

---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200079707**

**Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 15/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200079707**

**Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 15/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO**

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.

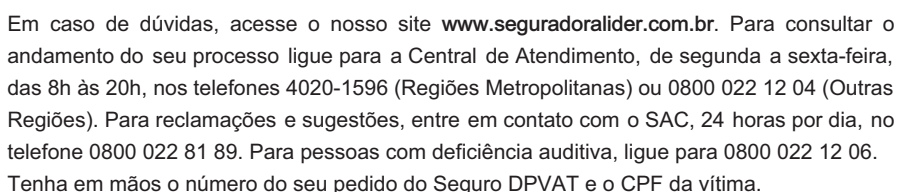
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079707

Vítima: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

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\$ 6.412,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000053881-3

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ VALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 087.702.244-55 Nome completo da vítima: Renata Luana Felix do Nascimento

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

Nome completo: Renata Luana Felix do Nascimento CPF: 087.702.244-55

Profissão: autônoma Endereço: R José Augusto Tundade Número: 32 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: 3 CEP: 58.000.000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 81 99921-9283

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

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA C

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 53881 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para comprovar a existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização é irrevogável e não gera a obrigação de indenização.

☐ 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;  
☒ 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 existente e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização é irrevogável e não gera a obrigação de indenização.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou 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 a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: João Pessoa, 12/08/19  
Nome: Renata Luana Felix do Nascimento  
CPF: 087.702.244-55

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Renata Luana Felix do Nascimento  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, antes do preenchimento e assinatura. TODOS.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07847.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07847.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:14 horas do dia 15 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Renata Luana Felix do Nascimento**, CPF nº 087.702.244-55, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônoma, filho(a) de Francisca Felix de Oliveira e Reginaldo Miguel do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/06/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Bairro Alto do Céu, tendo como ponto de referência Próximos Ao Antigo Mercadinho Frei Damião., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-2505.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. gov. Flávio Ribeiro Coutinho, Próximo a Praça do Ciclista., João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/02/19 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

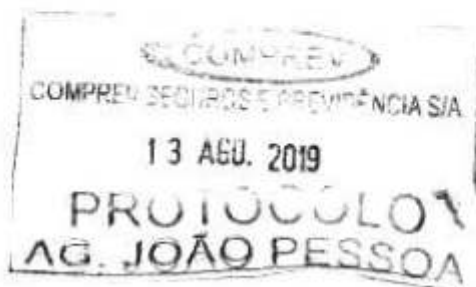
QUE NA TARDE DO DIA 15/02/2019, POR VOLTA DAS 14:30 A DECLARANTE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA/QUE VADIU-SE DO LOCAL EM SEGUIDA SEM PRESTAR SOCORRO A DECLARANTE, QUE O FATO OCORREU QUANDO A MESMA ESTAVA NA VIA CICLISTA; QUANDO UMA MOTO INVADIU A VIA E ATROPELOU A DECLARANTE, QUE DEVIDO AO FATO A DECLARANTE VEIO A CAIR AO SOLO E SE LESIONAR SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com BOLETIM DE ENTADA de nº 1143379, TCE LEVE, FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA, RATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA CID S00, S82.7, S42.0; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB, QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDA DO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY.

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 expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de julho de 2019,

  
**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

  
**RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO**  
Noticiante



Procedimento Policial: 07847.01.2019.1.00.401



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ VALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 087.702.244-55 Nome completo da vítima: Renata Luana Felix do Nascimento

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

Nome completo: Renata Luana Felix do Nascimento CPF: 087.702.244-55

Profissão: autônoma Endereço: R José Augusto Tundade Número: 32 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: 3 CEP: 58.000.000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 83 99921-9283

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

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA C

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 53881 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para comprovar a existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização é irrevogável e não gera a obrigação de apresentar o laudo do IML.

