



Número: **0802897-81.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **14/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36418 493	09/11/2020 14:20	<a href="#"><u>2763610_CONTESTACAO_Anexo_02</u></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, 11 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200107372**

**Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS**

**Data do Acidente: 12/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00231/00232 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15603048



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 1



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: 3200107372 Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data do Acidente: 12/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS**

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000018664-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pj.ejp.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Núm. 36418493 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1- Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2- Nº do sinistro ou ASL:	3- CPF da vítima:	4- Nome completo da vítima: <b>JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				

5- Nome completo: <b>JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS</b>	6- CPF: <b>110.172.204-50</b>		
7- Profissão: <b>RECUSO</b>	8- Endereço: <b>RUA MASILEU URBANO DOS SANTOS</b>	9- Número: <b>S/N</b>	10- Complemento: <b></b>
11- Bairro: <b>PARATIBA</b>	12- Cidade: <b>JOÃO PESSOA</b>	13- Estado: <b>PB</b>	14- CEP: <b>58000 000</b>
15- E-mail: <b></b>	16- Tel.(DDD): <b>(083) 9 8708 8728</b>		

<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>					
17- Nome completo do Representante Legal:					
18- CPF do Representante Legal:		19- Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input checked="" type="radio"/> RECUSO INFORMAR <input type="radio"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="radio"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="radio"/> SEM RENDA <input type="radio"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="radio"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
<b>21- DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="radio"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="radio"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):			<input type="radio"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="radio"/> Bradesco (237) <input type="radio"/> Itaú (341) <input type="radio"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="radio"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <b>3487</b>	CONTA: <b>18664</b>	<b>2</b>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

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

<b>22- DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				

<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>				
23- Estado civil da vítima:	<input type="radio"/> Solteiro	<input type="radio"/> Casado (no Civil)	<input type="radio"/> Divorciado	<input type="radio"/> Separado judicialmente
24- Data do óbito da vítima:				
25- Grau de Parentesco com a vítima:	26- Vítima deixou companheiro(a):	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	27- Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28- Vítima teve filhos? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	29- Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30- Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	31- Vítima teve irmãos? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	32- Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33- Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

<b>34</b> Impõe-se digital da vítima ou beneficiário (necessário para autenticação)	35- Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38- 1º   Nome: _____ CPF: _____
	36- CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37- (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39- 2º   Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha		

40- Local e Data, <b>JOÃO PESSOA - PB, 21/02/2020</b>	41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante), <b>JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS</b>	43- Assinatura do Procurador (se houver)
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)		
/002/2019		

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 4

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01972.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01972.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:53 horas do dia 20 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nessa Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Sandro de Souza Lima, Agente de Investigação, matrícula 1331540, ao final assinado, compareceu **Juliene Conceição Barbosa Matos**, CPF nº 110.172.204-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Tania Maria Barbosa de Oliveira e João Teixeira de Matis, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/04/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Protético Masileu Urbano dos Santos, complemento Qd. 03, Bloco 4, Apt. 309, Residencial Nice de Oliveira, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Residencial Nice de Oliveira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99858-8522.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Entre a Cidade de Conde e o Distrito de Gurugi, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/11/19 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NA DATA 12/11/2019 POR VOLTA DAS 19H30, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA RODOVIA PB-018, PRÓXIMO A CIDADE DE CONDE-PB, QUANDO TRAFEGAVA NA MOTO HONDA/CG125 TITAN, ANO 1997, COR VERDE, PLACA MNP 5528/PB (em nome de José Carlos Silva Gonçalves). E UM CAVALO ATRAVESSOU A RODOVIA, FAZENDO COM QUE A NOTICIANTE COLIDESSE NO MESMO, E CAINDO AO SOLO COM A MOTO, QUE A MESMA FOI LEVADA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE PASSOU POR CIRURGIA POIS TEVE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO, CID 10 S52.2 E S52.5, DE ACORDO COM LAUDO ASSINADO PELO MÉDICO JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB.

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

João Pessoa/PB, 20 de fevereiro de 2020.

