



Número: **0847313-43.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                   |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                             |                   |
|------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO (AUTOR) |                    | ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)<br>GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)               |                    |                                                                                           |                   |
| Documentos                               |                    |                                                                                           |                   |
| Id.                                      | Data da Assinatura | Documento                                                                                 | Tipo              |
| 35411370                                 | 13/10/2020 19:59   | <a href="#">2756917_CONTESTACAO_Anexo_02</a>                                              | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 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,

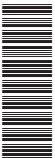
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15531326

Pag. 00729/00730 - carta\_01 - INVALIDEZ

00040365





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00465/00466 - carta\_02 - INVALIDEZ

00070233



Carta nº 15542455



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:59:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319592357100000033831785>

Número do documento: 20101319592357100000033831785

Num. 35411370 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 03 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

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

|                                  |                                                                                                                                                 |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comprovante de residência</b> | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato. |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01845/01846 - carta\_03 - INVALIDEZ

00040923



Carta nº 15567634





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

**Rio de Janeiro, 26 de Março de 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: ☐ DAMS (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: 58 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: PB 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).

**DADOS CADASTRAIS**  
RENDA 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) 09.013 ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1909 CONTA: 53881 3 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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a (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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? ☐ 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal. (ressarcir o valor recebido, além da indenização)

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Renata Luana Felix do Nascimento

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
13.08.2019  
PROTEÇÃO  
JOÃO PESSOA

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA TODOS.

FPS.001 V001/2018





**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, e esta 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, Ato 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 Próximo 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 Manaíra; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/02/2019 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

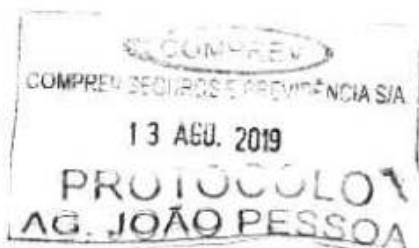
QUE NA TARDE DO DIA 15/02/2019, POR VOLTA DAS 14:30 A DECLARANTE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA/QUE VADIU-SE DO LOCAL EM SEGUIDA SEM PRESTAR SOCORRO A DECLARANTE, QUE O FATO OCORREU QUANDO A MESMA ESTAVA NA VIA CICLISTA; QUANDO UMA MOTO INVADIU A VIA E ATROPELOU A DECLARANTE, 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, FRATURA 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 PARA O 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: ☐ DAMS (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: 58 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Mandacaru Cidade: João Pessoa Estado: PB 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).

RECEITA MENSAL:  
☒ RECURSO 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) 09.013 ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1909 ☐ CONTA: 53881 ☐ 3 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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a (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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a) informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? ☐ 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal. (ressarcir o valor recebido, além da

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Renata Luana Felix do Nascimento

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura

Assinatura

(\*) 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. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA TODOS.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO JACENA  
DIVISÃO MÉDICA



## 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 DE 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.



# 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

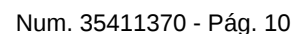
---

---

Nr. da Autenticação 78563CF8411B6E5B



COMPREZ SEU AUTO DE CONCORDANCIA SIA  
13 AGO. 2011  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO DE



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Basta para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 027.586.743



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Cidade: Marilândia - João Pessoa / PB - CEP 58071-430  
CNPJ 06.685.163 / 0001-46 Ins. Est. 16.915.823-6

| DADOS DO CLIENTE                                                                   |              |         | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |               |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO<br>AV JOAO MACHADO 553 SL 127<br>JOAO PESSOA |              |         | 1313928-2                  |               |
| REFERÊNCIA                                                                         | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO                 | TOTAL A PAGAR |
| JUL/2019                                                                           | 09/07/2019   | 128     | 16/07/2019                 | R\$ 112,30    |

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



DESTAQUE AQUI

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO  
Roteiro: 54-501-039-2750  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/07/2019

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA         |
|------------|---------------|-------------------|
| 16/07/2019 | R\$ 112,30    | 1313928-2019-07-5 |

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

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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 Blacio de Amorim Nogueira inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.397.9054 / 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>553</u>              | Complemento                                   |
| Bairro <u>Centro</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 Blacio de Amorim Nogueira  
Assinatura do Declarante