☐ 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;  
☒ 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 existente e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização é irrevogável e não gera a obrigação de apresentar o laudo do IML.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data da morte: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou 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 a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: João Pessoa, 12/08/19  
Nome: Renata Luana Felix do Nascimento  
CPF: 087.702.244-55

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Renata Luana Felix do Nascimento  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.**





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO  
DATA DE NASCIMENTO 18/06/92  
NOME DA MÃE FRANCISCA FELIX DE OLIVEIRA

### DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1143379  
DATA DO ATENDIMENTO 15/02/19  
HORA DO ATENDIMENTO 15:40  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO  
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE, FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA, FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ.  
CID 10 S00, S82.7, S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NA PERNA DIREITA E OMBRO ESQUERDO. AFIRMA NÃO LEMBRAR DO ACIDENTE, AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX PERNA DIR. RX OMBRO ESQ.  
TC DE CRANIO

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX PERNA DIR. - FRATURA DOS OSSOS DA PERNA.  
RX OMBRO ESQ. - FRATURA DE CLAVÍCULA

### TRATAMENTO:

IMOBILIZAÇÃO E TRANSFERENCIA PARA H. TRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 15/02/19  
DATA DA EMISSÃO: 20/05/19

Dr. LIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS - O profissional que assina esse laudo não participou do atendimento médico.

COMPREV  
COMPRESSORES E PREVENÇÃO S/A  
13 AGO. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

Valda Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
CRM: 1873/PB



# 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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.412,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000053881-3

---

Nr. da Autenticação 78563CF8411B6E5B

ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO  
RUA COMERCIAL JOSE ALBERTO FERREIRA S/N - JARDIM OLÍMPIA  
JOÃO PESSOA - PE CEP 53020-000  
Emissão: 05/02/2019 - Referência: Rev. 2019  
Conta Bônus RESCENHOL RESCENHOL Bônus 100% e 20% Cota Rescator João Pessoa/PE  
Ativo: 3.11.2014 - 4.7.19 - W/Modo: 2008020007

**enerosa**  
AGÊNCIA  
8071-090  
015 8234  
19 646 014  
002164093  
Cota sem Dts. Autopagos

**Atendimento ao Cliente 0800 083 0195**

Conta referente a: **05/02/2019** Data prevista de pagamento: **07/03/2019** CNPJ: **07.310.413/0001-3**

Canal de contato  
Apostrophe/Luzes dos postes acesas durante o dia  
Outras estruturas e obras: Informe a Prefeitura de sua cidade  
Suporte de iluminação pública e ressonância de campo de trabalho

Anterior	Atual	Constante	Commod	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
05/01/19	2247	05/02/19	2254	
<b>Demonstrativo</b>				
Quantidade Tarifas: Valor Base Cota Atual (com Dts) Rem				
Tabela Tarifas: ICMS/RS ICMS Fatores				
209.000 0,547725	173,78	173,78	27	46,92
0807 Consumo energia	1,82	0,00	0	0,00
0807 CONTRIB SERV LUM PUBLICA	1,87	0,00	0	0,00
0804 JUROS DE MORATÓRIO 12/2018	3,89	0,00	0	0,00
0825 MULTA 12/2018				

CCF Código de Classificação do sem: **207** TOTAL: **187,10**

**12/02/2019** R\$ **187,10**

Indicadores de Qualidade

207	208	214	148	130	140	152	152	226	1	224	209
Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mar/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	18	Dez/18	Jan/19

RESERVADO AO FISCAL

2bb6.7cde.46fa.ae3a.6e4f.d854.fa6d.cd

**Indicadores de Qualidade**

Limite de ADEL	Aperado	Limite de Qualidade (%)
DC MENSAL	4,88	0,00
DC TRIMESTRAL	9,83	
DC ANUAL	19,92	
PC MENSAL	3,23	0,00
PC TRIMESTRAL	6,47	
PC ANUAL	12,95	
PC ANUAL	2,71	0,00

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição	41,59	22,23
Compra de Energia	59,27	31,71
Serviço de Transmissão	6,47	3,46
Energia de Transmissão	9,83	5,25
Impostos e Taxas	59,99	32,06
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>187,10</b>	<b>100,00</b>

COMPANHIA DE ENERGIA  
13 ABR. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para singles pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 027.586.743



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 06.805.163 / 0001-00 Insc. Est. 16.895.823-6

Rr 238, Km

## DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO  
AV JOAO MACHADO 853 SL 127  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