  
SANDRO DE SOUZA LIMA  
Agente de Investigação

  
JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS  
Noticiante

Procedimento Policial: 01972.01.2020.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2- Nº do sinistro ou ASL: **410.172.204-50** 3- CPF da vítima: **410.172.204-50** 4- Nome completo da vítima: **JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS**

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

5- Nome completo: <b>JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS</b>	6- CPF: <b>410.172.204-50</b>		
7- Profissão: <b>RECUSO</b>	8- Endereço: <b>RUA MASILEU URBANO DOS SANTOS</b>	9- Número: <b>S/N</b>	10- Complemento:
11- Bairro: <b>PARATIBA</b>	12- Cidade: <b>João Pessoa</b>	13- Estado: <b>PB</b>	14- CEP: <b>58000 000</b>
15- E-mail:	16- Tel.(DDD): <b>(083) 9 8708 8728</b>		

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

17- Nome completo do Representante Legal:	18- CPF do Representante Legal:	19- Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="radio"/> RECUSO INFORMAR <input type="radio"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="radio"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="radio"/> SEM RENDA <input type="radio"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="radio"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<b>21- DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="radio"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="radio"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="radio"/> Bradesco (237) <input type="radio"/> Itaú (341) <input type="radio"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="radio"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <b>3487</b>	CONTA: <b>18664</b>	<input type="radio"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

23- Estado civil da vítima: <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado (no Civil) <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado judicialmente <input type="radio"/> Viúvo	24- Data do óbito da vítima:				
25- Grau de Parentesco com a vítima: <b>26- Vítima deixou companheiro(a):</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	27- Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28- Vítima teve filhos? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	29- Se tinha filhos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	30- Vítima teve nascituro (varascer)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	31- Vítima teve irmãos? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	32- Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>Falecidos:</b> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	33- Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou  
impronta digital  
diferenciada

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

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

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

38- 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39- 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40- Local e Data, **João Pessoa - PB, 21/02/2020**

**JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS**

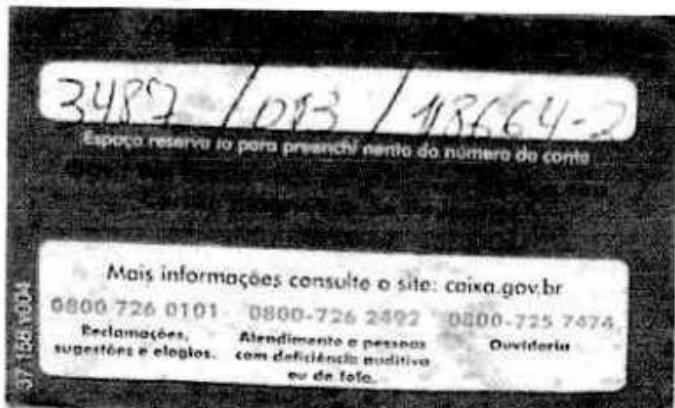
42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

/002/2019

43- Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 7



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

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Boletim de Atendimento: 1203383



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1457083	Nome <b>JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS</b>			Sexo Feminino
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26 anos 7 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 119253
Mãe <b>TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA</b>	Pai <b>JOAO TEIXEIRA DE MATOS</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
DDD Celular 83	Celular 987453475	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 707807685670210		
Local de procedência <b>HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)</b>				Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB		
CBO/R				
<b>Endereço</b>				
CEP 58083623	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>GUATEMALA</b>	
Número 83	Complemento	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 12/11/2019 23:21:05	Número da pulseira <b>100007166227</b>	Convênio SUS		
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente <b>OUTRA UNIDADE DE SAUDE</b>
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>AMU</b>	Quem transportou <b>A MESMA</b>			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA	<b>X</b> mmHg	P脉	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por <b>JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA</b>				Tempo 35seg
<b>Imprimir</b>				

# 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: 2.362,50

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

CLIENTE: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000018664-2

---

Nr. da Autenticação 88BC87FDFFC22785F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 9

# CAGEPA

Companhia de Águas e Esgotos do Estado da Paraíba  
Eduardo Góis, 229 - Centro João Pessoa - PB  
CEP: 50.001-001 - Fone: (83) 3241-0001-07

