



Número: **0838601-64.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38481844	18/01/2021 15:09	2776606_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015224

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEBORA THAIS SILVA 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,

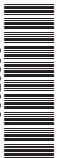
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15347557

Pag. 01779/01780 - carta_01 - INVALIDEZ

00020890





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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015224

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DEBORA THAIS SILVA 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. 01927/01928 - carta_02 - INVALIDEZ

00040964



Carta nº 15360546



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:09:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815093826100000036695706>

Número do documento: 21011815093826100000036695706



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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015224

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00253/00254 - carta_04 - INVALIDEZ

00080127



Carta nº 15394948



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 401.091.084-55 Nome completo da vítima: Deborah Thais Silva do Nascimento

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

Nome completo: Deborah Thais Silva do Nascimento CPF: 401.091.084-55
Profissão: Estudante Endereço: Rua do progresso Número: 459 Complemento: C
Bairro: Bairro dos Industriais Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: _____ Tel(DDD): (83) 99811-5088

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0920 CONTA: 07204 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 os 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 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Fallecidos: _____ Vítima deixou 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 esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão e firma da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: João Pessoa - PB 10/01/2020
Nome: _____ 1ª | Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Deborah Thais Silva do Nascimento 2ª | Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) 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 DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01895.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01895.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:03 horas do dia 03 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Débora Thais Silva do Nascimento**, CPF nº 701.021.084-55, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Cicera Maria da Silva e Paulo Silva do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Victor Hugo, Nº 255, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Kitanda Santa Lucia, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-1531.

Dados do(s) Fatos:

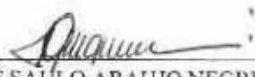
Local: Perimentral Sul, Colinas do Sul, Condomínio Irmã Dulce, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/09/17 12:55h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

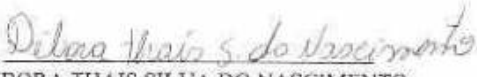
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a notificante trafegava no carona no pas/veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS de cor preta, placa: QFN 2634/PB, chassi nº NC2KD1000BRJ468930, registrado em nome de Elaine Alves do Nascimento; QUE segundo a notificante quem pilotava na época do acidente era a pessoa de Camila Ribeiro do Nascimento, portador do CPF nº 014.180.304-57; QUE segundo a notificante seguia normalmente quando um veículo fez uma ultrapassagem sem se quer ligar a seta para entrar em uma rua a frente; QUE segundo a notificante o piloto fez uma manobra para que não houvesse a colisão e acabou perdendo o controle do veículo(moto) vindo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 27.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S06,4

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DÉBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
Atividade Policial 01895.01.2018.1.00.420



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

401.091.084-55 Debra Thais Silva do Nascimento

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

Nome completo: Debra Thais Silva do Nascimento CPF: 401.091.084-55
Profissão: Estudante Endereço: Rua do progresso Número: 459 Complemento: C
Bairro: Bairro dos Industriais Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: Tel(DDD): (83) 99811-5088

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

REDA 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0920 CONTA: 07204 7 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão e firma da vítima ou beneficiário não alfabetizado: Local e Data: João Pessoa - PB 10/01/2020
Nome: Debra Thais Silva do Nascimento
CPF: (* Assinatura de quem assina A ROGO)
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: Assinatura
CPF: Assinatura
2ª | Nome: Assinatura
CPF: Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018





VISTO EM: 20/03/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

1º TEN. CEL. QOBM-521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 20 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0128/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 07/09/2017, conforme requerimento nº 131/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h55min o/a Sr.(a) **DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO**, CPF Nº 701.021.084-55, vítima de acidente de trânsito (*queda de moto*), ocorrido na Perimetral Sul, Colinas do Sul – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES**, Matrícula 517.384-1. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com edema na região temporal do crânio e suspeita de fratura de clavícula. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gonçim, 58.031-080, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br

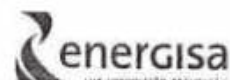


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para singles pagamento da rede fiscal/conta da energia elétrica N° 535.288.907



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 226, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 10.015.923-0

DADOS DO CLIENTE
MARIA DO CARMO SILVA DO NASCIMENTO RUA DO PROGRESSO 459 C JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/466658-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	24/12/2019	150	03/01/2020	R\$ 95,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/01/2020				
Pagador: MARIA DO CARMO SILVA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 486.528.304-87				
RUA DO PROGRESSO 459 C - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007896728	000466658201912	03/01/2020	R\$ 95,48	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