1313928-2

## REFERENCIA

JUL/2019

## APRESENTAÇÃO

09/07/2019

## CONSUMO

128

## VENCIMENTO

16/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 112,30

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO

Roteiro: 04-001-036-2760

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/07/2019

## VENCIMENTO

16/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 112,30

## MATRÍCULA

1313928-2019-07-6

COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A  
13 AGU. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA S/A  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guliyana Gláucia de Amorim Nogueira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.397.5854 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Renata Luana Felix do Nascimento Inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.702.244 / 55, do sinistro de DPVAT coberto pela Invalidez da Vítima Renata Luana Felix do Nascimento, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.702.244 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

**Recuso informar**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. João machado</u>		Número <u>353</u>	Complemento
Bairro <u>Centur</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.000-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa, 13 de Agosto de 2019  
Local e Data

Guliyana Gláucia de Amorim Nogueira  
Assinatura do Declarante





ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe <b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Data/Hora Prescrição 15/02/2019 21:32:27	Nº Cons. Regional 9985/PB	
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			

### Anamnese

#CIRURGIA GERAL#


PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO NO MOMENTO, SEM QUEIXAS TORÁCICAS OU ABDOMINAIS. REFERE AMNESIA, PORÉM JÁ DE ALTA DA NCR. AO EXAME: TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, MV PRESERVADO EM AMBOS HTX'S. ABDOME SEMIGLOBOSO, FLÁCIDO, PLANO.

CD: 1) ALTA DA CIR GERAL  
2) AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

STAFF: DR MANGUEIRA

### Conduta

Em observação

  
Claudino Junior  
CRM - PB 9985

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR  
(CRM: 9985/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe <b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	UF PB	Nº Cons. Regional 8252/PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Data/Hora Prescrição 15/02/2019 22:04:16	
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03			

## Anamnese

### ORTOPEDIA

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO. PCT COM LAPSO DE MEMÓRIA RECENTE, REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO. NÃO LEMBRA SE USAVA CAPACETE. RELATA QUE NÃO LEMBRA NEM QUE ESTAVA ANDANDO DE MOTO. REFERE DOR NA PERDA DIREITA E OMBRO ESQUERDO

EX. FIS: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADA  
MID: IMOBILIZADO COM TALA-FIX. EDEMA (2+/4+) E CREPTAÇÃO NO TERÇO PROXIMAL. FERIMENTO NA REG. LATERAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA  
PANTURRILHA LIVRE, SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL  
MSE: DOR PALPAÇÃO DO TERÇO LATERAL DA CLAVICULA ESQUERDA. ADM LIMITADA PELA DOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES.

RX: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DOS OSSOS DA PERNA  
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA - TTO CONSERVADOR

HD: FRATURA EXPOSTA PERNA DIREITA  
FRATURA CONSERVADORA CLAVICULA ESQUERDA

ALTA DE CIRURGIA GERAL E NEUROCIRURGIA

CD: IMOBILIZAÇÃO

ATB  
ENCAMINHO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE MANGABEIRA PARA TITO CIRURGICO DA PERNA DIREITA  
OCNFORME PACTUAÇÃO

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: PERNA DIREITA)

## PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODALICO, (OBSERVAÇÕES: MID)

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: MJ NO MSE)

## Conduta

Alta médica

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
(CRM: 8252/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 833216

GOVERNO  
DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento: 1143379



## Identificação do paciente

ID 1376389	Nome RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	Estado civil	Religião	Sexo Feminino
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26 anos 7 meses 28 dias			Prontuário
Mãe ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO				
Escolaridade				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988143655			
Tipo documento	Número documento			
Local de procedência MANAIRA				
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			

## Endereço

CEP 58027621	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOSE AUGUSTO TRINDADE
Número 51	Complemento		Bairro ALTO DO CÉU

## Admissão

Data e Hora 15/02/2019 15:40:03	Número da pulseira 1000007110831	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade  
CIRURGIA GERAL

## Classificação de risco

## Caráter de atendimento

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

## Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

## Exames complementares

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

## Dados clínicos

Paciente vítima de atropelamento  
enc. p. exames

Miriam Martins de Araújo  
COREN-PB 558 - ENF

## Diagnóstico

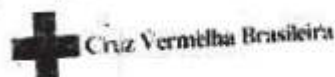
Atendido por  
PRISCILA JORGE DA SILVA

Imprimir

CID

Tempo  
01min 06seg





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 28d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe <b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51</b>	Bairro <b>ALTO DO CÉU</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE</b>	Nº Cons. Regional <b>6215/PB</b>
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03		Data/Hora Prescrição 15/02/2019 20:49:59	

### Anamnese

==NEUROCIRURGIA==

ADMISSÃO:  
PACIENTE TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO.

REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO.

NÃO LEMBRA SE USAVA CAPACETE.

RELATA QUE NÃO LEMBRA NEM SE ESTAVA ANDANDO DE MOTO OU FOI ATROPELADA.

REFERE DOR NA PERDA DIREITA E OMBRO ESQUERDO

-AO EXAME:

GLASGOW 15

SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO FOCAL

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

DOR A PALPAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO

SEM DOR CERVICAL

-TC DO CRÂNIO:

SEM FRATURAS EVIDENTES

AUSENCIA DE COLEÇÕES EXTRA OU INTRA-AXIAIS

HD:

1- TCE LEVE

2- CONSUSSÃO

CD:

1- SEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA PARA O CASO

2- ALTA DA NEUROCIRURGIA

3- AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE  
(: 6215/PB)



172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?method=cancelarPrescricao

TIBERIO VANDERK CHAVES BEZERRA  
(CNPJ: 06.908.825/0001-90)

*[Signature]*



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>		BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 28d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 988143655
Mãe <b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA		Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51		Profissional JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO		UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Data/Hora Prescrição 15/02/2019 15:47:48		Nº Cons. Regional 3650/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03				
<b>Anamnese</b>				
PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA				
TORAX E ABDOMEN NORMAL ECG 15				
<b>EXAME DE IMAGEM</b>				
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA EXPOSTA)				
RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)				
<b>CID10</b>				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
<b>Conduta</b>				
Em observação				

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Dr. José Calixto da Silva Filho  
Médico de Urgência Geral  
CRM: 3650  
JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO  
(3650/PB)

**Parecer Médico**

<b>Nome</b> RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	<b>Idade</b> 26A 7M 28D	<b>Profissional</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1143379	<b>Data de Entrada</b> 15/02/2019 15:40:03	<b>Permanência na Unidade</b> 1h min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Permanência no Leito</b>
<b>Clinica</b> CIRURGIA GERAL		

**Parecer médico**
**Especialidade**  
NEURO CIRURGIA  
**Motivo da solicitação**  
ORTOPEDIA  
**Data da Solicitação:** 15/02/2019 17:00:14

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO. PCT COM LAPSO DE MEMÓRIA RECENTE, REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO. NÃO LEMBRA SE USAVA CAPACETE. RELATA QUE NÃO LEMBRA NEM QUE ESTAVA ANDANDO DE MOTO. REFERE DOR NA PERDA DIREITA E OMBRO ESQUERDO

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADA  
MID: IMOBILIZADO COM TALA-FIX. EDEMA (2+/4+) E CREPTAÇÃO NO TERÇO PROXIMAL. FERIMENTO NA REG. LATERAL DO TERÇO MEDIO DA PERNA  
PANTURRILHA LIVRE, SEM SINAIS DE TVP OU COMPARTIMENTAL  
MSE: DOR PALPAÇÃO DO TERÇO LATERAL DA CLAVICULA ESQUERDA. ADM LIMITADA PELA DOR. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES.

RX: FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DOS OSSOS DA PERNA

HD: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA  
AMNÉSIA LACUNAR??

