



Número: **0867553-24.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO (AUTOR)		GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36189950	03/11/2020 15:31	<a href="#">Petição</a>	Petição
36189952	03/11/2020 15:31	<a href="#">2648296_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02</a>	Outros Documentos
36189954	03/11/2020 15:31	<a href="#">2648296_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_01</a>	Outros Documentos
36189957	03/11/2020 15:31	<a href="#">2648296_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03</a>	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

**Processo: 08675532420188152001**

**BRADESCO SEGUROS S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180452738**

Vítima: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Data do Acidente: **29/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180452738**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13426625

Pag. 00201/00202 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020101



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**  
Nº Sinistro: **3180452738**  
Vítima: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**  
Data do Acidente: **29/06/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180452738**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00369/00370 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13429512





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

084.603.974-59

Nome completo da vítima

Deborah de Santana Ribeiro

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Deborah de Santana Ribeiro		CPF titular da conta 084.603.974-59	Profissão Cuidadora
Endereço Rua Ricardo Loureiro Cavalcante		Número 302	Complemento
Bairro Santem Cerejeiro	Cidade Bayeux	Estado PB	CEP 58.308-290
Email		Telefone (DDD) (83) 99921-9283	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0036		BANCO Nome NRO.	
D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V	
CONTA NRO. 57399		CONTA NRO. D/V	
D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 27 de Setembro

Local e Data

de 2018

X Deborah de Santana Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE.001 V001/2017







Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



**QFU9106**

**Placa:** QFU9106 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** HONDA/CG 160 FAN ESDI/2016

**Renavam:** 01107516118

**Chassi:** 9C2KC2200HR000292

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Outros itens danificados: pedal; guidão; carenagem do tanque; lanternas esquerdas e retrovisor.

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF/CNPJ:** 084.603.974-59

**Endereço:** , BAYEUX/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Ausência de responsável

**Tipo de receptor:** Outro

**Informações complementares:** Conforme autorização verbal da proprietária, a motocicleta foi entregue à condutora Celina de Sousa Graciliano Mendes, CPF: 042.977.404-43.



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8.







Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal  
**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**



**PRF**



**Acidente nº 18038167B01**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 230 **KM:** 22,2 - Decrescente **Município:** JOAO PESSOA/PB  
**Data:** 29/06/2018 **Hora:** 09:00

**Policial responsável pelo atendimento:** RENATA MAIA, matrícula 1503939

**ASPECTOS DO LOCAL**

**Tipo de via:** Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Dupla  
**Condição da pista:** Seca  
**Estrutura viária:** Reta  
**Localidade urbanizada:** ✓ **Acostamento:** ✓ **Canteiro central:** ✓  
**Condição meteorológica:** Sol **Fase do dia:** Pleno dia

**NARRATIVA**

No dia 29/06/2018, por volta das 09h00, no km 22,2 da BR-230, em João Pessoa-PB, ocorreu um acidente, do tipo tombamento, com vítima grave. O veículo envolvido foi a motocicleta HONDA/CG 160 (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 seguia o fluxo da via no sentido João Pessoa-PB / Cabedelo-PB, quando a condutora perdeu o controle da direção, V1 tombou e a condutora caiu ao solo. Quando a equipe PRF chegou, o local estava preservado e havia uma ambulância do SAMU, atendendo a vítima, e uma equipe da Polícia Militar sinalizando o local. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de distância de segurança entre V1 e os demais veículos. A velocidade regulamentada para a via é de 80Km/h. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. A condutora de V1 não realizou o teste de etilômetro, em razão da gravidade dos ferimentos da mesma. Observação: Não foi constatada nenhuma marca de pneumático (frenagem) no pavimento do local. O responsável pela equipe da Polícia Militar que estava no local era o Tenente-Coronel Barros.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	
1	Tombamento	
2	Queda de ocupante de veículo	



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18038167B01



**PRF**

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

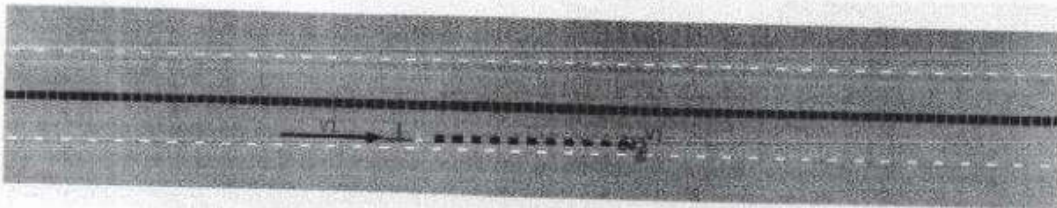


SENTIDO DECRESCENTE

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



← IDÃO PRESERVADO

CABEDELOPS →



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB6

página 02 de 06

**191**







MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



**QFU9106**



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



CONDUTOR

**DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

**Placa do veículo:** QFU9106

**Marca/modelo:** HONDA/CG 160 FAN ESDI

**Envolvimento:** Condutor/Proprietário

**Nome:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF:** 084.603.974-59

**Data de nascimento:** 31/07/1987

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional

**Categoria:** AB

**Data primeira habilitação:** 26/03/2015

**Nº Registro:** 06330971474

**UF:** PB

**Data de vencimento da habilitação:** 09/06/2019

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não

**Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA RICARDO L CAVALCANTE, 302, JD AEROPORTO, BAYEUX/PB

**Telefone/email:** 83986496429/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** A condutora foi socorrida pelo SAMU (responsável pela equipe: Enfermeiro Pedro) e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2016, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18038167B01



**PRF**

### RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

**Veículo:** V1 / HONDA/CG 160 FAN ESDI

**Placa:** QFU9106

**Nome do agente:** RENATA MAIA

**Nº BOAT:** 18038167B01

**Matrícula do agente:** 1503939

**Data:** 29/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

**Total geral (SIM + NA):** 0

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D95AA017BD966D64C6533CC956A05





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Deborah de Santana Ribeiro

CPF da Vítima

084.603.914-59

Data do Acidente

29/06/2018.