(85) 99833-5088



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:09:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815093826100000036695706>

Número do documento: 21011815093826100000036695706



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Debora Thais Silva do Nascimento
DATA DE NASCIMENTO 30/10/93
NOME DA MÃE Cicera Maria da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103047
POLETIM DE ENTRADA N.º 1025852
ATA DO ATENDIMENTO 07/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 01:29
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Trauma craniano com HED
CID 10 S06.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, alcoolizado, trazido pelos bombeiros, vítima de acidente de moto, não usava capacete, apresenta ferimento em órbita e hemiface esquerda, cervicalgia e vômito, dor em clavícula esquerda, glasgow 15, pupilas iso/foto, avaliado pela BMF, Neurocirurgia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, coluna cervical
Rx tórax, ombro E
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: hematoma epidural temporal esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de hematoma extradural + sutura de ferimento em face

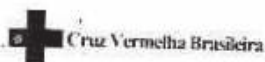
ALTA HOSPITALAR: 12/09/17
DATA DA EMISSÃO: 27/02/18



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



GOVERNO
DA PARAIBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1025852

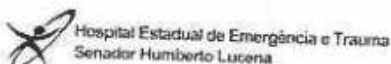
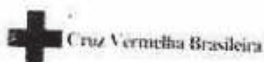


Identificação do paciente			
ID 1189240	Nome DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO		Sexo Feminino
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23 anos 10 meses 13 dias	Estado civil	Religião
Mãe CICERA MARIA DA SILVA	Pai PAULO SILVA DO NASCIMENTO		Prontuário 103047
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988261550	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento DOCUMENTO NAO INFORMADO	Nº Cns 210103739370008	
Local de procedência GRAMAME	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	
Endereço			
CEP 58084030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro POETA VICTOR HUGO
Número 255	Complemento	Bairro JARDIM VENEZA	
Admissão			
Data e Hora 07/09/2017 01:29:41	Número da pulseira 1000006009440	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO			
Tempo 01min 32seg			

Imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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

Boletim de Atendimento: 1025852



Identificação do paciente			
ID 1189240	Nome DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO	Sexo Feminino	
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23 anos 10 meses 5 dias	Estado civil	Religião
Mãe CIGERA MARIA DA SILVA	Pai PAULO SILVA DO NASCIMENTO		Prontuário 103047
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988261550	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento DOCUMENTO NAO INFORMADO	Nº Cns 210103739370008	
Local de procedência GRAMAME	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58084030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro POETA VICTOR HUGO
Número 255	Complemento	Bairro JARDIM VENEZA	
Admissão			
Data e Hora 07/09/2017 01:29:41	Número da pulseira 1000006009440	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 110	x 82	mmHg	SPO ₂ = 98%
		Pulso 97	Temperatura 36,2
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []
Dados clínicos			
TIPO ... <u>Crânio</u> DATA ... <u>07/09/17</u> HORA ... <u>01:30</u> NOME TÊC. RAD. ... <u>Adri</u> Diagnóstico ... <u>A.S.S.</u>			
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO		CID	
		Tempo 01min 32seg	

Paciente vítima de queda de moto, com lábi-
to inferior, queixando-se de dor em ombro
esquerdo + face. Aguarda exames

Imprimir



POSTO II
Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 11111111
Tel:
CNES: 4545454

Paciente DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO		BAE 1025852	Data/Hora Entrada 07/09/2017 01:29:41	Data Baixa
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23	Sexo Feminino	CNS 210103739370008	Telefone de Contato (83) 988261550
Mãe CICERA MARIA DA SILVA		Prontuário 103047		
Endereço POETA VICTOR HUGO, 255		Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB	
Data/Hora Classificação 07/09/2017 01:29:41		Data/Hora Prescrição 08/09/2017 22:05:38		

anamnese

PÓS OPERATÓRIO DE HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDO; PACIENTE JÁ COM TOMOGRAFIA DE CONTROLE DO DIA 7/9/17 SEM COLEÇÕES RESIDUAIS; VEIO PARA O POSTO II COM QUADRO DE AGITAÇÃO CD: SOLICITO NOVA TOMOGRAFIA DE CRANIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