CD: RX OMBRO ESQUERDO + CLAVICULA

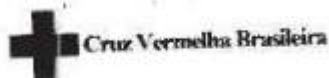
TC CRÂNIO  
AVALIAÇÃO DA NCR

**Parecer**
**Data de Resposta:**

Dr. Tiberio  
Ortopedia

Handmark  
15/02/2019 17:00:14  
340





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**Parecer Médico**

<b>Nome</b> RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	<b>Idade</b> 26A 7M 28D	<b>Profissional</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1143379	<b>Data de Entrada</b> 15/02/2019 15:40:03	<b>Permanência na Unidade</b> 7 n
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Permanência no Leito</b>
<b>Clinica</b> CIRURGIA GERAL		

**Parecer médico**

**Especialidade**  
ORTOPEDIA

**Profissional**

**Motivo da solicitação** **Data da Solicitação:** 15/02/2019 15:47:22  
FRATURA EXPOSTA PERNA DIREITA

**Parecer** **Data de Resposta:**

Dr. José Carlos de Faria Filho  
Cirurgião Geral  
CRM: 365.141



ruiz Veruelha  
Brasileira

# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO	Data de Nascimento	18/06/1992	Idade	26a 7m 28d	Sexo	FEMININO	Nº	1143379	Nº Prontuário		Data Prescrição	15/02/2019 17:06:32
Motivo do Atendimento				Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição	15/02/2019 17:06:00 - 16/02/2019 17:06:00				
Convênio	SUS	Matrícula			Data da entrada	Data da Internação	Permanência na	Permanência no	Série				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Apreçamento
1 CEFAZOLINA SODICA 1G - D(1/1)	2000,0	MG		E.V.		AGORA	11.20
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		AGORA	11.20
3 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	11.20
4 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	11.20

Reimpresso por  
dia:

Dr. Tiberio Vanomark Chaves Bezerra  
CRM-150766277 (01/2019)

Assinatura e Carimbo do Profissional

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
CRM. 8252



Data: 15/02/19 17:06  
Usuário: TIBERIO  
Boleim: 1143379



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931908068

Data Nasc: 8/06/1992 - 26 anos

Paciente: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Data Exame: 5/02/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

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

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

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

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Estrutura óssea anatômica.

Material amorfo, com densidade de partes moles nas cavidades paranasais, sugestivo de secreção.

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

*Este laudo foi liberado em 16/02/2019 12:24.*



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
CRM 6933 - PB





## CERTIDÃO


Nº. 1140/2019

Atendendo solicitação de **ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº206361 e Prontuário Nº 2019.02.1084 pertencentes a paciente **RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO** requerente que foi atendido dia 15/02/2019 às 23H42min, vítima de acidente de moto apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico a 15/02/2019, 13/03/2019 e 20/03/2019 com alta médica dia 21/03/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de julho de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 206361 Atd: Nao Regul  
Data: 15/02/2019  
Hora: 23:42:47  
Recep: Ionista: ROSICLE BEZERRA DOS  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988143655

Num. Prontuario: 2019.02.001884

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/06/1992 Id: 26 ano(s)

End.: RUA COMERCIANTE JOSE AUGUSTO TRINDADE, 51

Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

T Doc. Responsavel: 988143655 / SEM DOCUMENTO: SD

Previdencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Lesão Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente moto, encaminhada do  
trauma com sinais de evolução. com dor e ferimento

Diagnostico

Conduta

EXAMENHO DE LESÃO DE PERNIL

Prescrição

Horario da medicação

20 ROLLO C/ALCOOL

Dr. Yuri Ordeiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 11507

Dr. T. C. L.

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

-----  
Reservado p/ liberacao  
-----

Assinatura da Enfermagem  
-----

PROCEDIMENTO REALIZADO  
-----

-----  
DESTINO DO PACIENTE  
-----

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

-----

Assinatura do Paciente/Responsavel  
-----

Assinatura e Carimbo do Medico  
-----





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Denise Luana F. do Nascimento</u>		Data da Admissão: <u>15.02.19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: _____	
QPD: <u>Dor em pé (D)</u>			
HDA: <u>U. b. de acidente de moto (1)</u> <u>trauma em pé (D) apresentando</u> <u>dor + deformidade + FCC</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
SME: [ ] Dor _____ [ ] Rigidez p. repouso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade _____ [ ] Anêmia [ ] Libido [ ] Humor			

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP (C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fr. Exp. nos Ossos perna DConduta: Internar no Cirú