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 27 de Setembro

Local e Data

de



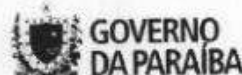
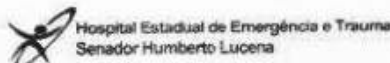
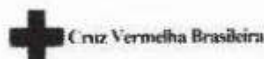
Deborah de Santana Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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

Boletim de Atendimento: 1091409



Identificação do paciente				
ID 1301935	Nome DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO	Estado civil		Sexo Feminino
Data de nascimento 31/07/1987	Idade 30 anos 10 meses 28 dias	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA	Pai NAO INFORMADO		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 00		DDD Fixo	Fone Fixo
Fone Móvel 000000000	Número documento 06330971474	Nº Cns		
Tipo documento CNH	Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade	CBO/R		
Endereço				
CEP 58308290	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro RICARDO L. CAVALCANTE	
Número 110	Complemento	Bairro AEROPORTO		
Admissão				
Data e Hora 29/06/2018 09:42:33	Número da pulseira 1000059884858	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		Origem do paciente RODOVIA	
Classificação de risco	Caráter de atendimento		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA				
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 130	x 80	mmHg	Frequência 80	Temperatura 100.1
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []	Ultrasonografia []			
Dados clínicos Paciente admitida no setor de emergência, no momento consciente e orientada, mantendo collar cervical e frangia.				
Diagnóstico				CD COREN - 385.546
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES				Tempo 01min 11seg

Imprimir

29/06/2018 09:43



# 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: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000057399-8

---

---

Nr. da Autenticação EEC5EC46FD1E1E14



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180452738 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO  
DATA DE NASCIMENTO 31/07/87  
NOME DA MÃE MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 109625  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1091409  
DATA DO ATENDIMENTO 29/06/18  
HORA DO ATENDIMENTO 09:42  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA  
CID 10 S82.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO MÚLTIPLOS CONTUSÕES NO CORPO, E FERIMENTO NO JOELHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE COLUNA CERVICAL, TC DE COLUNA LOMBO-SACRA  
RX OMBRO ESQ., RX DE TORAX, RX JOELHO ESQ. RX BACIA, RX COLUNA TORACOLOMBAR

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

JOELHO ESQ. - LIMPEZA CIRÚRGICA DO FERIMENTO + SUTURA E IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18  
DATA DA EMISSÃO: 11/09/18

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

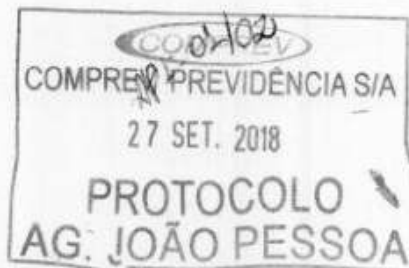
Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

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





## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Deborah de Santana Lorenz  
BE: 1091409

### II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, do **profissional da saúde** e do **Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL**;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao **paciente** é composto por **Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que **cumprem a função de Preceptores** ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





GOVERNO  
DA PARAIBA

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>		Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 13:19:05</b>		

## #NCR

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA NAUSEAS OU VOMITOS.

REFERE CERVICALGIA E LOMBALGIA

AO EXAME  
ECG 15/15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO  
DOR A PALPAÇÃO DA COLUNA LOMBAR E CERVICAL

CD.  
ANALGESIA  
TC COLUNA CERVICAL E LOMBAR

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM - PB 7422

## EXAME DE IMAGEM

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE**

### Conduta

Em observação

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:31:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315310547700000034555487>

Número do documento: 20110315310547700000034555487

Num. 36189954 - Pág. 16





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 10:10:23</b>		

## Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 40 MIN (COLISÃO COM CARRO). QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO E, JOELHO E, TOPOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA E CERVICAL. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MÃO D, PÉ E, JOELHO E, MSE + FERIMENTO CONTUSO EM JOELHO E. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE USO REGULAR DE SERTRALINA. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICA, ACIANÓTICA. CORADA, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE TÓRAX, BACIA, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA E LOMBAR. OMBRO E, JOELHO E + SOLICITO PARECER DA ORTOPEdia E NEURO + ANALGESIA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEdia

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

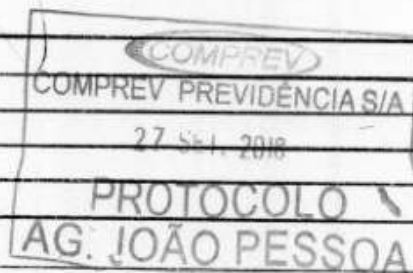
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417

Boletim registrado por: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO em 29/06/2018 09:43:44

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 16:47:27</b>	

**Anamnese**

#ncr

IENTE REALIZA TC DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR

AUSENCIA DE FRATURAS, LUXAÇÕES OU ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

CD.