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

JANEIRASIA DE ANDRADE

RUA MARQUES URRANO DOS SANTOS, QDA - BL.4/AP309

72004553

22338933

H. CED

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável		
001.095.240.0250.629	629	1			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Esgoto		
Algo022513	07/12/2017	EXT HAB	LIGADO		
Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, informe-nos, desconsidere este aviso.			AÇÃO		
Para demais informações, entre em contato com a Cagepa pelos telefones de atendimento ou pelo central telefônico de atendimento (115).					
REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
DB.ATE	16/06/2018	347,40	MAR/2019	16/03/2019	65,24
JUL/2018	16/07/2018	68,24	ABR/2019	16/04/2019	65,24
AGO/2018	16/08/2018	94,64	MAY/2019	16/05/2019	65,24
SET/2018	16/09/2018	94,64	JUL/2019	16/07/2019	65,24
OUT/2018	16/10/2018	68,24	AGO/2019	16/08/2019	65,24
NOV/2018	16/11/2018	68,24	SET/2019	16/09/2019	121,76
DEZ/2018	16/12/2018	68,24	OUT/2019	16/10/2019	65,24
JAN/2019	16/01/2019	103,44	NOV/2019	16/11/2019	77,04
:EV/2019	16/02/2019	117,24			



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Juliene Conceição Barbosa Matos
DATA DE NASCIMENTO	20/04/93
NOME DA MÃE	Tania Maria Barbosa de Oliveira

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119253
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1203383
DATA DO ATENDIMENTO	12/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	23:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de ossos do antebraço D.
CID 10	S52.2 S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, com queixade dor em membro superior direito, glasgow 14, escoriações em pé esquerdo, fratura exposta em antebraço direito. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX antebraço D.

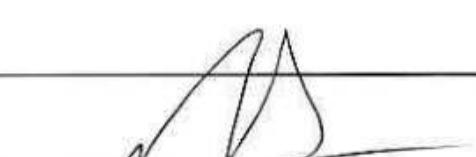
### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos do antebraço D.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de ossos do antebraço D.

**ALTA HOSPITALAR:** 28/11/2019  
**DATA DA EMISSÃO:** 13/02/2020

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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





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

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



SEGUE  
*o trabalho*

Impresso por: LUCIANA MARTINS DA CRUZ  
Em: 26/11/2019 11:43:41

Nome			Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS			1203383	12/11/2019 23:21:05	
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26		Sexo Feminino	CNS 707807685679210	Prontuário 119253
Tempo de Internação 13d 5h 17min			Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data Internação 13/11/2019 06:26:24		Permanência na Unidade: 13d 12h 22min		Permanência no Leito: 5d 21h 40min

**SISREG (LUCIANA MARTINS DA CRUZ - 26/11/2019 11:42:43)**

**SOLICITAÇÕES DE LAUDOS**

SISREG: 315282222

**RESUMO DE ALTA ADMINISTRATIVA**

DATA DE ADMISSÃO: 13/11/2019 00:00:00

DATA DE ALTA ADMINISTRATIVA: 24/11/2019 00:00:00 NÚMERO DO LAUDO: 315282222

MOTIVO DA ALTA: PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA

OBSERVAÇÕES:

FEITO 2 AIH ANTEBRAÇO ENVIA EXCESSO ATE 24/11/2019

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: LEITO - 002  
Profissional responsável pela informação: LUCIANA MARTINS DA CRUZ

Número Conselho:



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

AV. DIRETOR LÍBIO SÁ - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1203383

Identificação do paciente

ID 1457083	Nome JULIANA CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS	Sexo Feminino
Data de nascimento 20/04/1985	Idade 38 anos 8 meses 23 dias	Estado Civil Casado
Mãe TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA	Pai JOÃO TEIXEIRA DE MATOS	Religião Protestante
Educandeza	Residência (Parentesco) A MESMA	
DDD Celular 83	Telefone (86) 9883475	DDD Telefones
Tel. do(a) médico	Número do(a) médico	tel. fixo
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISO BURITI (ORTOTRAUMA)		Unidade de Saúde UNIDADESAUDE
Email Natalceca@	JOÃO PESSOA	UF PB

Endereço

CEP 58063-020	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Lugradouro GUATEMALA
Número 83	Complemento		Bairro INDUSTRIAS

Admissão

Data e hora 12/11/2014 23:21:55	Número do paciente 100007166227	Convenio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação do risco		Direção do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE
Caráter de atendimento ACIDENTE MOTOCICLETA		Detalhe da direção MOTOR VEÍCULOS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Resposta à viagem não	Vias de atendimento não	Trânsito não
Mercadoria/vítima SAMU		Justificativa A MESMA	

Sinais Vitais

PA	Pressão arterial	Peso	Temperatura
X	mmHg		

Exames complementares

Raios X (1)	Bangue (1)	Urines (1)	TC (1)	Ecografia (1)	Ultrassonografia (1)
Detalhe da indicação					

Paciente vítima de Trauma. Apresenta Frat exposto em ante braço D.