DLJRL001 V001/2017



15/02/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?ID=1143379&amp;id=518936&amp;pesquisa=S&amp;perform=im...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                          |                                                    |                                                        |                                              |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>      | BAE<br><b>1143379</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>15/02/2019 15:40:03</b>        | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>18/06/1992</b>                  | Idade<br><b>26a 7m 28d</b>                         | Sexo<br><b>Feminino</b>                                | Telefone de Contato<br><b>(83) 988143655</b> |
| Mãe<br><b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>            | Bairro<br><b>ALTO DO CÉU</b>                       | Município<br><b>JOÃO PESSOA</b>                        | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51</b> | Motivo<br><b>ATROPELAMENTO</b>                     | Profissional<br><b>TIBÉRIO VANOMARK CHAVES BEZERRA</b> | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X PEDESTRE</b>                       | Data/Hora Prescrição<br><b>15/02/2019 17:06:32</b> | Nº Cons. Regional<br><b>8252/PB</b>                    |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>15/02/2019 15:40:03</b>    |                                                    |                                                        |                                              |

## Anamnese

## ORTOPEDIA

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO. NÃO LEMBRA SE USAVA  
PCT COM LAPSO DE MEMÓRIA RECENTE, REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO  
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: MOBILIZADO 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 PERNA ESQUERDA  
AMNESIA LACUNAR

CD: ATB

RX OMBRO ESQUERDO

TC CRANIO

AVALIAÇÃO NCR

## MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA POR 1 DIA(S)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

## Conduta

Em observação

COMISSÃO DE SEGURANÇA E PREVENÇÃO S/A  
13 ABR. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 15/02/2019 15:41:09

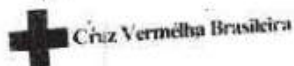


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:59:26

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319592357100000033831785

Número do documento: 20101319592357100000033831785

Num. 35411370 - Pág. 13



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |                                             |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                               | BAE<br>1143379                                              | Data/Hora Entrada<br>15/02/2019 15:40:03    | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>18/06/1992                                                                                                                                                                                                                                  | Idade<br>26a 7m 29d                                         | Sexo<br>Feminino                            | Telefone de Contato<br>(83) 988143655 |
| Mãe<br><b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                     | Bairro<br>ALTO DO CÉU                                       | Município<br>JOAO PESSOA                    | Prontuário                            |
| Endereço<br><b>COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51</b>                                                                                                                                                                                                          | Profissional<br><b>CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR</b> | UF<br>PB                                    | Nº Cons. Regional<br>9985/PB          |
| Acidente<br><b>MOTO X PEDESTRE</b>                                                                                                                                                                                                                                | Motivo<br><b>ATROPELAMENTO</b>                              | Data/Hora Prescrição<br>15/02/2019 21:32:27 |                                       |
| Data/Hora Classificação<br>15/02/2019 15:40:03                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                             |                                       |
| <b>Anamnese</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                             |                                             |                                       |
| #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<br>2) AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                             |                                       |
| STAFF: DR MANGUEIRA                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |                                             |                                       |
| <b>Conduta</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                             |                                       |
| Em observação                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |                                             |                                       |

*Claudino Junior*  
Dr. Claudino Garot  
CRM - PB 9985

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

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

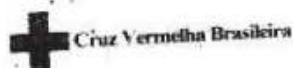
Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 15/02/2019 15:41:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:59:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319592357100000033831785>

Número do documento: 20101319592357100000033831785



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

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

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

### Anamnese

#### ORTOPEDIA

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO. NÃO LEMBRA SE USAVA  
PCT COM LAPSO DE MEMÓRIA RECENTE, REFERE NÃO LEMBRAR DO OCORRIDO.  
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 TTO 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

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 15/02/2019 15:41:09

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
(CRM: 8252/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 833216-0000

