15	135	131	180	195	157	150	154	158
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19

RESERVADO AO FISCO

37df.588e.81ae.20f6.e9a9.b95d.3206.c8ab.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,00	NÃO APLICÁVEL
DIC TRIMESTRAL	0,00	NÃO APLICÁVEL
DIC ANUAL	0,00	NÃO APLICÁVEL
FIC MENSAL	0,00	NÃO APLICÁVEL
FIC TRIMESTRAL	0,00	NÃO APLICÁVEL
FIC ANUAL	0,00	NÃO APLICÁVEL
DIC	0,00	NÃO APLICÁVEL
DIC	0,00	NÃO APLICÁVEL

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia Elétrica	29,37	20,30
Consumo de Energia	47,89	33,07
Serviço de Transmissão	5,40	3,73
Encargos Setoriais	5,47	3,79
Impostos Diretos e Encargos	45,70	31,62
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	144,83	100,00

Valor da EUEO Ref 8/2019: R\$ 45,56

ATENÇÃO

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE AO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03150.244006 07142.272173 9 80580000014470

PAGADOR: MOISES COSTA BOUTO - CPF: 014.552.254-31
RUA FERNANDO JORGE BARROS OLIVEIRA, 45 / AP 303 - CUA - JOAO PESSOA / PB CEP: 58071130

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007142272	001827204201910	30/10/2019	R\$ 144,70	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.035.163/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
102.568.864-31 SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO 6 - CPF: 102.568.864-31
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA FERNANDO JORGE BARROS OLIVEIRA 9 - Número: 45 10 - Complemento: AP:303
11 - Bairro: CUIA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59077-130
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (063) 987088728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00021398 2 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 27/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
102.568.864-31 SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO 6 - CPF: 102.568.864-31
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA FERNANDO JORGE BARROS OLIVEIRA 9 - Número: 45 10 - Complemento: AP.303
11 - Bairro: CUIA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 59077-130
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (063) 987088728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00021398 2 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 27/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09356.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09356.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:45 horas do dia 16 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Sayonara Lays Umbelino Souto**, CPF nº 102.568.864-31, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Enfermeira, filho(a) de Sandra Fidelis Umbelino Souto e Moises Costa Souto, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 09/10/1994 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jorge Barros de Oliveira, Nº 45, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Proximo Campo do Santo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98811-8725.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230, Concessionária de Veículos, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/07/19 16:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 29/07/2019, POR VOLTA DAS 16:15, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA MOT-6084-PB, CHASSI 9C2KD0520AR025894, REGISTRADA EM NOME DE MOISÉS COSTA SOUTO, NA RODOVIA BR 230, ALTURA DO BAIRRO DO CASTELO BRANCO, NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO O MOTORISTA DO CAMINHÃO DE PLACA LXN-7824/PE, QUE VINHA NA FAIXA DA DIREITA, TROCOU DE FAIXA DE ROLAMENTO SEM SINALIZAR E ABRUPTAMENTE E CEIO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE QUE CAIU NO CHÃO; QUE O MOTORISTA DO CAMINHÃO APESAR DE TER PERCEBIDO O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A ESTA NOTIFICANTE; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E LIBERADA, POIS SEGUNDO INFORMAÇÕES DAQUELE HOSPITAL NÃO HAVIAM FRATURAS; QUE NO DIA SEGUINTE ESTA NOTIFICANTE CONTINUAVA A SENTIR DORES E DECIDIU ENTÃO POR CONTA PRÓPRIA PROCURAR UMA CLÍNICA PARTICULAR, SENDO EVIDENCIADA NAQUELA CLÍNICA UMA FRATURA EXPOSTA EM SEU BRAÇO DIREITO; QUE ESTA NOTIFICANTE ENTÃO DECIDIU VOLTAR AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SEGUINDO UMA ORIENTAÇÃO DO MÉDICO QUE HA HAVIA ATENDIDO NA CLÍNICA PARTICULAR; QUE NO HOSPITAL DE TRAUMA FOI TIRADO UM RAIOS X QUE EVIDENCIOU A FRATURA E EM SEGUIDA ESTA NOTIFICANTE FOI ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S52, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA; QUE ESTA NOTIFICANTE DESEJA REGISTRAR A NEGLIGÊNCIA EM SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, ONDE FOI LIBERADA PELO MÉDICO JUAREZ SILVESTRE, O QUAL NÃO DETECTOU A LESÃO SOFRIDA POR ESTA NOTIFICANTE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666114