Diagnóstico

Aferido por  
JOSE MARCOS SATÉSTA DA SILVA

COB  
Estagiário de  
COREN-PB 252.268





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
*o trabalho*

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente:

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data de nascimento:  
20/04/1993

Mãe:

TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA.

Endereço:

GUATEMALA, 83

Acidente:

MOTO X ANIMAL

Data/Hora Classificação:  
12/11/2019 23:21:05

BAE  
1203363

Idade  
26a 6m 24d

Sexo:

Feminino

Data/Hora Entrada:  
12/11/2019 23:21:05

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato:  
(83) 987453475

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional:  
4860/PB

Bairro:  
INDÚSTRIAS

Município:  
JOÃO PESSOA

Profissional:

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO

Data/Hora Prescrição:  
13/11/2019 00:03:51

## ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO AMNESIA PARA O ACIDENTE NO MOMENTO GLASGOW 15, NEGA CEFALÉIA OU CERVICALGIA REFERE DOR EM BRAÇO AGUARDO TC DE CRANIO, TOMOGRAFOS QUEBRADOS NESTE SERVIÇO DIREÇÃO CIENTE, AGUARDO REALIZAÇÃO EM OUTRO SERVIÇO

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

Carlos Pereira da Silva Neto  
Neurocirurgia  
CRM: 4860  
CRF: 10750001  
13/11/2019 23:21:40

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO  
(: 4860/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 14



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



**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS</b>	Data de nascimento <b>20/04/1993</b>	Idade <b>26a 6m 24d</b>	BAE <b>1203383</b>	Data/Hora Entrada <b>12/11/2019 23:21:05</b>	Data Baliza
Mãe <b>TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA</b>			Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987453475</b>
Endereço <b>GUATEMALA, 83</b>			Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>EVERTON SILVEIRA MACEDO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>12/11/2019 23:21:05</b>				Data/Hora Prescrição <b>12/11/2019 23:29:31</b>	Nº Cons. Regional <b>11537/PB</b>

### ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISAO MOTO X ANIMAL, REFERE USO DE CAPACETE. PACIENTE AFIRMA QUE NAO LEMBRA DO ACIDENTE, BEM COMO NAO RECORDA SE HOUVE VOMITO, NAUSEA OU CEFALÉIA NA CENA DO ACIDENTE. NO MOMENTO, SEM QUEIXAS NEUROLOGICAS, AFIRMA DOR EM MSD. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AERÉAS PÉRVIAS. B: EUPNEICA, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. C: NORMOCÁRDICA E FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO DIREITO. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 14. E: ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. HIDRATAÇÃO SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR E DA ORTOPEDIA LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V. CONTINUA, 0,0 (MGTS)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

*Déborah Róbrega  
Médica Residente  
Cirurgia Geral  
CRM 11815*

Enfermeiro:

EVERTON SILVEIRA MACEDO  
(CRM: 11537/PB)

Boletim registrado por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente <b>JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS</b>	Data de nascimento <b>20/04/1993</b>	Idade <b>26a 6m 24d</b>	BAE <b>1203383</b>	Data/Hora Entrada <b>12/11/2019 23:21:05</b>	Data Baixa
Mãe <b>TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987453475</b>	Prontuário
Endereço <b>GUATEMALA, 83</b>	Mosso	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>			Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>		
Data/Hora Classificação <b>12/11/2019 23:21:05</b>			Data/Hora Prescrição <b>13/11/2019 01:27:18</b>		

### ANAMNESE

# ORTOPEDIA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO FEITO POR DR. ROBERTO ALMEIDA CD:  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ROBERTO ALMEIDA

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H  
Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTS)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT <60)

OLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTS)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

### EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA



GLICOSE  
HEMOGRAMA COMPLETO  
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)  
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)  
IONOGRAMA  
UREIA

**Conduta**

Internar Paciente

Enfermeiro

Dr. Bruno Roma  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PB 10075

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

Nome: Juliene Conceição Borboza Nro: 1203383 BE/Prontuário:

Idade: 1 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: / /

Clinica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico fratura exposta dos ossos

Cirurgião: Dr. Evandro Almeida Assistente: Dr. Bruno Roma <sup>anestesista</sup> R2

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Fratura exposta ossos e tendões</u>	<u>direitos ( direita)</u>	
<u>Proteção radiológica sobre distal</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico fratura exposta dos ossos e tendões direitos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( Sim)  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( Sim)  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13/11/2019

Médico/CRM:

P(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
 Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 18



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

### DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

Paciente em DOB sob anestesia  
general + anestesia  
epatética de corpo inteiro

#### Incisão:

#### Achados:

#### Conduta:

Desenvolvimento de tecidos denso-  
fisióticos  
laringe permanecendo na SFG.

#### Fechamento:

Sutura do ferimento  
cuidados totais

#### Observação:

Boa e conforto

#### Médico/CRM:

Dr. *[Signature]*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13/11/2019

F(NG).ASCIR.009-I



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>

Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 19

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DOB na mesa  
esquerda + esterilizar  
aparato de corpo estranho

### Incisão:

### Achados:

### Conduta:

Desenvolvimento de tecidos denso-  
fisióticos  
Li peça removendo em SP 99.

### Fechamento:

Intero do ferimento  
curativo térmico

### Observação:

Belo e curado

### Médico/CRM:

Dr. Suelio Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13/11/2019

F(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>

Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 20

# Nota de Sala Cirúrgica

ELETRO

NO ME DO PACIENTE	Juliane Gonçalves Barbosa Matos		
IDADE: 26	SEXO: F	ESTATUTO: ENFERMAGA	LEITO:
CIRURGIA: Dr. Geraldo Tadeu dos Prazeres dos Ossos do anelíaco			
CIRURGÃO: Dr. Adalberto Almeida PAUX.			
ANESTESIA: Bloqueio de Plexo + Seclago			
ANESTESISTA: Dr. Felipe			
INSTRUMENTADOR:			
DATA: 13/11/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 08:40 AM	CIRURGIA INÍCIO:	FM:
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANILA	500,00 ml	JELCO Nº16	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA	500,00 ml	JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CETANINA		JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		KIT BIST DREN TORÁXICA Nº	FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº 2,0
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	FVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL	FVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO	FVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERJO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO Nº
LDODAÍNA C/VASO	AGULHA 25X4,5 A-100	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIPROPILENO Nº
LDODAÍNA S/VASO	AGULHA 25X20	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLACRONE Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X20 A-25	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDIACA
NEMbutum	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS	QTD.
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PROPORPOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº35G	SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO UGADURA
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 1ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 3ML	FIO STEINMAN Nº
SUXANTRÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TROPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº	HEMOST ABSORVÍVEL
ADRENALINA	CANULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº	KIT DERIVA VENTRICULAR
AGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PRÓTESE VASCULAR
ATROFIA	CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT PAM
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIJADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPRORONA SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais
Efedrina	COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS PCB	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONDIOSO
GLICOSE 30%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNELHINHA	PARAFUSOS ESPONDIOSO
GLUCONATO DE CALTEL	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALPOLAR
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALPOLAR
LDODAÍNA GELEIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASTIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE		
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA	ESPONJA DE PVH	FIOS	( ) ASPIRADOR
TENOIXCAN	ESPÁRRADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº	( ) BISTURI ELÉTRICO
	GAZES PCB	FIO ALGODÃO S/A Nº	( ) CAPNÓGRAFO
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº	( ) CARDIOMONITOR
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº	( ) DESFIBRILADOR
	JELCO Nº14		( ) FOCO AUXILIAR
	JELCO Nº16		( ) FOCO CENTRAL
			( ) MICROSCOPIO
			( ) OXÍMETRO DE PULSO
			( ) P.A. DIVAS/ANAO INVASIVA
			( ) PERUFADOR ELÉTRICO
			( ) SERRA
			CIRCULANTE
			Family Practice
			ENG ASCRE-1
			93607109

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/11/19

PESO: 120 3323

PACIENTE: Julene Conceição Barbosa Mato SENO: F IDADE: 26

PAPEL: PLÍSIO WO RESPIRATÓRIO: Respiratória TENSÃO AR/ PESO: obesa GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM / REGULAR / NADA PESSIMO ESSOCIO-PURGICO: BOM / REGULAR / NADA PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: UNP2