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <b>RENATA LUANA FELIX</b>				Região: <b>NAF</b>	
Idade:	Sexo: <b>F</b>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <b>13/03/15</b>	Cirurgião: <b>Dr. MILTON</b>		1º Assistente: <b>—</b>		
2º Assistente: <b>—</b>		3º Assistente: <b>—</b>		Instrutor: <b>—</b>	
Anestesista: <b>Dr. MARINA</b>	Tipo Anestesia: <b>SEDAC</b>		Horário:	I: <b>09:00</b>	T: <b>09:40</b>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>Fratura no osso da perna D. com fixação externa</b>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>Omeio/mo</b>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<b>Retirada do fixador externo da perna D.</b>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

ção e Preparo:

① Paciente em Decúbito  
do LAL por Anestesia

**Incisão:**

2) criados 5 de x ~~criados~~

### Achados:

Achados:

(3) *Cephus* *capensis*

**Conduta:**

Conduta: RETENÇÃO fixador  
EXTENSO na PERNA.

(5)  $\text{Cu}^{2+} \text{V} \rightarrow \text{Cu}^{+} \text{V}^{2+}$

⑨ ex pr cont

## Fechamento

ntor

**OBS:**

## Data

1303A ↑

Dr. Milton da Silva Linhares  
RM 4714 TEOT 6415  
Especialista em Traumatologia

**MEDICO/CRM**

Nome: <i>Renata Luana Felix do Nascimento</i>				Registro:	
Idade: <i>26 a</i>	Sexo: <i>Fem</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>20/03/2019</i>			Cirurgião: <i>Thales Nuceiro</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		
Anestesista: <i>José Ribamar</i>			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i>				<i>S82.2</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

## Incisão:

*Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna**Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério**Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia*

## Achados:

*Visualização de foco de re-fratura da tibia*

## Conduta:

*Realizada manobra de redução de fragmentos ósseos (observada presença "asa de borboleta")**Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø4.5mm**Aposição de 05 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco de fratura**Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco de fratura**Realizada janela óssea de em tibia proximal para retirada de enxerto ósseo**Aposição de enxerto osseo em falha medial de diáfise de tibia**Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%**Realizado RX controle*

## Fechamento:

*Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele**Curativo*

## OBS:

Data: 20/03/2019

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 21.880-3  
SBTO 9503

MÉDICO CRM





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome: RENATA LUNA FELIX DO NASCIMENTO</b>				<b>Registro:</b>	
Idade: 26	Sexo: FEM	Cor:	Clínica:	EM:	LR:
Data: 15/02/2019	Cirurgião: DR. PACELLI			1º Assistente: DR. YURY (R1)	
2º Assistente: DR.		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: DR		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
O MESMO					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
REDUÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( X ) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( X ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( X ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia.

Assepsia e Anti-sepsia

Aposição de campos estéreis

**Incisão:** AMPLIADA LESÃO PUNTIFORME

### Achados:

FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA

### Conduta:

Limpeza exhaustiva com SF 0,9%

Realizado manobra de redução sob escopia

Aposição de fixador externo

Limpeza com SF 0,9 %

Sutura de pele

Curativo

Rx controle

### Fechamento:

**OBS:** interno paciente para antibiótico terapia e 2 tempo cirúrgico.

Data: 15 / 02 / 2019

Dr. Yury Cordeiro  
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

CRM 17.171  
MÉDICO/CRM

AREA VERMELHA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA PB, 58031090  
Tel:  
CNES: 6121221

Paciente <b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>	BAE 1143379	Data/Hora Entrada 15/02/2019 15:40:03	Data Baixa
Data de nascimento 18/06/1992	Idade 26a 7m 29d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 968143655
Mãe <b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>		CNS	Prontuário
Endereço COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS S.	Nº Cons. Regional 9985/PB
Data/Hora Classificação 15/02/2019 15:40:03		Data/Hora Prescrição 15/02/2019 21:32:27	

### Anamnese

IRURGIA GERAL#

FIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EVOLUINDO NO MOMENTO, SEM QUEIXAS TORÁCICAS OU ABDOMINAIS. REFERE AMNESIA, PORÉM JÁ DE ALTA DA NCR. AO EXAME: TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA, MV PRESERVADO EM AMBOS HTX'S. ABDOME SEMIGLOBOSO, FLUIDO, PLANO, IDO, PLANO,