ANALGESIA AMBULATORIAL

ALTA DA NCR

AOS CUIDADOS DA CIR. GERAL.

**Conduta**

Em observação

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM: PB 7423

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO** BE/PRONTUÁRIO: **1091409**  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: **29/06/2018**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: **LIMPEZA MECANICO CIRURGICO DE JOELHO ESQUERDO**  
CIRURGIÃO: **DR RAIFF** 1º ASS: **DR BARTOLOMEU**  
2º ASS: **MR1 DANIEL** 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: **DR TIBERIO**  
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DE PATELA EXPOSTA INCOMPLETA</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

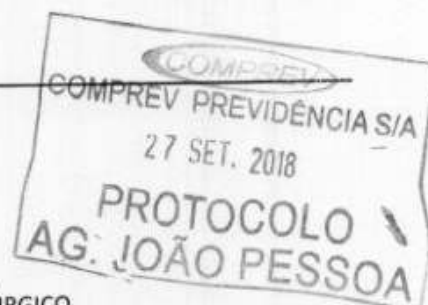
TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

*Daniel Consuelo Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: **29/06/2018**



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>

Incisão:

Achados:
<b>FERIMENTO EM ESQUERDO DIREITO JÁ ABERTO</b>
Condução:
<b>LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%</b>
<b>SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS</b>
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>

Fechamento:	
Observação:	
<b>TALA JOELHEIRA</b>	

Médico/CRM:

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

29/06/2018



# Nota de Sala Cirúrgica



12/2/2018

NOME DO PACIENTE: Deborah dos Santos Ribeiro  
 IDADE: 30 SEXO: F DATA: 09/11/2018  
 CIRURGIÃO: Rafael ENFERMEIRO: Paula LEITO: 18  
 ANESTESISTA: Roberto  
 INSTRUMENTADOR: Paula  
 DATA: 09/11/2018 TEMPO CIRÚRGICO: 18:40 ANESTESIA INÍCIO: 18:40 FIM: 18:40 CIRURGIA INÍCIO: 18:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE NYLON Nº 20	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO POLIGLACTINA Nº 1	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATÓMIO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
L. PIVACAÍNA S. VASO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
AINA C. VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LILACAINA S. VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.5		FIO SEDA Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8.0		FITA CARDÍACA	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8.5		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		CATETER DE PIC	
PANCURÔNIO		MULTÍVIAS		CIMENTO CIRÚRGICO	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PROPORFOL		SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMIFENTANIL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		HEMOST ABSORVÍVEL	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		PRÓTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT PAM	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		EMPRESA	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL Nº17			
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPLOMINA SÓDICA		CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EF SA		COLET URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FL. UMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		( ) BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODADAS		( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Resolução N.º 1.811  
de 12/11/2013  
do Conselho de Administração  
do Hospital de Base de São Paulo













## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO  
DATA DE NASCIMENTO 31/07/87  
NOME DA MÃE MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 109625  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1091409  
DATA DO ATENDIMENTO 29/06/18  
HORA DO ATENDIMENTO 09:42  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA  
CID 10 S82.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO MÚLTIPLOS CONTUSÕES NO CORPO, E FERIMENTO NO JOELHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE COLUNA CERVICAL, TC DE COLUNA LOMBO-SACRA  
RX OMBRO ESQ., RX DE TORAX, RX JOELHO ESQ. RX BACIA, RX COLUNA TORACOLUMBAR

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

JOELHO ESQ. - LIMPEZA CIRÚRGICA DO FERIMENTO + SUTURA E IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18  
DATA DA EMISSÃO: 11/09/18

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

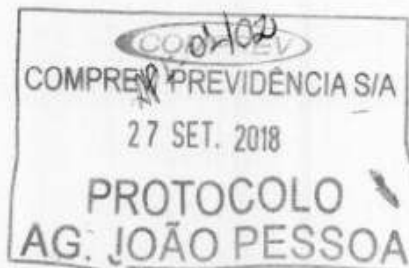
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL



### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Deborah de Santana Lorenz  
BE: 1091409

### II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, do **profissional da saúde** e do **Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL**;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao **paciente** é composto por **Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que **cumprem a função de Preceptores** ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

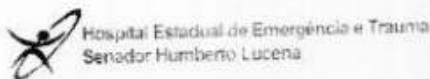
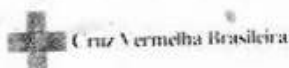
§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 13:19:05</b>		

**Anamnese**

#NCR

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA NAUSEAS OU VOMITOS.