Dr. Ricardo R. Carvalho
CRM 6628

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO



AREA VERMELHA

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

Tel:
CNES: 6121221

Paciente DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO		BAE 1025852	Data/Hora Entrada 07/09/2017 01:29:41	Data Baixa
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23	Sexo Feminino	CNS 210103739370008	Telefone de Contato (83) 988261550
Mãe CICERA MARIA DA SILVA				Prontuário 103047
Endereço POETA VICTOR HUGO, 255		Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THYAGO DUAVY FERRER LIMA	Nº Cons. Regional 9766/PB
Data/Hora Classificação 07/09/2017 01:29:41			Data/Hora Prescrição 07/09/2017 01:48:08	

Anamnese

PACIENTE ALCOOLIZADA VEM AO SERVIÇO TRAZIDA PELO BOMBEIRO VITIMA DE QUEDA DE MOTO (NAO FAZIA USO DE CAPACETE) APRESENTANDO FERIMENTO CORTE CONTUSO EM REGIÃO DE ORBITA E HEMIFACE ESQUERDA, CERVICALGIA E VÔMITO. AO EXAME A. VIAS AERIAS PERVIAS COM CERVICALGIA B TORAX SIMETRICO , BOA EXPONIBILIDADE. DOR A PALPAÇÃO EM CLAVICULAR ESQUERDA. SAT 98% EM AR AMBIENTE C SEM FOCO HEMORRAGICO ATIVO, ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA , SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL D GLASGOW 15 PUPILAS FOTO REAGENTE E APRESENTANDO FCC EM ORBITA ESQUERDA, ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO ESQUERDO CD= ANALGESIA TC DE CRANIO E CERVICAL RADIOGRAFIA TORAX, OMBRO ESQUERDO FAST PARECER DA NEURO. CBMF E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

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

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., ACM, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML SF0,9%)

EXAME DE IMAGEM

OGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

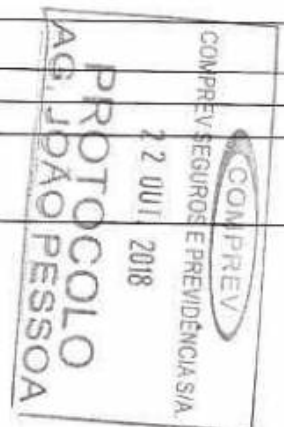
Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer
Médico
CRM-PB 9256 CRP-PB 23596

THYAGO DUAVY FERRER LIMA
(9766/PB)

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/09 2017	0800H	(NUTR)
		# 3000 PRONATIM DE HERA.
		# Ø INTERCOMUNICAÇÃO.
		# GCS 15, SEM DEFICIÊNCIAS LOCAIS APPROPRIADAS.
		PUPILA DILATADA À 20 MM, REAGE, MAS SEM RESPOSTA POSSÍVEL.
		RESPOSTA À ESTIMULAÇÃO DEVIDO EDEMA.
		# CO: RETENÇÃO DO PRONATIM.
		08/09/17 NUN 23:30 FEZ NOVA C.T. CUSCÃO SEM SINAIS DE SANGUINAMENTO, OUTROS CONTRAB. 2. drenagem do hematomas ap. dorsal
		Dr. Ricardo R. Carvalho Neurocirurgia R.M. 6628
		COMPREV SÉGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 22 JUL. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