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666114

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Informamos que o pagamento da indenização do 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 cotovelos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000021398-2

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



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666114

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000021398-2

Nr. da Autenticação 5A0D5F1B60C6B0E0

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE.
TRAUMA NO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COMNSERVADOR DAS LESÕES.
ALTA. (P1/2/6/9/15)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422989/19

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

CPF: 102.568.864-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SAYONARA LAYS
UMBELINO SOUTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO : 102.568.864-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO
CPF: 102.568.864-31

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

**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: **3190666114**

Nome do(a) Examinado(a): **SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Fernando Jorge Barros de Oliveira, 45 - Cuia - João Pessoa - PB - CEP 58077-130

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2857922**

Data e local do acidente: [**29/07/2019**] **BR 230, a altura da Cidade de João Pessoa.**

Data e local do exame: [**16/12/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do Olecrânio do Cotovelo Direito

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

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de flexão de cotovelo com perda de 60 graus de flexão do cotovelo e 30 graus de supinação de antebraço deficit de força motora do cotovelo direito.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchner, realizou várias sessões de fisioterapia.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Apresenta limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do cotovelo 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 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.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE.
TRAUMA NO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COMNSERVADOR DAS LESÕES.
ALTA. (P1/2/6/9/15)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REENBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 IDENTIDADE _____ DATA _____
 ASSINATURA *Faustino de Souza* NOME _____
 Imbilio no Souto ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Olecrânio do Cotovelo Direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de flexão de cotovelo com perda de 60 graus de flexão do cotovelo e 30 graus de supinação de antebraço, déficit de força motora do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchner, realizou várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.
Indenização em grau médio do cotovelo D devido a limitação da mobilidade articular.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO
DADOS DE NASCIMENTO 09/10/94
NOME DA MÃE SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.180.061
Nº PRONTUARIO
DATA DO ATENDIMENTO 29/07/19
HORA DO ATENDIMENTO 16:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO D + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 00.9 + S 51.8 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (moto x caminhão), há cerca de 40 minutos, apresentando trauma em segmento cefálico, com queixa de dor em coluna dorso-lombar, dor em cotovelo D, braço D e ombros + escoriações nestas regiões, ombro E, joelho E e D, pé E e D, tornozelo D, região metoniana, antebraço E e D, tórax + ferimento corto-contuso em antebraço e cotovelo D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna dorsal + lombo-sacra
RX do tórax + bacia - AP
RX da coluna - AP e Oblíquo
RX do ombro D - AP e Oblíquo
RX do braço D - AP e P
RX do cotovelo D - AP e P
RX da bacia - AP

TRATAMENTO:

Sem alteração às TC's e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 29/07/19
DATA DA EMISSÃO: 15/10/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**G
D**
Secretaria
Segurança

João Pessoa/PB, 16 de


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação

SAYONARA LAYS UMBELINO
Noticiante

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):

Cotovelo Direito.

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

Região Corporal (Sequela):

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

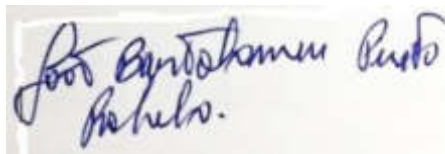
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



Criar publicação

PUBLICAR



Wilame Elvis

 Público ▾

+ Álbum ▾

iae galera .

Hoje por volta das 16:20 ocorreu um acidente na BR nas proximidades dali de quando chove muito sempre cai a barreira, tem concessionária e o posto de gasolina.

Uma carreta com placa LXN-7824, mas a cabine tem outra placa (CNR-2368)

Essa carreta bateu em uma garota que pilotava uma Broz vermelha e preta.

O motorista se evadiu do local.

Eu o segui, mais eu não ia colocar minha moto na frente da carreta pra fazer ele parar, se não eu seria mais um no chão.