REFERE CERVICALGIA E LOMBALGIA

AO EXAME  
ECG 15/15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO  
DOR A PALPAÇÃO DA COLUNA LOMBAR E CERVICAL

CD.  
ANALGESIA  
TC COLUNA CERVICAL E LOMBAR

Dr. Daniel Ronconi  
Neurologia  
CRM - PB 7423

**EXAME DE IMAGEM**

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

**Conduta**

Em observação

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 10:10:23</b>		

## Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 40 MIN (COLISÃO COM CARRO). QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO E, JOELHO E, TOPOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA E CERVICAL. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MÃO D, PÉ E, JOELHO E, MSE + FERIMENTO CONTUSO EM JOELHO E. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE USO REGULAR DE SERTRALINA. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICA, ACIANÓTICA. CORADA, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE TÓRAX, BACIA, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA E LOMBAR. OMBRO E, JOELHO E + SOLICITO PARECER DA ORTOPEdia E NEURO + ANALGESIA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEdia

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

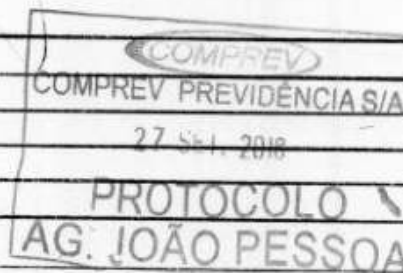
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417

Bolém registrado por DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO em 29/06/2018 09:43:44

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 16:47:27</b>	

**Anamnese**

#ncr

IENTE REALIZA TC DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR

AUSENCIA DE FRATURAS, LUXAÇÕES OU ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

CD.

ANALGESIA AMBULATORIAL

ALTA DA NCR

AOS CUIDADOS DA CIR. GERAL.

**Conduta**

Em observação

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM-PB 7423

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44







## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO** BE/PRONTUÁRIO: **1091409**  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: **29/06/2018**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: **LIMPEZA MECANICO CIRURGICO DE JOELHO ESQUERDO**  
CIRURGIÃO: **DR RAIFF** 1º ASS: **DR BARTOLOMEU**  
2º ASS: **MR1 DANIEL** 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: **DR TIBERIO**  
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DE PATELA EXPOSTA INCOMPLETA</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

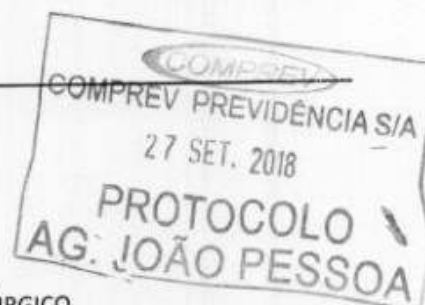
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
\_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

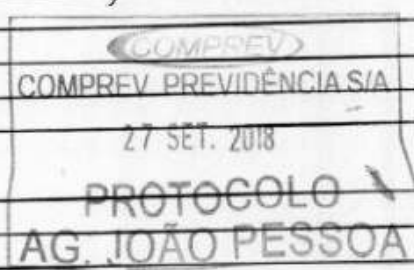
*Daniel Consuelo Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: **29/06/2018**

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>

Incisão:

Achados:
<b>FERIMENTO EM ESQUERDO DIREITO JÁ ABERTO</b>
Condução:
<b>LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%</b>
<b>SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS</b>
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>

	
Fechamento:	
Observação:	
<b>TALA JOELHEIRA</b>	

Médico/CRM:

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

29/06/2018



# Nota de Sala Cirúrgica



12/2/2018

NOME DO PACIENTE: Deborah dos Santos Ribeiro  
 IDADE: 30 SEXO: F DATA: 09/11/2018  
 CIRURGIÃO: Rafael ENFERMEIRO: João LEITO: 10  
 ANESTESISTA: João  
 INSTRUMENTADOR: João  
 DATA: 09/11/2018 TEMPO CIRÚRGICO: 18:40 ANESTESIA INÍCIO: 18:40 CIRURGIA INÍCIO: 18:40  
 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

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 20	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº 1	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
L. BUPIVACAÍNA S. VASO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
L. AINA C. VASO		AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LILACÁINA S. VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPLOMINA SÓDICA		CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EF SA		COLET URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FL. UMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCÁINA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		( ) ASPIRADOR	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		( ) BISTURI ELÉTRICO	
		GAZES		( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODOADAS		( ) CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº14		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº16		( ) FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 27 SET. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

RESOLUÇÃO Nº 1.316  
 COLEÇÃO 2011-2









REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3069796 SSDS PB

CPF 084.603.974-59 DATA NASCIMENTO 31/07/1987

FILIAÇÃO  
MARIA DA LUZ  
NASCIMENTO DE SANTANA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 06330971474 VALIDADE 09/06/2019 1ª HABILITAÇÃO 26/03/2015

OBSERVAÇÕES  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO PORTADOR  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO 01/04/2016

65606813451  
PB032393806

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1280538683

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1280538683



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180452738 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA. ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356105/18

**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF:** 084.603.974-59

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 29/06/2018

**Titular do CPF:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO : 084.603.974-59

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018  
Nome: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO  
CPF: 084.603.974-59

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

RENATO LUNA DIAS



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180452738**

Vítima: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Data do Acidente: **29/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180452738**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13426625

Pag. 00201/00202 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020101



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180452738**

Vítima: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

Data do Acidente: **29/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180452738**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00369/00370 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13429512







**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

084.603.974-59

Nome completo da vítima

Deborah de Santana Ribeiro

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Deborah de Santana Ribeiro		CPF titular da conta 084.603.974-59	Profissão Cuidadora
Endereço Rua Ricardo Loureiro Cavalcante		Número 302	Complemento
Bairro Santem Cerquinho	Cidade Bayeux	Estado PB	CEP 58.308-290
Email		Telefone (DDD) (83) 99921-9283	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) <b>OP. 013</b>			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRD 0036	D/V [ ]	AGÊNCIA NRD [ ]	D/V [ ]
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA NRD 57399	D/V [ ]	CONTA NRD [ ]	D/V [ ]
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 27 de Setembro

Local e Data

de 2018

X Deborah de Santana Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPE.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:31:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315310680800000034555490>

Número do documento: 20110315310680800000034555490



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



**QFU9106**

**Placa:** QFU9106 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** HONDA/CG 160 FAN ESDI/2016

**Renavam:** 01107516118

**Chassi:** 9C2KC2200HR000292

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Outros itens danificados: pedal; guidão; carenagem do tanque; lanternas esquerdas e retrovisor.