Boletim de Atendimento: 1143379



### Identificação do paciente

|                                               |                                                 |              |                                              |                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| ID<br><b>1376389</b>                          | Nome<br><b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b> | Estado civil | Religião                                     | Sexo<br><b>Feminino</b> |
| Data de nascimento<br><b>8/06/1992</b>        | Idade<br><b>26 anos 7 meses 28 dias</b>         |              |                                              | Prontuário              |
| Mãe<br><b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b> |                                                 |              | Pai<br><b>REGINALDO MIGUEL DO NASCIMENTO</b> |                         |
| Escolaridade                                  |                                                 |              | Responsável (Paciente ou A MESMA - O MESMO)  |                         |
| DDD Móvel<br><b>83</b>                        | Fone Móvel<br><b>988143655</b>                  |              | DDD Fixo                                     | Fone Fixo               |
| Tipo documento                                | Número documento                                |              | Nº Cns                                       |                         |
| Local de procedência<br><b>MANAIRA</b>        |                                                 |              | Tipo<br><b>BAIRRO</b>                        | UF<br><b>PB</b>         |
| Email                                         | Naturalidade<br><b>JOAO PESSOA</b>              |              | CBO/R                                        |                         |

### Endereço

|                        |                                               |                 |                                                        |
|------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|
| CEP<br><b>58027621</b> | Município de residência<br><b>JOAO PESSOA</b> | UF<br><b>PB</b> | Logradouro<br><b>COMERCIANTE DESE AUGUSTO TRINDADE</b> |
| Número<br><b>51</b>    | Complemento                                   |                 | Bairro<br><b>ALTO DO CÉU</b>                           |

### Admissão

|                                           |                                               |                                           |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Data e Hora<br><b>15/02/2019 15:40:03</b> | Número da pulseira<br><b>1000007110831</b>    | Convênio<br><b>SUS</b>                    |
| Especialidade<br><b>CIRURGIA GERAL</b>    | Clinica                                       |                                           |
| Classificação de risco                    | Origem do paciente<br><b>RUA</b>              |                                           |
| Caráter de atendimento                    | Motivo do atendimento<br><b>ATROPELAMENTO</b> | Detalhe do acidente<br><b>MOTO X PEDI</b> |

### Indicadores e Transporte

|                                                  |                              |                                  |                      |
|--------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Caso policial<br><b>Não</b>                      | Plano de saúde<br><b>Não</b> | Veio de ambulância<br><b>Não</b> | Trauma<br><b>Não</b> |
| Meio de transporte<br><b>RESGATE - BOMBEIROS</b> | 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 Mendes de Araújo  
COREN-PB 558 - ENF*

Diagnóstico

Atendido por  
**PRISCILA JORGE DA SILVA**

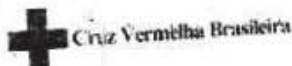
Imprimir

CID

Tempo  
**01min 06seg**

15/02/2019 15:40





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                | RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO      | 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                     | ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO       | Bairro       | ALTO DO CÉU                        | Município            | JOAO PESSOA         | Prontuário          |                |
| Endereço                | COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51 | Profissional | EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE | UF                   | PB                  | Nº Cons. Regional   | 6215/PB        |
| Acidente                | MOTO X PEDESTRE                       | Motivo       | ATROPELAMENTO                      | Data/Hora Prescrição | 15/02/2019 20:40:59 |                     |                |
| Data/Hora Classificação | 15/02/2019 15:40:03                   |              |                                    |                      |                     |                     |                |

### 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

EMERSON MAGNO DE ANDRADE  
NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 6215

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE  
(: 6215/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 15/02/2019 15:41:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:59:26

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319592357100000033831785>

Número do documento: 20101319592357100000033831785

15/02/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?comando=1&sempre=...

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

TIBERIO VANDERCK CHAVES BEZERRA  
(CPF: 8252/PB)

Dr. Tiberio Vanderck Chaves Bezerra  
OAB/PB 8252  
CRM 10.000.000.000.000.000



15/02/2019

172.16.0.6:8080/cvd/pages/prescricao.do?control=7



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                                                                |                                             |                                             |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO</b>                                            | BAE<br>1143379                              | Data/Hora Entrada<br>15/02/2019 15:40:03    | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>18/06/1992                                                               | Idade<br>26a 7m 28d                         | Sexo<br>Feminino                            | Telefone de Contato<br>(83) 988143655 |
| Mãe<br><b>ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO</b>                                                  | Bairro<br>ALTO DO CÉU                       | Município<br>JOÃO PESSOA                    | Prontuário                            |
| Endereço<br>COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51                                              | Motivo<br>ATROPELAMENTO                     | Profissional<br>JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO | UF<br>PB                              |
| Acidente<br>MOTO X PEDESTRE                                                                    | Data/Hora Prescrição<br>15/02/2019 15:47:48 | Nº Cons. Regional<br>3650/PB                |                                       |
| Data/Hora Classificação<br>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 Geral  
CRM: 3650  
JOSE CALIXTO DA SILVA FILHO  
(3650/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 15/02/2019 15:41:09