Adicionar à sua publicação





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	BAE 1180061	Data/Hora Entrada 29/07/2019 16:59:38	Data Baixa 2019-07-30 01:00:59.0
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24a 9m 21d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			Prontuário
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 29/07/2019 16:59:38		Data/Hora Prescrição 29/07/2019 17:25:53	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ CAMINHÃO) HÁ CERCA DE 40 MIN. QUEIXA-SE DE DOR EM COTOVELO D, OMBRO D, BRAÇO D, REGIÃO LOMBAR. APRESENTA ESCORIAÇÕES NESTAS REGIÕES E NO OMBRO E, JOELHO E e D, PÉ E e D, TORNOZELO D, REGIÃO MENTONIANA, ANTEBRAÇO E e D, TORAX + FERIMENTO CONTUOSO EM COTOVELO D. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATORIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII E MSE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 5 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, ACIANÓTICO. LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE COLUNA TORACOLUMBAR, COTOVELO D, BRAÇO D, OMBRO D, BACIA, TÓRAX + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA + PRESCREVO ANALGESIA,
(29/07/2019 17:25:53-ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO EVOLUINDO COM DORSOLUMBALGIA, NEGA CEFALIA OU CERVICALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, SEM DEFICIT MOTOR, ESCORIAÇÕES NOS OMBROS, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. CD: TC DE CRANIO, COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.
(29/07/2019 18:55:08-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA ALTA DA ORTOPEDIA
(29/07/2019 19:52:44-TORIBIO GOMES PEREIRA)

tce leve eog 15 sem deficits focais ct de cranio normal ct coluna normal cd: libero da ncr
(29/07/2019 21:43:32-ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA)

CIRURGIA GERAL PACIENTE APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM ANTEBRAÇO DIREITO CD: 1- REALIZO SUTURA 2- INFORMO SOBRE SORO E VACINAÇÃO ANTITETANICA 3- ORIENTAÇÃO SOBRE CUIDADOS GERAIS
(30/07/2019 01:01:03-JUAZEL SILVESTRE NETO)

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO
RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)
TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL
TOMOGRFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Dr. Juares Silvestre
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB-11302

M. G. W.
TARE

NET
CUCAP

PE-CABO DE SANTO AGOSTINHO
LXN-7824

Em observação

Alta

Usuário
JUAREZ SILVESTRE NETO
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
30/07/2019 01:00:59
Observações

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/07/2019 17:00:45



Acessibilidade: A+ A- 🔍 🔄 🌙 🐾

NOTÍCIAS | FALE CONOSCO | OUVIDORIA | ESTATÍSTICAS



Informações sobre o veículo

Placa: LXN-7824

Espécie/ Tipo: CAR / SEMI-REB

Marca/ Modelo:

REB/RANDON SR GR TR

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 0

/ 0 / 0

Cor predominante: BRANCA

Chassi: 9ADG12430TM119196

Combustível: SEM COMBUS

Ano fabricação/ Ano modelo: 1996

Categoria: ALUGUEL



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	BAE 1180061	Data/Hora Entrada 29/07/2019 16:59:38	Data Baixa
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24a 9m 20d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO		CNS	Prontuário
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 29/07/2019 16:59:38		Data/Hora Prescrição 29/07/2019 19:52:44	

ANAMNESE

PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA ALTA DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 6350/PB

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

Bolletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/07/2019 17:00:45



Acessibilidade: A+ A-

NOTÍCIAS | FALE CONOSCO | OUVIDORIA | ESTATÍSTICAS



Informações sobre o veículo

Placa: CNR-2368

**Espécie/ Tipo: TRA /
CAMINHAO TRATOR**

Marca/ Modelo: VW/18.310

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 0
/ 303 / 0**

Cor predominante: BRANCA

Chassi: 9BWDK82T72R214716

Combustível: DIESEL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2002

Categoria: ALUGUEL



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERN
DA PARA**



**SEGRE
o trabalho**

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	1180061	29/07/2019 16:59:38	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/10/1994	24a 9m 21d	Feminino	(83) 988231017
Mãe		CNS	Prontuário
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	CUÍÁ	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALEXANDRE BARROS DA GON	4988/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
29/07/2019 16:59:38		29/07/2019 21:43:32	