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF/CNPJ:** 084.603.974-59

**Endereço:** , BAYEUX/PB

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Ausência de responsável

**Tipo de receptor:** Outro

**Informações complementares:** Conforme autorização verbal da proprietária, a motocicleta foi entregue à condutora Celina de Sousa Graciliano Mendes, CPF: 042.977.404-43.



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8.







Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal  
**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**



**PRF**



**Acidente nº 18038167B01**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 230 **KM:** 22,2 - Decrescente **Município:** JOAO PESSOA/PB  
**Data:** 29/06/2018 **Hora:** 09:00

**Policial responsável pelo atendimento:** RENATA MAIA, matrícula 1503939

**ASPECTOS DO LOCAL**

**Tipo de via:** Principal **Tipo de pavimento:** Asfalto **Tipo de pista:** Dupla  
**Condição da pista:** Seca  
**Estrutura viária:** Reta  
**Localidade urbanizada:** ✓ **Acostamento:** ✓ **Canteiro central:** ✓  
**Condição meteorológica:** Sol **Fase do dia:** Pleno dia

**NARRATIVA**

No dia 29/06/2018, por volta das 09h00, no km 22,2 da BR-230, em João Pessoa-PB, ocorreu um acidente, do tipo tombamento, com vítima grave. O veículo envolvido foi a motocicleta HONDA/CG 160 (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 seguia o fluxo da via no sentido João Pessoa-PB / Cabedelo-PB, quando a condutora perdeu o controle da direção, V1 tombou e a condutora caiu ao solo. Quando a equipe PRF chegou, o local estava preservado e havia uma ambulância do SAMU, atendendo a vítima, e uma equipe da Polícia Militar sinalizando o local. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de distância de segurança entre V1 e os demais veículos. A velocidade regulamentada para a via é de 80Km/h. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. A condutora de V1 não realizou o teste de etilômetro, em razão da gravidade dos ferimentos da mesma. Observação: Não foi constatada nenhuma marca de pneumático (frenagem) no pavimento do local. O responsável pela equipe da Polícia Militar que estava no local era o Tenente-Coronel Barros.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	
1	Tombamento	
2	Queda de ocupante de veículo	



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18038167B01



**PRF**

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE

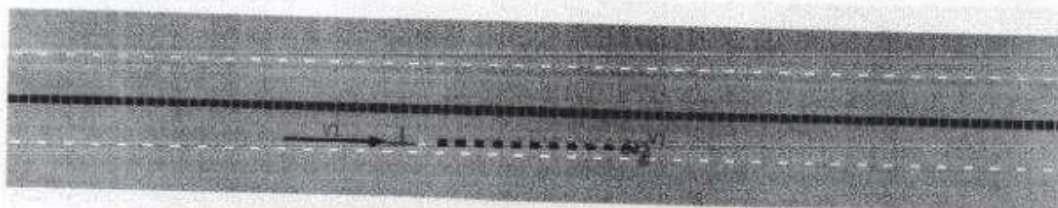


SENTIDO DECRESCENTE

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local preservado



← IDÃO PRESERVADO

CABEDELOPS →



página 02 de 06



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB6

191







MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



**QFU9106**



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18038167B01**



**PRF**

**V1**



CONDUTOR

**DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO**

**Placa do veículo:** QFU9106

**Marca/modelo:** HONDA/CG 160 FAN ESDI

**Envolvimento:** Condutor/Proprietário

**Nome:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF:** 084.603.974-59

**Data de nascimento:** 31/07/1987

**Estado civil:** Não Informado

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL

**Usava capacete:** Sim

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional

**Categoria:** AB

**Data primeira habilitação:** 26/03/2015

**Nº Registro:** 06330971474

**UF:** PB

**Data de vencimento da habilitação:** 09/06/2019

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 99

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Não

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não

**Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA RICARDO L CAVALCANTE, 302, JD AEROPORTO, BAYEUX/PB

**Telefone/email:** 83986496429/NÃO INFORMADO

**ENCAMINHAMENTO**

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** A condutora foi socorrida pelo SAMU (responsável pela equipe: Enfermeiro Pedro) e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2016, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D98AA6017BD986D64C6533CC958AB8





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18038167B01



**PRF**

### RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

**Veículo:** V1 / HONDA/CG 160 FAN ESDI

**Placa:** QFU9106

**Nome do agente:** RENATA MAIA

**Nº BOAT:** 18038167B01

**Matrícula do agente:** 1503939

**Data:** 29/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

**Total geral (SIM + NA):** 0

**Dimensão da monta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por RENATA MAIA, matrícula 1503939, Policial Rodoviário Federal, em 29/06/2018, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18038167B01 e o número de controle D95AA017BD966D64C6533CC956A05





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Deborah de Santana Ribeiro

CPF da Vítima

084.603.914-59

Data do Acidente

29/06/2018.