F(NG).ENF.018-1



BE/PRONTUÁRIO

1025852

Nome do paciente

Dibora Thais Silva do Nascimento

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
27/01/21		#CTBME paciente submetida a sentença de FCC em região subcervical (E) sendo curatela geral e interconexão extrínseca. procedimento realizado com interconexão entre a URA e a URA, sob as condições da equipe de enfermagem. CD @ Sufena @ Albi da CTBME Dr. Diego Dantas M. de Paiva Cirurgia Odontológica CRM-28.584
27/01/21	20:30	#URM / MESTRESA # ⇒ POI: Inconexão imediata SUBCUTÂNEA 16000 + SURCULA RECURSOS KNEE SOB MESTRESA GERAL S/ INTERCONEXÃO ⇒ SUEU: PA = 110 x 70; PC = 85cm; SpO₂ = 98%. ⇒ UN USO: SUTURADA DO; SUTURADA ⇒ EGK, KURUKU, COMPT, DESIGNADA (T+U), ACURATIA, KURUKU. HUBO ESUOL S/ BW, DIURASE (E). ACU: NON AP: MVD deflexão. ↓ equitativa KAS. APB: RITA ↓ S/ dea, S/ UMG, MESTRESA. KET+: INTERCONEXÃO KURUKU, DAN, KURUKU KURUKU (E) KURUKU KURUKU, KURUKU, KURUKU. KURUKU → KURUKU KURUKU KURUKU (E) CD ⇒ SUTURA KURUKU DA KURUKU (K CURUKU (E))

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

22 OUT. 2018

COMP. PREV. SEC. E PREVEN. ASIA

(NG) ENF. 013-1



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DEBORA TAIAS S/LV de Nascimento

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
7/9/2017	03h20	# Nen TCE por acidente com morcelete, evoluindo com rebitamento da concavidade sorelente conforme sem perfur. morae TCC revela HEDA de fosse mediz @ en: Ao Bloco 
7/9/17	04h30	# Nen Realizada drenagem de HEDA de fosse mediz esquerda. Procedimento sem intercorrências en: A UTI / UPPA 

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

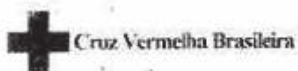
22 OUT. 2018

PROTOCOLO
JAG. JOÃO PESSOA

SD

F(NG).ENF.018-1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 09/09/2017 09:38:08

Paciente DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1025852	Data/Hora Entrada 07/09/2017 01:29:41	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23	Sexo Feminino	CNS 210103739370008	Prontuário 103047
Tempo de Internação 2d 1h 3min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 09/09/2017 09:38:00)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

DRENAGEM DE HEDA 07/09/17

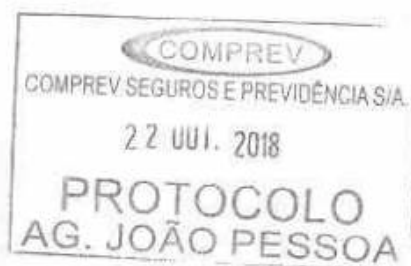
GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS
DOR INTENSA EM SITO CIRURGICO

CT DE CRANIO SEM HEMATOMA RESIDUAL, DISCRETAS CONTUSÕES CONTRALATERAIS

CD: OTIMIZAÇÃO DA ANALGESIA

Seção: POSTO II - ENF 17 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650





Identificação de Caixas de Cirurgias

HEPTEL

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Debora Thais do Nascimento
Enfermaria/Leito: _____

Cirurgia: Trat cirurgico de drenagem de hematoma

Cirurgião: Dr George Mendes

Data: 07/09/2017 Sala: 03

Circulante de Sala: Mailda M. Oliveira

1163.403

Cx: 800. cirurgia plastica = 92 peças
06/09/17

ectomia e 68 peças F= 08-Kelly e uma
tos gavra
nisan tos atast e 1/1 tal tesoura e
duramater
05/09/17 AICS loop cirurgia (brut)
honda

Sandra) loop 05/09/17 AICS

CX Pub. sangria e soro
dequif

anastomose e soro
01 Bafman
01 gelpi
01 deulha p/ rimado
01 mandril
01 Dent. claudet
01 FEA
01 Kervison
02 loop
01 cor
01 que

LAP CIRURGICO
AUTO: 01 CICLO: 5 134 C
DATA: 05/09/2017
VAL: 15/09/2017
TECNICA: LOURDES
COREN: 307727

CX.: PERF. STRAYKER
AUTO: 01 CICLO: 10 121C
DATA: 05/09/2017
VAL: 05/12/2017
TÉC. ENF.: JACQUELINE
COREN: 121651

LAP CIRURGICO
AUTO: 01 CICLO: 6
DATA: 05/09/2017
VAL: 15/09/2017
TECNICA: LOURDES
COREN: 307727

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Deborah Thais Silva de Vasconcelos BE/Prontuário: 1025852
Idade: 23 Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: 07/09/17
Clínica/Setor: CTB LIT EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Sintese de formento um fave.
Cirurgião: Dr. Rachelfo 1º Assistente: Dr. Andre
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Genel Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Formento cerclado com fave</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Sintese de formento cerclado com fave.</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. Diego Dantas M. de Almeida
Cirurgia Bucodentofacial
CRO-PB 5474

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 07/09/17



F(NG).ASCTR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DP H, com anestesia geral intubada e monitorizada.
- 2) Antissepsia extensa com PVP
- 3) Incisão com anestesia local com constritor.