ANAMNESE

Ice leve ecg 15 sem déficits focais ct de crânio normal ct coluna normal od: libero da ricr

Conduta

Em observação

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/07/2019 17:00:45



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	BAE 1180061	Data/Hora Entrada 29/07/2019 16:59:38	Data Baixa
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24a 9m 20d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO		CNS	Prontuário
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 29/07/2019 16:59:38		Data/Hora Prescrição 29/07/2019 17:25:53	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ CAMINHÃO) HÁ CERCA DE 40 MIN, QUEIXA-SE DE DOR EM COTOVELO D, OMBRO D, BRAÇO D, REGIÃO LOMBAR. APRESENTA ESCORIAÇÕES NESTAS REGIÕES E NO OMBRO E, JOELHO E e D, PE E e D, TORNOZELO D, REGIÃO MENTONIANA, ANTEBRAÇO E e D, TÓRAX + FERIMENTO CONTUSO EM COTOVELO D. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII E MSE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 5 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL, ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE COLUNA TORACOLOMBAR, COTOVELO D, BRAÇO D, OMBRO D, BACIA, TÓRAX + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA + PRESCREVO ANALGESIA.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA

RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

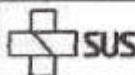
Conduta

Em observação

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Nº. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____ 2 - CIES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Sayonara Lays Vinícius e Costa 4 - Nº DO FRONTEIRO: _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO: 1/1 7 - SEXO: ☐ MASC ☐ FEM

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO (Nº DO TELEFONE): _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO): _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 12 - CDD. SIG. MUNICÍPIO: _____ 13 - UF: _____ 14 - CEP: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Exatografia Motora 17 - QTD: 20

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 20 - QTD: _____

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 23 - QTD: _____

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 26 - QTD: _____

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 29 - QTD: _____

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____ 32 - QTD: _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Ex de Oligoúria 34 - CID 10 PRINCIPAL: 552.0 35 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

37 - OBSERVAÇÕES: _____

- Exatografia de ADA
- Fortemente muscular

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Prof. L. 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/11/14 40 - ASSINATURA E CARRISO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): _____

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 091719991151914 42 - ASSINATURA E CARRISO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): Vanomark
CRM-PB 9090
TETO 15114

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

46 - DOCUMENTO: _____ 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 1/1 49 - ASSINATURA E CARRISO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____ 52 - CIES: _____



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	BAE 1180465	Data/Hora Entrada 31/07/2019 14:19:34	Data Raio 28/10-07-31 15:47:10.0
Data de nascimento 05/10/1994	Idade 24a 9m 22d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (63) 998231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			Prescrição
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CURIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - ORTOPEdia	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385-PB
Data/Hora Classificação 31/07/2019 14:19:34		Data/Hora Prescrição 31/07/2019 15:47:10	

ANAMNESE

Ortopedia paciente vítima de acidente de moto, apresentando dor em cotovelo direito ao exame: egr, dor, edema, neurovascular ok, adm ok. CR solicitado rx do cotovelo direito

CID10

S50.0 - Contusão do cotovelo

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta

Usuário JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Data e Hora 31/07/2019 15:47:10
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 DIAS, APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO. REALIZOU EXAME DE IMAGEM, EVIDENCIANDO FRATURA DE OLECRANO DIREITO. CD; ENCAMINHO AO TRAUMINHA SEGUNDO PACTUAÇÃO.

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

clétim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 31/07/2019 14:20:37

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº. 499765

Nome
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data de Nascimento
09/10/1994

Nº Boletim Emergência
1180468

Prontuário

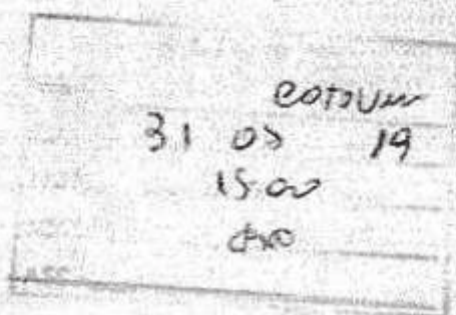
Material a examinar

Data Prescrição:
31/07/2019 14:34:48

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
(3º e 4º dia)

Com o mto P/ Curva



Data Base
Telefone de Contato
(31) 988231617
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
11365PB

IZARENO

dem. neurovascular ok, adm. ok.