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 27 de Setembro

Local e Data

de 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

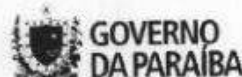
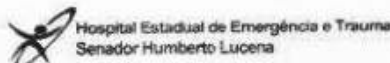
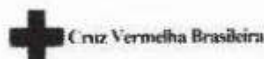
Deborah de Santana Ribeiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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

Boletim de Atendimento: 1091409



Identificação do paciente				
ID 1301935	Nome DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO	Estado civil		Sexo Feminino
Data de nascimento 31/07/1987	Idade 30 anos 10 meses 28 dias	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA	Pai NAO INFORMADO		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 00		DDD Fixo	Fone Fixo
Fone Móvel 000000000	Número documento 06330971474	Nº Cns		
Tipo documento CNH	Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade	CBO/R		
Endereço				
CEP 58308290	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro RICARDO L. CAVALCANTE	
Número 110	Complemento	Bairro AEROPORTO		
Admissão				
Data e Hora 29/06/2018 09:42:33	Número da pulseira 1000059884858	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RODOVIA		
Classificação de risco	Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 130	x	80	mmHg	Temperatura 100.1
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos Paciente admitida no setor de emergência, no momento consciente e orientada, mantendo collar cervical e frangia.				
Diagnóstico				CD COREN. 385.546
Atendido por MICHEL CARVALHO BORGES				Tempo 01min 11seg

Imprimir

29/06/2018 09:43



# 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: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000057399-8

---

---

Nr. da Autenticação EEC5EC46FD1E1E14



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180452738 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO  
DATA DE NASCIMENTO 31/07/87  
NOME DA MÃE MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 109625  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1091409  
DATA DO ATENDIMENTO 29/06/18  
HORA DO ATENDIMENTO 09:42  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA  
CID 10 S82.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO MÚLTIPLOS CONTUSÕES NO CORPO, E FERIMENTO NO JOELHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE COLUNA CERVICAL, TC DE COLUNA LOMBO-SACRA  
RX OMBRO ESQ., RX DE TORAX, RX JOELHO ESQ. RX BACIA, RX COLUNA TORACOLOMBAR

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

JOELHO ESQ. - LIMPEZA CIRÚRGICA DO FERIMENTO + SUTURA E IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18  
DATA DA EMISSÃO: 11/09/18

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

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

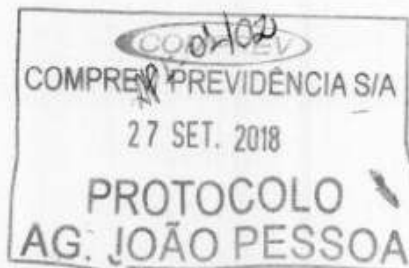






## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL



### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Deborah de Santana Lorenz  
BE: 1091409

### II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, do **profissional da saúde** e do **Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL**;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao **paciente** é composto por **Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que **cumprem a função de Preceptores** ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>		Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 13:19:05</b>		

## #NCR

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA NAUSEAS OU VOMITOS.

REFERE CERVICALGIA E LOMBALGIA

AO EXAME  
ECG 15/15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO  
DOR A PALPAÇÃO DA COLUNA LOMBAR E CERVICAL

CD.  
ANALGESIA  
TC COLUNA CERVICAL E LOMBAR

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM - PB 7423

### EXAME DE IMAGEM

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE**

### Conduita

Em observação

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:31:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315310680800000034555490>

Número do documento: 20110315310680800000034555490

Num. 36189957 - Pág. 16



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 10:10:23</b>	

## Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 40 MIN (COLISÃO COM CARRO). QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO E, JOELHO E, TOPOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA E CERVICAL. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MÃO D, PÉ E, JOELHO E, MSE + FERIMENTO CONTUSO EM JOELHO E. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE USO REGULAR DE SERTRALINA. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICA, ACIANÓTICA. CORADA, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE TÓRAX, BACIA, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA E LOMBAR. OMBRO E, JOELHO E + SOLICITO PARECER DA ORTOPEdia E NEURO + ANALGESIA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEdia

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

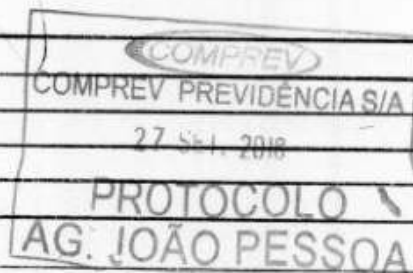
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417

Boletim registrado por: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO em 29/06/2018 09:43:44

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>	BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>			Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 16:47:27</b>	

**Anamnese**

#ncr

IENTE REALIZA TC DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR

AUSENCIA DE FRATURAS, LUXAÇÕES OU ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

CD.

ANALGESIA AMBULATORIAL

ALTA DA NCR

AOS CUIDADOS DA CIR. GERAL.