CD: 1) ALTA DA CIR GERAL  
2) AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

STAFF: DR MANGUEIRA

### Conduta

Em observação

Dr. Claudino Júnior  
MR Cirurgião Geral  
CRM - PB 9985

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR  
CRM: 9985/PB



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ATENDIMENTO

NOME Renata Luana Felix do Nascimento

IDADE 27 ANOS

SEXO Fem

COR

CLÍNICA

Ortopedia

DATA DE ADMISSÃO  
15/07/2019

DATA DE ALTA 25/07/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pseudoartrose de Tíbia D

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea de

TERAPIA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA  
☒ MELHORADO  
ÓBITO

☐ REMOVIDO

☐ A PEDIDO

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

Paciente portador(a) de pseudoartrose dos ossos da perna foi submetido(a) a tratamento cirúrgico de redução aberta e fixação com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas com medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório para continuidade de tratamento e orientações.

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, AINE

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira e

24/07/2019

DATA

TA

PRONTUÁRIO Nº

ENF.24

IEII

TEMPO DE PERMANÊNCIA

CIO

S82.3 + S

Tíbia

LETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

☐ CURADO ☐

do(a) a tratamento cirúrgico de redução aberta e fixação com placas e orientações com relação a este serviço para continuidade

hipertenso, renal crônico, etc...

maior em 90 dias.

as ao dia. Não colocar produtos tópicos no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

07 dias para revisão. DR. JORGE AUGUSTO

Dr. Yuri Cordeiro  
CRM 11407 PB

Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M

EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TI



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Renata Luana Félix do Nascimento

IDADE 27 ANOS

SEXO Femi

COR

CLÍNICA

Ortopedia

DATA DE ADMISSÃO  
15/07/2019

DATA DE ALTA 25/07/2019

DIAGNÓSTICO INICIAL

Pseudoartrose de Tibia D

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

☒ MELHORADO

☐ REMOVIDO

☐ A PEDIDO

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de pseudoartrose dos ossos da perna foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese e nova osteossíntese através de placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação a medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório para tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético(a)

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, AINE

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira

24/07/2019

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS e demais benefícios de tratamento.

PRONTUÁRIO Nº

ENF. 24

1811

TEMPO DE PERMANÊNCIA

CID

S82.3 + 5

tibia

COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

☐ CURADO

tido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação com placas e orientações com relação a medicação deste serviço para continuidade

hipertenso, renal crônico, etc...

vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

em 07 dias para revisão. DR. JORGE AUGUSTO

Dr. Yuri Cordeiro

CRM-11507-PB

Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M

EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TR

TO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.802.299 -2 VIA DATA EMISSÃO 28/11/2014

NOME RENATA LUIZA FELIX DO NASCIMENTO

PAIÃO REGINALDO MIGUEL DO NASCIMENTO  
FRANCISCA FELIX DE OLIVEIRA

PRONT 03013

MUNICÍPIO JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 18/06/1992

DOIS DIAS  
MASC.M.76774 FLS.180-V LIV.A-00072  
CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB

CPF 087.702.244-55

LEI Nº 7.116 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-236

*Renata Luiza Felix do Nascimento*

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPRADO EM PREV

13 AGO. 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011  
NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA  
FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
JOÃO PESSOA-PB 07/02/1985  
DOG CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063  
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB  
CPF 011.197.984-69  
LEI Nº 116 DE 29/09/83

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
13 Abr. 2019  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
AG. JOÃO PESSOA

**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: **3200079707**

Nome do(a) Examinado(a): **RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA JOSE AUGUSTO TRINDADE, 51 - João Pessoa - PB - CEP 58027-768**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **3802299**

Data e local do acidente: [ **15/02/2019** ] **Retão de Manaíra Cidade de João Pessoa**

Data e local do exame: [ **16/03/2020** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura exposta da tíbia direita e fratura fechada da clavícula esquerda.*