Reimpresso por:
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional

DUES CEZARIO
1385PB)

MARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	RAC 1120056	Data/Hora Colada 31/07/2019 14:19:34	Data Baza
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24a 9m 22d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			eletronic@
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CUIÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - ORTOPEDIA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	1ª Cont. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 31/07/2019 14:19:34		Data/Hora Prescrição 31/07/2019 14:34:48	

ANAMNESE

Ortopedia paciente vítima de acidente de moto, apresentando dor em cotovelo direito no exame físico dor aguda neurovascular ok, sem déficit de força no cotovelo direito

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

CID10

S50.0 - Contusão do cotovelo

Conduta

Em observação

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo	
1425232	SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	Feminino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religão
09/10/1994	24 anos 5 meses 22 dias		
Mãe	Pai		
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO	MOISES COSTA SOUTO		
Encaminhado	Responsável (Paciente)		
	SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO - MAE		
DDD Celular	Celular	DDD	Telefone
E3	968231517		
Tipo documento	Numero documento	Nº Civ	
RG (IDENTIDADE)	2857922		
Local de procedência		Tipo	UF
ERNESTO GEISEL		BARRIO	PB
E-mail	Naturalidade	CEB-R	
	JOAO PESSOA		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
53077130	JOAO PESSOA	PB	FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA
Numero	Complemento	Bairro	
45	AP 303	CUJA	

Admissão

Data e Hora	Numero da pública	Convênio
31/07/2019 14:19:24	1000008423947	SUS
Especialidade	Clínica	
ORTOPEDIA		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RESIDENCIA	
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	RETORNO - ORTOPEDIA	OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transporta		
CARRO PARTICULAR			

Sinais Vitais

PR	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

CID

Tempo
01min 03segAtendido por
MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sede: Rua Manoel de Medeiros, 1.200



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGRE
o trabalho

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome				CNS		Prontuário	
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO							
Data de Nascimento	Ideado	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
09/10/1994	24A 984 220	Feminino	BRANCA				
Nome da Mãe				Nome do Pai			
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO				MARQUES COSTA SOUTO			
Endereço				Bairro		Cep	
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA				CUIA		58677130	
Município				Telefone Residência		Telefone Celular	
JOÃO PESSOA - PB						(83) 988231017	
Unidade de saúde solicitante				CNS		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA				259260		(83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	AP	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV. TARCISO BURETY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PR/SINDI, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento		
ALTA MÉDICA		
Resultado de exames complementares		
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 3 DIAS, APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO. REALIZOU EXAME DE IMAGEM, EVOLUINDO FRATURA DE OLECRANO DIREITO.		
CD, ENCAMINHADO AO TRAUMATISMO SEGUNDO PACTUAÇÃO.		
CID	Data de encaminhamento	
S50.0	31/07/2019 15:47:10	

Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUIE

o trabalho

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090		
Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	Nº Cartão do SUS	BE 1160061
Endereço do Paciente Rua FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303, JOAO PESSOA-PB-58077130		

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500 MG -----40 CP
TOMAR UM CP DE 06/06H DURANTE 10 DIAS

2- IBUPROFENO 600 MG -----01CX
TOMAR UM CP DE 12/12H DURANTE 5 DIAS

USO LOCAL

3- CRIOTERAPIA (COMPRESSA COM GELO)
USO LOCAL DE 4/4H NOS PRIMEIROS 2 DIAS

Dr. Juarez Silvestre
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB: 11302

30/07/2019

Data

Dr. JUAREZ SILVESTRE NETO
11302/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Identidade:	
Org. Emissor:	
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Ass. Farmacêutico	Data



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Saparaia Lays Umbelino
Santo
Uso oral

Oxigenação sang - 21p
em 04/12/18
por 10 dias

① Maxilite - 200mg
em 04/12/18
por 5 dias

③ Uso de 01p - 01c
em 04/12/18
por 10 dias

08/08/19

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 11487

Assinatura e Carimbo