Boletim de controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=518868&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimir 1/1

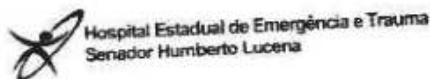
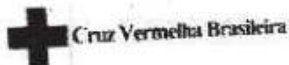


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:59:26

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319592357100000033831785

Número do documento: 20101319592357100000033831785

Num. 35411370 - Pág. 19

**Parecer Médico**

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

**Parecer médico****Profissional****Especialidade**

NEURO CIRURGIA

**Motivo da solicitação****Data da Solicitação:** 15/02/2019 17:00:14

ORTOPEDIA

PCT TRAZIDA PELO RESGATE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO. NÃO LEMBRA SE USAVA  
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

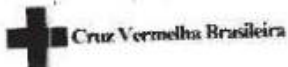
HD: FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA  
AMNÉSIA LACUNAR??

CD: RX OMBRO ESQUERDO + CLAVICULA

TC CRÂNIO

AVALIAÇÃO DA NCR

**Parecer****Data de Resposta:**Dr. Tiberio  
OrtopediaVapomark  
340



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**Parecer Médico**

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

**Parecer médico**

**Especialidade**

ORTOPEDIA

**Motivo da solicitação**

FRATURA EXPOSTA PERNA DIREITA

**Parecer**

**Profissional**

**Data da Solicitação:** 15/02/2019 15:47:22

**Data de Resposta:**

Dr. Suelio Moreira Torres  
Cirurgião Geral  
CRM: 360141





# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

|                       |                                  |                    |            |                    |                 |      |          |                        |                                           |               |                     |                |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------|------------|--------------------|-----------------|------|----------|------------------------|-------------------------------------------|---------------|---------------------|----------------|
| Nome                  | RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO | Data de Nascimento | 18/06/1992 | Idade              | 26a 7m 28d      | Sexo | FEMININO | Nº                     | 1143379                                   | Nº Prontuário | 15/02/2019 17:06:32 |                |
| Motivo do Atendimento |                                  |                    |            | Enfermagem / Leito |                 |      |          | Validade da Prescrição | 15/02/2019 17:06:00 - 16/02/2019 17:08:00 |               |                     |                |
| Convênio              | SUS                              | Matrícula          |            |                    | Data da entrada |      |          | Data da Internação     |                                           |               | Permanência na      | Permanência no |

| Nome do medicamento                        | Dose   | U.M. | Orientação de Uso | Via de Admín. | Veloc. Inf. | Pos   | Apresentamento |
|--------------------------------------------|--------|------|-------------------|---------------|-------------|-------|----------------|
| 1 CEFALOXIMA 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 TRANADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML) | 2.0    | ML   |                   | E.V.          |             | AGORA | 11.20          |

Retirado por:   
Data: 13/10/2020

Assinatura e Carimbo do Profissional

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
CRM. 8252



**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. Phydios L. F. de Carvalho**  
CRM 6933 - PB





## CERTIDÃO

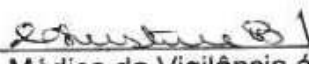
Nº. 1140/2019

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  
Recepcionista: 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 anos(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 Estado Civil: NAO INFORMADO  
Ocupação:  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO  
Resp.: RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO  
T Doc. Responsavel: 988143655 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

Caixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

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

Exame Fisico

Diagnostico

Conduta

Exame Fisico

Prescrição

Horario da medicação

20 RUCO C/1000

Dr. Yuri Ordeiro  
Médico de Emergência  
CRM: 11507

Dr. T. C. L.