AP. RESPIRATÓRIO: Espaciosa AP CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Jefem ESTADO MENTAL: LORT DROGAS EM USO:

ESTADO FÍSICO: ASA I

DIAGNÓSTICO PRE-OPERAÇÃO:

CIRURGIA REALIZADA: tratamento emergencial de fratura de antebraço direito

CIRURGIA: Dr. Roberto - PLÁSTICAS

INÍCIO DA ANESTESIA: 01:40 - FIM DA ANESTESIA: 02:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: CCANT DE CM: VALORES R\$:

ANESTESISTA: Dr Felipe / RG: 1111111111111111 Anest.: Dr. Felipe Oliveira

CRM: 0111111111111111 Anestesiologista: CRM: 0000000000000000

HSG SF RL

40 500 500 500

120 120 120 120

110 110 110 110

100 100 100 100

90 90 90 90

80 80 80 80

70 70 70 70

60 60 60 60

50 50 50 50

40 40 40 40

30 30 30 30

20 20 20 20

10 10 10 10

0 0 0 0

100 100 100 100

200 200 200 200

300 300 300 300

400 400 400 400

500 500 500 500

600 600 600 600

700 700 700 700

800 800 800 800

900 900 900 900

1000 1000 1000 1000

1100 1100 1100 1100

1200 1200 1200 1200

1300 1300 1300 1300

1400 1400 1400 1400

1500 1500 1500 1500

1600 1600 1600 1600

1700 1700 1700 1700

1800 1800 1800 1800

1900 1900 1900 1900

2000 2000 2000 2000

2100 2100 2100 2100

2200 2200 2200 2200

2300 2300 2300 2300

2400 2400 2400 2400

2500 2500 2500 2500

2600 2600 2600 2600

2700 2700 2700 2700

2800 2800 2800 2800

2900 2900 2900 2900

3000 3000 3000 3000

3100 3100 3100 3100

3200 3200 3200 3200

3300 3300 3300 3300

3400 3400 3400 3400

3500 3500 3500 3500

3600 3600 3600 3600

3700 3700 3700 3700

3800 3800 3800 3800

3900 3900 3900 3900

4000 4000 4000 4000

4100 4100 4100 4100

4200 4200 4200 4200

4300 4300 4300 4300

4400 4400 4400 4400

4500 4500 4500 4500

4600 4600 4600 4600

4700 4700 4700 4700

4800 4800 4800 4800

4900 4900 4900 4900

5000 5000 5000 5000

5100 5100 5100 5100

5200 5200 5200 5200

5300 5300 5300 5300

5400 5400 5400 5400

5500 5500 5500 5500

5600 5600 5600 5600

5700 5700 5700 5700

5800 5800 5800 5800

5900 5900 5900 5900

6000 6000 6000 6000

6100 6100 6100 6100

6200 6200 6200 6200

6300 6300 6300 6300

6400 6400 6400 6400

6500 6500 6500 6500

6600 6600 6600 6600

6700 6700 6700 6700

6800 6800 6800 6800

6900 6900 6900 6900

7000 7000 7000 7000

7100 7100 7100 7100

7200 7200 7200 7200

7300 7300 7300 7300

7400 7400 7400 7400

7500 7500 7500 7500

7600 7600 7600 7600

7700 7700 7700 7700

7800 7800 7800 7800

7900 7900 7900 7900

8000 8000 8000 8000

8100 8100 8100 8100

8200 8200 8200 8200

8300 8300 8300 8300

8400 8400 8400 8400

8500 8500 8500 8500

8600 8600 8600 8600

8700 8700 8700 8700

8800 8800 8800 8800

8900 8900 8900 8900

9000 9000 9000 9000

9100 9100 9100 9100

9200 9200 9200 9200

9300 9300 9300 9300

9400 9400 9400 9400

9500 9500 9500 9500

9600 9600 9600 9600

9700 9700 9700 9700

9800 9800 9800 9800

9900 9900 9900 9900

10000 10000 10000 10000

10100 10100 10100 10100

10200 10200 10200 10200

10300 10300 10300 10300

10400 10400 10400 10400

10500 10500 10500 10500

10600 10600 10600 10600

10700 10700 10700 10700

10800 10800 10800 10800

10900 10900 10900 10900

11000 11000 11000 11000

11100 11100 11100 11100

11200 11200 11200 11200

11300 11300 11300 11300

11400 11400 11400 11400

11500 11500 11500 11500

11600 11600 11600 11600

11700 11700 11700 11700

11800 11800 11800 11800

11900 11900 11900 11900

12000 12000 12000 12000

12100 12100 12100 12100

12200 12200 12200 12200

12300 12300 12300 12300

12400 12400 12400 12400

12500 12500 12500 12500

12600 12600 12600 12600

12700 12700 12700 12700

12800 12800 12800 12800

12900 12900 12900 12900

13000 13000 13000 13000

13100 13100 13100 13100

13200 13200 13200 13200

13300 13300 13300 13300