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

*Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, deformidade da clavícula esquerda devido consolidação viciosa da fratura, com hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular com perda de 50% de flexão e abdução, deficit de força motora do ombro esquerdo, apresenta extensa cicatriz cirúrgica na perna direita, limitação de mobilidade articular de joelho com perda de 50 graus de flexão e de tornozelo direito com perda de 40% de flexão plantar e de 30% de flexão dorsal, hipotrofia da perna deficit de força motora do membro inferior 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 conservador da fratura da clavícula e tratamento cirúrgico de urgência da fratura da perna com a colocação de fixador externo que depois foi convertida em síntese interna com placa e parafusos, evoluindo com pseudoartrose e quebra de material de síntese sendo necessário novo procedimento com colocação de enxerto e nova placa e parafusos.*

**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 deformidade da clavícula esquerda, limitação de mobilidade e deficit de força motora do ombro esquerdo, claudicação da marcha, limitação de mobilidade articular do joelho e tornozelo direito, deficit de força motora do membro inferior 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.**

**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):

ombro esquerdo

% 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):

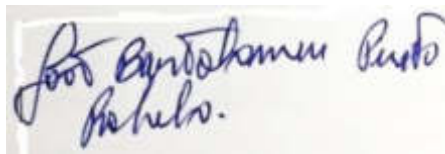
membro inferior direito.

% 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

**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



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190477620

Data da solicitação: 17/02/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Renata Luana Felix do Nascimento

CPF do beneficiário: 087.702.244-55

Nome do solicitante: Giullyana Elaine de Amorim Nêga

CPF do solicitante: 011.197.984-69

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: (83) 99921-9283

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail:

**INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO**☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☐ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

**NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**João Pessoa, 17/02/2020.  
Local e Data  
Giullyana Elaine de Amorim Nêga  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190477628 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TÍBIA (P.17,18,19,20,21,22)  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA CLAVÍCULA.(P.3)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Renata Luana Felix do Nascimento, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Autônoma, residente e domiciliado à Rua José Augusto Trindade nº 51, bairro Jardim Acau, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 57097-621, portador(a) do Rg nº 3.202.909, SSP/PB e CPF nº 027.702.244.55.

**Outorgado:** Gullyana Flávia de Amorim, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Cas. João Machado nº 335, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58000-000, portador(a) do RG nº 266.829.1, SSP/PB e CPF nº 1.197.984-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Renata Luana Felix do Nascimento ocorrido em 15/1/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidiz.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 15 de 7 de 2019.

Renata Luana Felix do Nascimento  
Outorgante  
CPF Nº 027.702.244.55

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdade.

CARTÓRIO  
2º OFÍCIO DE NOTAS  
FABIO BATISTA

### RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019

Reconheço por autenticidade a firma de:  
RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 15/01/2019.  
EMOL: R\$ 8,91. FEPJ: R\$ 1,06. FAPEN: R\$ 0,29. ISS: R\$ 0,20.  
SELO DIGITAL: AFW58310-LN7N  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

FABIO ROBERTO C. BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



COMPRESSEIROS E INDUSTRIA S/A.  
13 AGL  
PROT. LOI  
AG. JOÃO PESSOA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277624/19

**Vítima:** RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

**CPF:** 087.702.244-55

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/02/2019

**Titular do CPF:** RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

### RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO : 087.702.244-55

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](http://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: 13/08/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200079707 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura fechada da clavícula esquerda.  
Fratura exposta da tíbia direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta claudicação da marcha, deformidade da clavícula esquerda devido consolidação viciosa da fratura, com hipotrofia muscular, limitação de mobilidade articular com perda moderada de flexão e abdução, deficit de força motora do ombro esquerdo.  
Apresenta extensa cicatriz cirúrgica na perna direita, limitação de mobilidade articular de joelho com perda de 50 graus de flexão e de tornozelo direito com perda de 40% de flexão plantar e de 30% de flexão dorsal, hipotrofia da perna deficit de força motora do membro inferior direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento conservador da fratura da clavícula e tratamento cirúrgico de urgência da fratura da perna com a colocação de fixador externo que depois foi convertida em síntese interna com placa e parafusos, evoluindo com pseudoartrose e quebra de material de síntese sendo necessário novo procedimento com colocação de enxerto e nova placa e parafusos.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/03/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50