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtd | 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:                                                                                                                                                                                       | Dennis Luana F. do Nascimento                                                             |               |                         | Data da Admissão: | 15.02.19 |
| Prontuário:                                                                                                                                                                                 | Idade:                                                                                    | Enfermaria:   | Leito:                  |                   |          |
| Nome da Mãe:                                                                                                                                                                                | Bairro:                                                                                   |               |                         | Profissão:        |          |
| Endereço:                                                                                                                                                                                   | Cidade:                                                                                   | Estado:       | Fone:                   | Religião:         |          |
| Sexo: F ( ) M ( )                                                                                                                                                                           | Cor:                                                                                      | Estado Civil: | Data de Nascimento: / / |                   |          |
| Escolaridade:                                                                                                                                                                               | Data de Nascimento: / /                                                                   |               |                         |                   |          |
| QPD:                                                                                                                                                                                        | Dor em pé (0)                                                                             |               |                         |                   |          |
| DA:                                                                                                                                                                                         | V. h. de acidente de moto (1)<br>trauma em pé (0) apresentando<br>dor + deformidade + FCC |               |                         |                   |          |
| Medicações em uso:                                                                                                                                                                          |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| Interrogatório Sintomatológico:                                                                                                                                                             |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso Kg em [ ] Prurido [ ] Sudorese<br>[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros:           |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| Pele:                                                                                                                                                                                       |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe<br>[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: Visão:                      |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| AR e ACV: [ ] Dor [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise<br>[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema Outros:                                                        |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| ABD: [ ] Dor [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas<br>[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria<br>[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras:                                           |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| SME: [ ] Dor [ ] Rigidez p. repouso [ ] Deformidades<br>[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos                                    |                                                                                           |               |                         |                   |          |
| SN e PSO: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade<br>[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor                                                                     |                                                                                           |               |                         |                   |          |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**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: Ex. Exp. dos Ossos perna DConduta: Internar p. Ciria



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                                                       |                    |                        |            |                         |                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------|------------|-------------------------|-------------------|--|
| Nome:                                                                 | RENATA LUANA Felix |                        |            | Região:                 | Nascer            |  |
| Idade:                                                                | Sexo:              | Cor:                   | Clínica:   | EMP:                    | LR:               |  |
| Data:                                                                 | 13/03/19           | Cirurgião:             | Dr. Milton | 1º Assistente:          | —                 |  |
| 2º Assistente:                                                        | —                  | 3º Assistente:         | —          | Instrutor:              | —                 |  |
| Anestesista:                                                          | Dr. MARINA         | Tipo Anestesia:        | sedação    | Horário:                | I: 09:00 T: 09:40 |  |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                        |                    |                        |            | CID                     |                   |  |
| Fratura de osso da perna D. com fixação externa                       |                    |                        |            |                         |                   |  |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                        |                    |                        |            | CID                     |                   |  |
| Omeia/mo                                                              |                    |                        |            |                         |                   |  |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                        |                    |                        |            | CÓDIGO                  |                   |  |
| Retirada do fixador externo da perna D.                               |                    |                        |            |                         |                   |  |
| Acidente durante Ato Cirúrgico                                        |                    | 1 ( ) Sim<br>2 (X) Não |            | Descreva:               |                   |  |
| Biópsia de Congelação:                                                |                    | 1 ( ) Sim<br>2 (X) Não |            |                         |                   |  |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:                        |                    |                        |            |                         |                   |  |
| 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito |                    |                        |            | durante o Ato Cirúrgico |                   |  |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em decúbito  
Dorsal sob anestesia

Incisão:

② curvatura da coluna  
e afecção

Achados:

③ lesões da coluna operadas

Conduta:

④ Retorno fixador  
externo na coluna

⑤ curvatura  
da coluna sob tração

⑥ RX pós cirurgia  
de coluna

Fechamento

OBS:

Data:

13/03/17

Dr. Afonso da Silva Linhares  
RMA 4714 TEOT 6415  
Especialista Traumatologia

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira, João Pessoa - PB.

|                                                                                               |                  |      |                                     |              |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------------------|--------------|-----|
| Nome: <i>Renata Luana Félix 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 Maceiro</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 |                  |      |                                     |              |     |