13400 13400 13400 13400

13500 13500 13500 13500

13600 13600 13600 13600

13700 13700 13700 13700

13800 13800 13800 13800

13900 13900 13900 13900

14000 14000 14000 14000

14100 14100 14100 14100

14200 14200 14200 14200

14300 14300 14300 14300

14400 14400 14400 14400

14500 14500 14500 14500

14600 14600 14600 14600

14700 14700 14700 14700

14800 14800 14800 14800

14900 14900 14900 14900

15000 15000 15000 15000

15100 15100 15100 15100

15200 15200 15200 15200

15300 15300 15300 15300

15400 15400 15400 15400

15500 15500 15500 15500

15600 15600 15600 15600

15700 15700 15700 15700

15800 15800 15800 15800

15900 15900 15900 15900

16000 16000 16000 16000

16100 16100 16100 16100

16200 16200 16200 16200

16300 16300 16300 16300

16400 16400 16400 16400

16500 16500 16500 16500

16600 16600 16600 16600

16700 16700 16700 16700

16800 16800 16800 16800

16900 16900 16900 16900

17000 17000 17000 17000

17100 17100 17100 17100

17200 17200 17200 17200

17300 17300 17300 17300

17400 17400 17400 17400

17500 17500 17500 17500

17600 17600 17600 17600

17700 17700 17700 17700

17800 17800 17800 17800

17900 17900 17900 17900

18000 18000 18000 18000

18100 18100 18100 18100

18200 18200 18200 18200

18300 18300 18300 18300

18400 18400 18400 18400

18500 18500 18500 18500

18600 18600 18600 18600

18700 18700 18700 18700

18800 18800 18800 18800

18900 18900 18900 18900

19000 19000 19000 19000

19100 19100 19100 19100

19200 19200 19200 19200



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



SEGUE  
*o trabalho*

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO  
Em: 25/11/2019 12:22:24

Nome <b>JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1203383</b>	Data/Hora Entrada <b>12/11/2019 23:21:05</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>20/04/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>707807685670210</b>
Tempo de Internação <b>12d 5h 56min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>12/11/2019 23:21:05</b>	Data Internação <b>13/11/2019 06:26:24</b>	Permanência na Unidade: <b>12d 13h 1min</b>	Permanência no Leito: <b>4d 22h 19min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 25/11/2019 12:22:16)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRÍCÃO DA EVOLUÇÃO

# ortopedia

CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO REALIZADO POR  
DR PORTELLA SEM INTERCORRENCIAS

CDT: RX DE CONTROLE  
VPM

STAFF DR PORTELLA

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. Jose Rogaciano  
Hélio  
Portella  
Osteoartrose  
Queratina 22



SOCIETATIS  
BRASILEIRAE

SOCIETATIS

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Juliane Conceição B. Mates BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Osteomíctese do antebraço (D)  
 Cirurgião: Dr. Henrique Portela 1º Assistente: Dr. Matheus Augusto  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Camilo Oliveira  
 Tipo de Anestesia: Bloqueio Plexo Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura das ossos do antebraço (D)	
- Fractura Nádise Distal (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Osteomíctese do Nádise	
1) Úlceras Diapiróticas	
Osteomíctese da Nádise Distal.	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (X) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria

( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Henrique Portela  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PB 111105  
CRM-D 009-1

João Pessoa, 25/11/19

F(NG) ASCIR 009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>

Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 24



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

FELTSH.