Incisão:

- 4) Hemograma copiado de ferimento.
- 5) Sutura + curativo na face.
- 6) Fim

Achados:

Conduta:

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

22 JUL 2018

PROTOCOLO

Observação:

DR. JOAO PESSOA

Dr. Diego Dentas M. de Paiva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRC-RB 5424

João Pessoa

Médico/CRM:





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Debora TITAIS SILVA DO Nascimento BE/Prontuário: 1025852
Idade: 23 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 7/9/2018
Clínica/Setor: Neurocirurgia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Drenagem de hematoma extradural
Cirurgião: George Mendes 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: George Horário: Início 03:50 Término 04:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hematoma extradural Possa média @</u>	

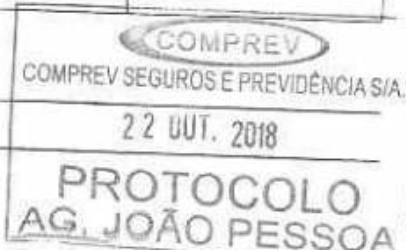
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Drenagem de HEDa.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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



Médico/CRM: _____

João Pessoa, 7/9/18



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição supina, sob anestesia geral
2. Assépsie + antibiótico + aplicação de campos
2. Bloqueio anestésico locorregional

Incisão:

4. Incisão linear temporal (E)
5. Dissociação subperiosteal do músculo temporal
6. Craniectomia temporal (E)

Achados:

7. Drenagem de ITEN
8. Tumor coagulado de caráter meníngeo médio
9. Amolecimento da dura mater

Conduta:

10. Instalação de dreno de sucção
11. Sutura do músculo temporal
12. Sutura de pele
13. Curativo asséptico
14. Procedimento sem intercorrências

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 JUL. 2018

Observação:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa

Médico/CRM:



	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HERTSHL			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HERTSHL			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE Deborah Reis Silva de Nascimento			6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1025852	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO 30/10/1998	
9 - SEXO Masc ☒ 1 Fem ☐ 2			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - Cód. IBGE: MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QDCE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QDCE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QDCE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
- Cirúrgica / curativa - Broca / fresa Smith				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS () CPF				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS () CPF				

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



1

INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)

PROT. AG. JOÃO P.

PRODUTO ESTERIL.
Proceda de uma única
vez. NÃO REPROCESSAR
NÃO REESTERILIZAR

FIND ASCR 01-5

Num. 38481844 - Pág. 25

Número do documento: 21011815093826100000036695706

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/09/17

PRONTUÁRIO: 1025858

PACIENTE: <u>Débora Thais Silva de Nascimento</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>23a</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>130/80 mmHg</u>	PULSO <u>80 bpm</u>	RESPIRAÇÃO <u>Spontânea</u>	TEMPERATURA <u>36,4°C</u>	GRUPO SANGÜÍNEO <u></u>
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>Venoclados, VPH</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>NDN</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>NDN</u>		
AP. DIGESTIVO <u>Duodeno</u>		ESTADO MENTAL <u>Duodeno</u>		DROGAS EM USO <u>VPH</u>
PRÉ-ANESTÉSICO <u></u>				ESTADO FÍSICO (ASA) <u>1</u>
DOSE/HORA <u></u>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Hemograma variacional agudo</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Duodeno de hemograma variacional</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr. Jorge</u>		AUXILIARES <u></u>		
INÍCIO DA ANESTESIA <u>3h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA <u></u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u></u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>		QUANT. DE CH. <u></u>		VALORES RS <u></u>
ANESTESISTA <u>Dr. Jorge + Jem (R)</u>		CPF <u></u>		CRM-PB <u></u>

0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	21-22	23-24	25-26	27-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39-40	41-42	43-44	45-46	47-48	49-50	51-52	53-54	55-56	57-58	59-60
0-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 17-18 19-20 21-22 23-24 25-26 27-28 29-30 31-32 33-34 35-36 37-38 39-40 41-42 43-44 45-46 47-48 49-50 51-52 53-54 55-56 57-58 59-60																													