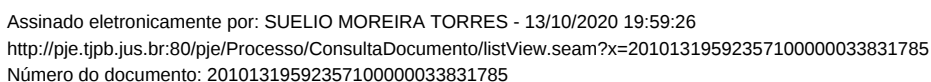
| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Posição e Preparo:</b>                                                                 |  |
| Paciente em decúbito dorsal sob anestesia                                                 |  |
| Assepsia + Antissepsia                                                                    |  |
| Aposição de campos cirúrgicos estéreis                                                    |  |
| <b>Incisão:</b>                                                                           |  |
| 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                   |  |
| <b>Achados:</b>                                                                           |  |
| Visualização de foco de re-fratura da tibia                                               |  |
| <b>Conduta:</b>                                                                           |  |
| Realizada manobra de redução de fragmentos ósseos (observada presença "asa de borboleta") |  |
| Aposição de 01 Placa DCP estreita 04.5mm                                                  |  |
| Aposição de 05 parafusos corticais 0 4.5mm distais ao foco de fratura                     |  |
| Aposição de 04 parafusos corticais 0 4.5mm proximais ao foco de fratura                   |  |
| Realizada janela ossea 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                                                                     |  |
| <b>Fechamento:</b>                                                                        |  |
| Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele                                        |  |
| Curativo                                                                                  |  |
| <b>OBS:</b>                                                                               |  |

Data: 20/03/2019

Dr. Alexsandro Galvão  
Ortopedia  
CRM  
MÉDICO CRM

**MÉDICO CRM**

Rua Ad. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pes - PB





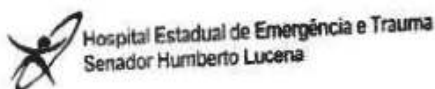
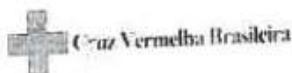
| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Posição e Preparo:</b>                                                  |
| Paciente em DDH sob anestesia.                                             |
| Assepsia e Anti-sepsia                                                     |
| Aposição de campos estéreis                                                |
|                                                                            |
| <b>Incisão:</b> AMPLIADA LESÃO PUNTIFORME                                  |
|                                                                            |
|                                                                            |
|                                                                            |
| <b>Achados:</b>                                                            |
| FX EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA                                              |
|                                                                            |
|                                                                            |
| <b>Conduta:</b>                                                            |
| Limpeza exaustiva 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                                                                |
|                                                                            |
|                                                                            |
| <b>Fechamento:</b>                                                         |
|                                                                            |
| <b>OBS: interno paciente para antibiótico terapia e 2 tempo cirúrgico.</b> |
|                                                                            |
|                                                                            |

Data: 15 / 02 / 2019

Dr. Yury Cordeiro  
Especialista em Reumatologia  
CRM 10514  
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                      |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|---------------------|
| Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                        | BAE                  | Data/Hora Entrada                    | Data Baixa          |
| RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                | 1143379              | 15/02/2019 15:40:03                  |                     |
| Data de nascimento                                                                                                                                                                                                                                                                              | Idade                | Sexo                                 | Telefone de Contato |
| 18/06/1992                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 26a 7m 29d           | Feminino                             | (83) 988143655      |
| Mãe                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      | CNS                                  | Prontuário          |
| ANA PAULA MARQUES DO NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                      |                     |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Bairro               | Município                            | UF                  |
| COMERCIANTE JOSÉ AUGUSTO TRINDADE, 51                                                                                                                                                                                                                                                           | ALTO DO CÉU          | JOAO PESSOA                          | PB                  |
| Acidente                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Motivo               | Profissional                         | Nº Cons. Regional   |
| MOTO X PEDESTRE                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ATROPELAMENTO        | CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR | 9985/PB             |
| Data/Hora Classificação                                                                                                                                                                                                                                                                         | Data/Hora Prescrição |                                      |                     |
| 15/02/2019 15:40:03                                                                                                                                                                                                                                                                             | 15/02/2019 21:32:27  |                                      |                     |
| <b>Anamnese</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                      |                     |
| CIRURGIA 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, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO. |                      |                                      |                     |
| CD: 1) ALTA DA CIR GERAL<br>2) AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                      |                     |
| STAFF: DR MANGUEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                                      |                     |
| <b>Conduta</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                      |                     |
| Em observação                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                      |                     |