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>① Foi um decubito dorsal sob anestesia ② Desferroção da pele ③ Aferença e antinefritis ④ Campos estériles</p>
Incisão:	<p>⑤ Incisão da pele ⑥ Sondagem do fasc. rádios + Neddycau aspiras + fixação com placas DC de 97 furos e 97 parafusos contínuos</p>
Achados:	<p>⑦ Abordagem da flúctuo da ilínea + rigidez gentil + fixação com placas DC de 97 furos e 97 parafusos contínuos</p>
Conduta:	<p>⑧ Redução incremento do rádio distal ⑨ Fixação percutânea com fio tcc 2,0 cunjoado ⑩ Sutura + curativo ⑪ Boa perfusão distal ⑫ Tuber axilar pulsos.</p>
Fechamento:	
Observação:	
Médico/CRM:	<p>Dr. Lúcio Ortopedia Cirurgia da Dor CRM: 07.11.11</p> <p>João Pessoa, 25/11/19</p>
	F(NG)ASCIR.069-1



### Nota de Sala Cirúrgica

Juliane Conceição Barbosa Matos  
1203383 INFERMÁRIA 10 CLÍNICO 02  
ex-estudante de Enfermagem do Centro Universitário  
a Comilac, Aracaju  
depois de pernoite - Domingo?

Ex 3,5 (me) - placa de p/ F (1)  
- placa central m: 19 (3) m: 16 (3)  
- placa de fundo m: 14 (4) m: 16 (2)  
formatura - agulha de fio de A25 (1)  
- placa de p/ F (1)

Téc. Enfermagem  
COBEN RB 300052





## FICHA DE ANESTESIA

THE TEST

DATA: 7/11/19

PRONTUÁRIO-

**COR: 12 IADE: 20**

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 27



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EMISSÃO 22/07/2019
3.773.709	
NOME JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS	
TÍTULO	
JOÃO TEIXEIRA DE MATOS	
TÂNIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JAO PESSOA-PB	20/04/1993
DOU DE PESSOA NASC.N.69027 FLS.375 LIV.A 67	
C. MUNICÍPIO 2 JOÃO PESSOA PB	
LEI N° 2.116 DE 29/08/83	





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**110.172.204-50**

Name

**JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS**

Nascimento  
**20/04/1993**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 29

**DETRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
**Nº 013929765666**

VIA	COD. RENA.	PRT	20170000401410-78
1	0068261417-3	00/00000000	2017
NOME JOSE CARLOS SILVA GONCALVES			
CPF/CNPJ	PLACA		
68600046491	MNP5528/PB		
PL / LA ANT / UF	CHASSI		
IOVO PB	9C2JC250VVR198416		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE	GASOLINA		
MANCA	SLO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125 TITAN		1997	1997
CAP. POF / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI	PARTIC	VERDE	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS	
I	0/30/0000	1*	
P		2*	
V	FADIA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	
A	*****	3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*****		*****	*****
SUELIO TORRES		AGO	09/10/2017
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL		DATA	
JOAO PESSOA-PB		28/02/2018	
		8290	

**PB Nº 013929765666 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	2017	28/02/2018
RENA / AM	CPF / CNPJ	PLACA
00682614173	68600046491	MNP5528/PB
MANCA / MILLELO		
HONDA/CG 125 TITAN		
ANO FAB	CAT. TARIF	Nº CHASSI
1997	9	9C2JC250VVR198416
PRÉMIO TARIFÁRIO		
TNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	09/10/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 09.240.608/0001-04

8290-1242333-20180228



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200107372 Cidade: Conde Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA Data do acidente: 12/11/2019 Seguradora: AMERICAN LIFE  
MATOS COMPANHIA DE SEGUROS

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

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E URNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 08 09 10 14 15 //

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/11/2020 14:19:58  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110914195852500000034768634>  
Número do documento: 20110914195852500000034768634

Num. 36418493 - Pág. 31

## - IDENTIFICAÇÃO

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

MARQUE [X] PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROMISSANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## - INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* MORTE = R\$ 15.500,00
- \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELO DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REFEMBOSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- \* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, Acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGU

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROMISSANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA _____
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085229/20

**Vítima:** JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

**CPF:** 110.172.204-50

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/11/2019

**Titular do CPF:** JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS : 110.172.204-50**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020  
Nome: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS  
CPF: 110.172.204-50

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