LIQUIDOS	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
FLUIDO	0-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 17-18 19-20 21-22 23-24 25-26 27-28 29-30 31-32 33-34 35-36 37-38 39-40 41-42 43-44 45-46 47-48 49-50 51-52 53-54 55-56 57-58 59-60										

CONDIÇÃO	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
ANESTESIA	0-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11-12 13-14 15-16 17-18 19-20 21-22 23-24 25-26 27-28 29-30 31-32 33-34 35-36 37-38 39-40 41-42 43-44 45-46 47-48 49-50 51-52 53-54 55-56 57-58 59-60										

ANESTESIA GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	BLOC. PLEXO	BLOC. NERVOS	OUTROS
RE: DDI, monitorizada, via-externa 9/10 100% 3ml, inalação 9/10 100% 3ml, 10 abkumetoro, 100 ml TCT					

USUARIOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLUCOSE	1 Fontinal 200mg	11
NAU	2 Succinilcolina 50mg	12
AMER	3 Propofol 150mg	13
AMER	4 Rocuronio 30mg	14
TOTAL	5 Dexametasona 10mg	15
DESTINO DO PACIENTE	6 Dipirona 2g	16
☐ AP+ ☐ ENFERMARIA	7 Naloxona 8mg	17
☐ UTI ☐ RESIDENCIA	8	18
☐ OUTROS	9	19
	10	20

REMARKS IMPORTANTES: com visualização distal. Verificação cl/ capnografia + auscultu. Manutenção cl/ monitorização +
unifluoro. tubo fixado cl/ espandimento. Olhos fechados cl/ tampa. Arteriais da ponte de punção

ASSINATURA DO ANESTESISTA: [Assinatura]



GOVERNO DA PARAÍBA		Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena		Documento de Alta	
Nome: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO		Número Protocolo: 103347		Data de Alta: 12/09/2017 09:36:34	
Data de Nascimento: 30/07/1993	Sexo: Feminino	Data de Internação: 07/09/2017 08:35:28			
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR					
Conduta: TCE HEMATOMA EXTRA-DURAL (HED) SUBMETIDA A DRENAGEM CIRÚRGICA.					
Resumo da Internação: BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA-NEUROLÓGICA					
Resultado de Exames: TC DE CRÂNIO: HED					
Tratamento: DRENAGEM CIRÚRGICA HED					
Diagnóstico: S68.4 - Hemorragia epidural					
Recomendações: RETORNO 30 DIAS AMBULATORIO HTOP RETORNO AO PS SE PIORA CLÍNICA					
Data: 12/09/2017		TOMAS CATÃO MONTE RASO CRM: 1742 - PB			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:09:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815093826100000036695706>

Número do documento: 21011815093826100000036695706

 SUS Sistema Nacional de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
1. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>		2. NOME DO SOLICITANTE: <u>DR. CARLOS ALBERTO DA SILVA</u>	
3. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>		4. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>	
5. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>		6. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>	
7. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>		8. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>	
9. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>		10. NOME DO PACIENTE: <u>ROSA, ROSA LUIZ DA SILVA</u>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
11. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)			
12. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
13. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
14. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
15. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
16. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
AUTORIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
17. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
18. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
19. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
20. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>			
SOLICITAÇÃO			
21. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		22. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
23. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		24. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
25. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		26. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
27. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		28. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
29. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		30. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
31. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		32. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
33. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		34. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
35. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		36. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
37. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		38. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
39. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		40. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
41. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		42. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
43. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		44. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
45. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		46. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
47. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		48. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
49. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		50. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
51. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		52. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
53. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		54. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
55. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		56. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
57. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		58. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
59. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		60. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
61. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		62. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
63. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		64. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
65. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		66. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
67. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		68. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
69. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		70. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
71. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		72. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
73. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		74. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
75. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		76. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
77. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		78. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
79. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		80. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
81. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		82. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
83. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		84. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
85. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		86. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
87. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		88. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
89. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		90. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
91. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		92. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
93. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		94. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
95. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		96. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
97. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		98. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	
99. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>		100. NOME DO PROCEDIMENTO: <u>EXAME DE URINA</u>	