Dr. Claudino Rodrigues dos Santos Junior  
CRM - PB 9985

RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR  
CRM: 9985/PB

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 15/02/2019 15:41:09



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Renata Luana Félix 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 (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) 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 de redução aberta e fixação com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação a este serviço 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

24/07/2019

DATA

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

PRONTUÁRIO Nº

ENF. 24

1111

TEMPO DE PERMANÊNCIA

CIC

S82.3 + S

Tíbia

LETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO

( ) CURADO ( )

do(a) a tratamento cirúrgico de redução aberta e fixação com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação a este serviço para continuidade de tratamento e orientações.

hipertensão, renal crônico, etc...

maior em 90 dias.

do(a) a tratamento cirúrgico de redução aberta e fixação com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação a este serviço para continuidade de tratamento e orientações.

07 dias para revisão. DR. JOSE AUGUSTO  
 Dr. Yuri Cordeiro  
 CRM 11407 PB  
 Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M.

IMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TI



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Renata Luana Felix 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*

TERAPIA 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 redução aberta e fixação interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação a de 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:

sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" 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 órgãos competentes.

PRONTUÁRIO Nº

ENF. 24

LEI

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 interna com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação a este serviço para continuidade de tratamento e orientações.

, hipertenso, renal crônico, etc...

maior em 90 dias.

vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Retornar imediatamente este Complexo Hospitalar.

em 07 dias para revisão. DR. JORGE AUGUSTO

Dr. Yuri Soriano  
CRM 11407 PB  
Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / C.R.M.

EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABAHO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME RENATA LUIZA FELIX DO NASCIMENTO

PAI RICHARDO MIGUEL DO NASCIMENTO  
MÃE FRANCISCA FELIX DE OLIVEIRA

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

DOS PAIS  
MASC.M. 76774 FLS. 180-V LIV.A-00072  
CARTÃO 2º JOÃO PESSOA-PB.

CPF 087.702.244-55

LEI Nº 7.116 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE REGISTRO CIVIL E DE IDENTIDADE

RENATA LUIZA FELIX DO NASCIMENTO

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPRADO EM PREV

13 AGU. 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA



AG JC [REDACTED] 33C A

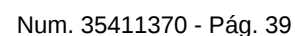
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA 15/02/2011  
NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA  
FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM  
MARIA DE FÁTIMA PINTO  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
JOAO PESSOA-PB 07/02/1985  
DOC CASAM N.18758 37 PLS.058 LIV.063  
CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB  
CPF 011.197.984-69  
JOSÉ PESSOA - PB  
ASSINATURA DO DETENTOR  
LEI Nº 7.116 DE 20/05/83

13 Abr. 2019  
PROTUCO  
AG. JOÃO PESS.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**COMPREV**  
C... E PREVIDENCIA S/A  
...  
...  
AG JO O 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, déficit 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 déficit de força motora do membro inferior direito.*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*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)?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Apresenta deformidade da clavícula esquerda, limitação de mobilidade e déficit de força motora do ombro esquerdo, claudicação da marcha, limitação de mobilidade articular do joelho e tornozelo direito, déficit 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):

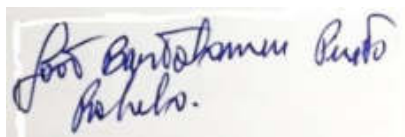
membro inferior direito.

% 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





## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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: 3190477628

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: Gullyana Elaine de Amorim Nêga

CPF do solicitante: 011.197.984-69

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9253

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) documento(s) 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  
Gullyana 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, à 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<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>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 da América, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 53097-621, portador(a) do Rg nº 3.202.919, SSP/SSAB e CPF nº 027.022.445-5.

**Outorgado:** Guilherme Flávia de Amorim, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Av. João Machado nº 335, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep.: 53097-621, portador(a) do RG nº 2668.292, SSP/SSAB 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 15/12/2019, 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 2015.

CARTÓRIO  
FABIO BATISTA

Renata Luana Felix do Nascimento  
Outorgante  
CPF Nº 027.022.445-5

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277624/19

**Vítima:** RENATA LUANA FELIX DO NASCIMENTO

**CPF:** 087.702.244-55

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

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

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

### 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, déficit 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 déficit 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          |
|                                                       |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>47,5 %</b> | <b>R\$ 6.412,50</b>   |