**Conduta**

Em observação

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM-PB 7423

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44







## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1091409  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 29/06/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: LIMPEZA MECANICO CIRURGICO DE JOELHO ESQUERDO  
CIRURGIÃO: DR RAIFF 1º ASS: DR BARTOLOMEU  
2º ASS: MR1 DANIEL 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR TIBERIO  
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DE PATELA EXPOSTA INCOMPLETA</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

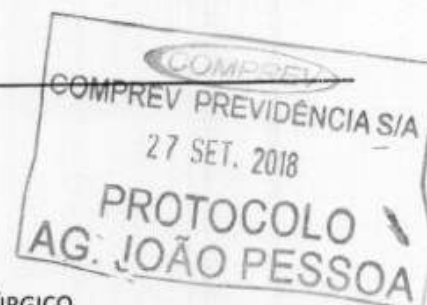
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
\_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

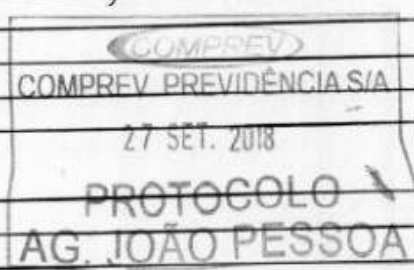
*Daniel Consuelo Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: 29/06/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>

Incisão:

Achados:
<b>FERIMENTO EM ESQUERDO DIREITO JÁ ABERTO</b>
Condução:
<b>LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%</b>
<b>SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS</b>
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>

	
Fechamento:	
Observação:	
<b>TALA JOELHEIRA</b>	

Médico/CRM:

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

29/06/2018



# Nota de Sala Cirúrgica



12/2/2018

NOME DO PACIENTE: Deborah dos Santos Ribeiro  
 IDADE: 30 SEXO: F DATA: 10/09/2018  
 CIRURGIÃO: Rafael ENFERMEIRO: Paula LEITO: 18  
 ANESTESISTA: Roberto  
 INSTRUMENTADOR: Paula  
 DATA: 10/09/2018 TEMPO CIRÚRGICO: 18:40 ANESTESIA INÍCIO: 18:40 FIM: 18:40 CIRURGIA INÍCIO: 18:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS):

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 20	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº 1	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATÓMIO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
L. PIVACAÍNA S. VASO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
I. AINA C. VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LILAC AINA S. VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8.0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8.5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPLOMINA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EF. SA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FL. UMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCÁINA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		( ) BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODÓADAS		( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Resolução N. de A. S. S. em Enfermagem  
C.O. 1136



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:31:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031531068080000034555490

Número do documento: 2011031531068080000034555490









## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO  
DATA DE NASCIMENTO 31/07/87  
NOME DA MÃE MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 109625  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1091409  
DATA DO ATENDIMENTO 29/06/18  
HORA DO ATENDIMENTO 09:42  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA  
CID 10 S82.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO MÚLTIPLOS CONTUSÕES NO CORPO, E FERIMENTO NO JOELHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE COLUNA CERVICAL, TC DE COLUNA LOMBO-SACRA  
RX OMBRO ESQ., RX DE TORAX, RX JOELHO ESQ. RX BACIA, RX COLUNA TORACOLUMBAR

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX JOELHO ESQ. - FRATURA INCOMPLETA DE PATELA ESQUERDA

### TRATAMENTO:

JOELHO ESQ. - LIMPEZA CIRÚRGICA DO FERIMENTO + SUTURA E IMOBILIZAÇÃO

ALTA HOSPITALAR: 02/07/18  
DATA DA EMISSÃO: 11/09/18

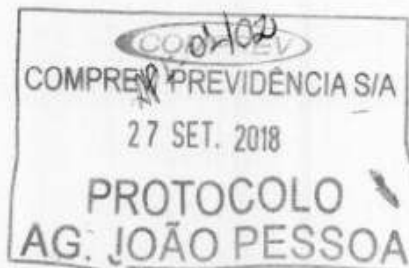
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

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



## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Deborah de Santana Lorenz  
BE: 1091409

### II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Artigo 1º** - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do **paciente**, do **profissional da saúde** e do **Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL**;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Poli traumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao **paciente** é composto por **Médicos, Médicos-residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados**, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que **cumprem a função de Preceptores** ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>		Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 13:19:05</b>		

## #NCR

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA. NEGA NAUSEAS OU VOMITOS.

REFERE CERVICALGIA E LOMBALGIA

AO EXAME  
ECG 15/15  
SEM DEFICITS MOTORES  
ISO/FOTO  
DOR A PALPAÇÃO DA COLUNA LOMBAR E CERVICAL

CD.  
ANALGESIA  
TC COLUNA CERVICAL E LOMBAR

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM - PB 7423

## EXAME DE IMAGEM

**MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE**

### Conduta

Em observação

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44



Número do documento: 20110315310680800000034555490

Num. 36189957 - Pág. 26





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO</b>	Nº Cons. Regional <b>4417/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>			Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 10:10:23</b>	

## Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 40 MIN (COLISÃO COM CARRO). QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO E, JOELHO E, TOPOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA E CERVICAL. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MÃO D, PÉ E, JOELHO E, MSE + FERIMENTO CONTUSO EM JOELHO E. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS. NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. REFERE USO REGULAR DE SERTRALINA. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNÉICA, ACIANÓTICA. CORADA, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE TÓRAX, BACIA, COLUNA CERVICAL, COLUNA TORÁCICA E LOMBAR. OMBRO E, JOELHO E + SOLICITO PARECER DA ORTOPEdia E NEURO + ANALGESIA.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 8 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEdia

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

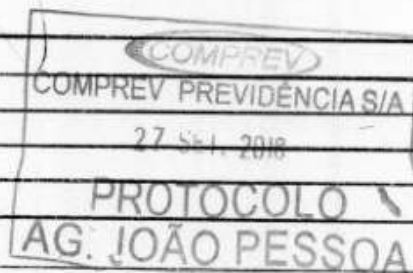
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação



Ana Virginia L. da Costa  
Cirurgia Geral  
CRM-4417

Boletim registrado por: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO em 29/06/2018 09:43:44

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO</b>		BAE <b>1091409</b>	Data/Hora Entrada <b>29/06/2018 09:42:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>31/07/1987</b>	Idade <b>30a 10m 29d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(00) 000000000</b>
Mãe <b>MARIA DA LUZ NASCIMENTO DE SANTANA</b>				Prontuário
Endereço <b>RICARDO L. CAVALCANTE, 110</b>		Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>		Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/06/2018 09:42:33</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/06/2018 16:47:27</b>		
<p><b>Anamnese</b></p> <p>#ncr</p> <p>IENTE REALIZA TC DE COLUNA CERVICAL E LOMBAR</p> <p>AUSENCIA DE FRATURAS, LUXAÇÕES OU ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS</p> <p>CD.</p> <p>ANALGESIA AMBULATORIAL</p> <p>ALTA DA NCR</p> <p>AOS CUIDADOS DA CIR. GERAL.</p>				
<p><b>Conduta</b></p> <p>Em observação</p>				

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM-PB 7423

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Boletim registrado por: MICHEL CARVALHO BORGES em 29/06/2018 09:43:44





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO** BE/PRONTUÁRIO: **1091409**  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: **29/06/2018**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: **LIMPEZA MECANICO CIRURGICO DE JOELHO ESQUERDO**  
CIRURGIÃO: **DR RAIFF** 1º ASS: **DR BARTOLOMEU**  
2º ASS: **MR1 DANIEL** 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: **DR TIBERIO**  
TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DE PATELA EXPOSTA INCOMPLETA</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>LIMPEZA MECANICO CIRURGICA DE JOELHO ESQUERDO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

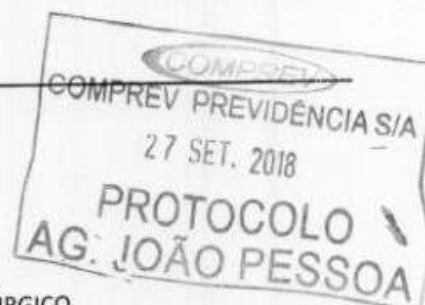
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
\_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

*Daniel Consuelo Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

DATA: **29/06/2018**

## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

### PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

## ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

**APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS**

**Incisão:**

**Achados:**

## FERIMENTO EM ESQUERDO DIREITO JÁ ABERTO

Conduta:

**LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%**

### SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS

### CURATIVOS ESTÉREIS

**Fechamento:**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

27 SET. 2018

~~PROTOCOLLO~~

AG. JOÃO PESSOA

Observação:

**TALA JOELHEIRA**

Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda  
MEDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

29/06/2018





# Nota de Sala Cirúrgica



12/2/2018

NOME DO PACIENTE: Deborah dos Santos Ribeiro  
 IDADE: 30 SEXO: F DATA: 09/11/2018  
 CIRURGIÃO: Rafael ENFERMEIRO: Lucas LEITO: 10  
 ANESTESISTA: Roberto  
 INSTRUMENTADOR: Roberto  
 DATA: 09/11/2018 TEMPO CIRÚRGICO: 18:40 ANESTESIA INÍCIO: 18:40 CIRURGIA INÍCIO: 18:40

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

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GLT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 20	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº 1	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATÓMIO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
L. PIVACAÍNA S. VASO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
I. AINA C. VASO		AGULHA 13X4.5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LILACÁINA S. VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPLOMINA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EF. SA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FL. UMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCÁINA GELEIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		( ) BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		( ) CAPNÓGRAFO	
		GAZES		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODOADAS		( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº16		( ) MICROSCOPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 27 SET. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

RESOLUÇÃO Nº 1.316  
 COCEN Nº 116  
 CIRCULAR Nº 1.316



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:31:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011031531068080000034555490

Número do documento: 2011031531068080000034555490







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
3069796 SSDS PB

CPF 084.603.974-59 DATA NASCIMENTO 31/07/1987

FILIAÇÃO  
MARIA DA LUZ  
NASCIMENTO DE SANTANA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO 06330971474 VALIDADE 09/06/2019 1ª HABILITAÇÃO 26/03/2015

OBSERVAÇÕES  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
27 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ASSINATURA DO PORTADOR  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 01/04/2016

ASSINATURA DO ESCRITÓRIO  
Ariston Chaves Sousa  
65606813451  
PB032393806

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1280538683

PROIBIDO PLASTIFICAR

1280538683





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180452738 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO **Data do acidente:** 29/06/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA INCOMPLETA DA PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356105/18

**Vítima:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF:** 084.603.974-59

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 29/06/2018

**Titular do CPF:** DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO : 084.603.974-59

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/09/2018  
Nome: DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO  
CPF: 084.603.974-59

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

DEBORAH DE SANTANA RIBEIRO

RENATO LUNA DIAS