COMPREV
04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

GOVERNO DO RIO DE JANEIRO	Recetuario PROMEDICADORA TIA MARIA SAO JOAO MONTES Data: 01/01/2017 08:14:13 - Rua: Faria Lima - 11742-900 A LUS RETORNAR PONTOS DE T.O DE CUIDADO AO DIA 11/08 Dr. TOMAS CATIAO MONTE PASO 17429B
GOVERNO DO RIO DE JANEIRO	Recetuario PROMEDICADORA TIA MARIA SAO JOAO MONTES Data: 01/01/2017 08:14:13 - Rua: Faria Lima - 11742-900 A LUS RETORNAR PONTOS DE T.O DE CUIDADO AO DIA 11/08 Dr. TOMAS CATIAO MONTE PASO 17429B



Receituário Médico

CRUZ VERMELHA
BRASILIANA

HEALTH

Diagnóstico: *Depressão*

Exame: *Exame*

Prescrição: *no nível particular*

*Prescrição em
medica
CRM 7857*

Dr. S. S. S.

Data: *1/1/1*



Receituário Médico

P/ Abuso Físico e Sexual

Exames: -

Outros: -

2

Medico CRM 7837

09/10/2017

Medico CRM 7837



 **Receituário Médico** 

P/ *Marcelo Thais Silva do Nascimento*

Encaminhado

Dr. Buccaraxbo

2

09/01/14

Marcelo Thais Silva do Nascimento
Médico
CRM 7887



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 12 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Detora Thais S. Silva de Almeida
 ASSINANTE PORTUBUR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

12 DEZ 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REGISTRO
GERAL 3.998.255

EXPEDIÇÃO 04/10/2011

NOME DÉBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO PAULO SILVA DO NASCIMENTO
CICERA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC-ORIGEM

NASC.N.59092 FLS.167V LIV.A55

CARTORIO 4.DE J.PESSOA PB

CPF

701.021.084-55

3336 P.1302-19

DATA DE INTSCIMENTO

30/10/1993

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

22.04.2018

COMPREENSÃO E PREVENÇÃO

BRASIL

INSCRIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DE DÉBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

LEI Nº 7.116-DE 23/08/83

PROTÓCOLO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0111578960-8 00/00000000 2018

ELAINE ALVES DO NASCIMENTO

01120076439 01/04/2018

NOVO PB 9CEFD100P 1990

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA NXR 600 1.605 2017 2017

2 E/162 /CI PARTIC PRETA

00/00/0000

PRETO TOTAL R\$ 30/04/2018

SEGURO P.A.G.O 30/04/2018

A.F. BANCO HONDA S.A.

JOAO PESSOA-PB 08/05/2018

41947 506

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Protocolo

Carteira de Seguro

CPF: 014.110.304-57



**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: **3200015224**

Nome do(a) Examinado(a): **DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA DO PROGRESSO, 459 - Distrito Industrial - João Pessoa - PB - CEP 58082-058

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3998255**

Data e local do acidente: [**07/09/2017**]

Bairro Colinas do Sul Cidade de João Pessoa PB

Data e local do exame: [**17/01/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE com Hematoma Epidural Temporal Esquerdo.

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

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica na região temporal esquerda. Refere queixas de cefaleia, tontura, refere diminuição da acuidade visual do olho esquerdo.

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 cirúrgico com drenagem de hematoma.

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

[] Sim [**X**] Não

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

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

(X) "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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

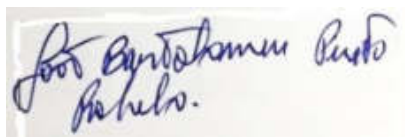
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015224 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com Hematoma Epidural Temporal Esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica na região temporal esquerda. Refere queixas de cefaleia, tontura, refere diminuição da acuidade visual do olho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com drenagem de hematoma.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Vítima refere diminuição da acuidade visual do olho esquerdo, porém não foi apresentada documentação comprobatória.
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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015224 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRÂNIO - DRENAGEM DO HEMATOMA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: * SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015224 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRÂNIO - DRENAGEM DO HEMATOMA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: * SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013290/20

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 701.021.084-55

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO : 701.021.084-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 701.021.084-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

