



26/08/2020

Número: **0819779-47.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **15/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33629172	26/08/2020 13:47	Petição	Petição
33629175	26/08/2020 13:47	2652262_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
33629178	26/08/2020 13:47	2652262_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

em anexo





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

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190441634

Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14610957





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0248432139

3 - CPF da vítima:

119.847.204-90

4 - Nome completo da vítima:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

5 - Nome completo:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

6 - CPF:

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

Rua Prof. EDUARDO RANDEL DE ARAÚJO

9 - Número:

180

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JOÃO AGUIAR

12 - Cidade:

CAMUÍNA GRANDE

13 - Estado:

PARANÁ

14 - CEP:

58.423-246

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

479861

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou assinatura (assinatura)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

LIFE ASSESSORIA
Assinatura da testemunha
23 JUL 2019
CORRESPONDENTE

40 - Local e Data:

João Pessoa 23/10/2019

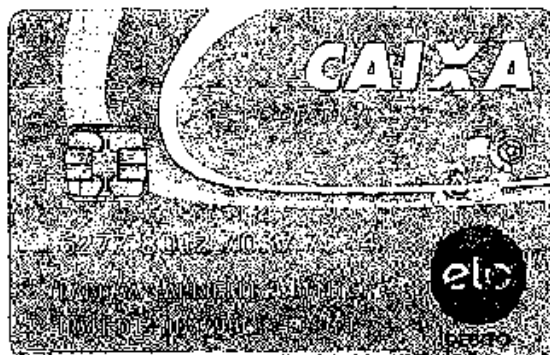
Larissa Gabrielle Brasileiro Bento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMAS (DES PESSOAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0248432139

3 - CPF da vítima:

119.847.204-90

4 - Nome completo da vítima:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 045/2012

5 - Nome completo:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

6 - CPF:

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

Rua Prof. EDUARDO PINHEIRO DE ALBUQUERQUE

9 - Número:

180

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JOÃO AGRIPIANO

12 - Cidade:

CAMUÍNA GRANDE

13 - Estado:

PARANÁ

14 - CEP:

51.423-246

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

479867

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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



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



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



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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou descendentes (filhos, netos)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

23 JUL 2019

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

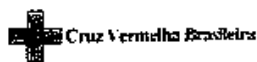
1000 Pousada 23 10/7/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LUSOIA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107066



Identificação do paciente						
ID	Nome			Sexo		
1324371	LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Feminino		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Parentesco		
28/09/1998	10 anos 11 meses 11 dias					
Mãe	Pai					
MARCIA BRASILEIRO LIRA	IRANILDO DE LIMA BENTO					
Educidade	Responsável (Parentesco)					
	SILVANA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo			
83	991319110					
Tipo documento	Número documento	Nº Cis				
RG (IDENTIDADE)	4136940					
Local de procedência		Tipo	UF			
BR 230		BAIRRO	PB			
Email	Naturalidade	CEOR				
	CAMPINA GRANDE					
Endereço						
CEP	Município de residência	UF	Logradouro			
68040800	JOÃO PESSOA	PB	HILTON SCUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO			
Número	Complemento	Bairro				
6801		PORTAL DO SOL				
Admissão						
Data e Hora	Número da pulseira	Comênio				
08/09/2018 20:01:53	1000006283482	SUS				
Especialidade	Clínica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	RODOVIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)				
Indicadores e Transporte						
Caso policial	Plano de ação	Via de entrada	Trauma			
Não	Não	Não	Não			
Meio de transporte	Quem transportou					
SABU						
Sinais Vitais						
PA	X	Pulso	Temperatura			
	mmHg					
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Assinado por						
ELISA VIEIRA DA SILVA						
23 JUL 2019						
Imprimir						
Rita de Cassia A. de Silva						
Enfermeira						
08/09/2018 19:47:30						
Tempo						
01min 03seg						



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:	31/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000479861-4

Nr. da Autenticação E3DE824B989939AC





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JABOATÃO
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaboatão - PE
CEP: 53015-070 - CNPJ: 08.723.554/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
FONECELO 115

12006946

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARCELA BRASILEIRO LIMA
RUA PRF EDNALDO RANGEL DE PAIVA, 180 - JOAO
AGROPINO CAMPINA GRANDE PB 58423-246

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	Quarto	Área	
018.072.880.0152.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N707698	02/12/2013	EXT. LACRILHADO	POTENCIAL			
Anterior	Atual	Consumo (m³)	Nº de Dias	Proxima Leitura		
1186	1204	18	30	22/03/2019		
RES.	CONS.	ANOR.	LETT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 28	PORT. 05/2017
JAN/2019	26				PARÂMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
DEZ/2018	18				TURBIDEZ	0 0 0
NOV/2018	21				CLORO	0 0 0
OUT/2018	10				COL. TERMET	0 0 0
SET/2018	26				COR	0 0 0
AGO/2018	23				COL. TOTAIS	0 0 0
MEDIA(4)	20				DADOS REFERENTES A: DEZ/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 23/02/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:03:46

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M³	37,91
11 M³ A 20 M³ - R\$ 4,89 POR M³	8 M³	39,12
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE OBITOS PARCELA 1/13		38,80

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,13 PIS E COFINS: R\$ 12,742/17

VENCIMENTO: 06/03/2019 Total a Pagar: R\$ 115,83

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: 5543 TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
*** ACOMPANHE COM ESTA SERIE APLICADA SEM DÍGITO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAÇÃO: NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12807/20

ENTRADA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12006946	FEV/2019	06/03/2019	R\$ 115,83

82680000001 7 1583001001E 3 01204094601 2 02201440803 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471615400000032180290

Número do documento: 20082613471615400000032180290



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 37 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332186700

Bolém de Atendimento: 1107068



Identificação do paciente						
ID	Nome			Sexo		
1324371	LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Feminino		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário		
28/05/1998	18 anos 11 meses 11 dias					
Mãe	Pai					
MARCIA BRASILEIRO LIMA	FRANILDO DE LIMA BENTO					
Especialidade	Responsável (Parentesco)					
	SILVANIA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo		
83	981319110					
Tipo documento	Número documento	Mº Cns				
RG (IDENTIDADE)	4136940					
Local de procedência	Tipo		UF			
BR 230	BAIRRO		PB			
E-mail	Naturalidade	CBO/R				
	CAMPINA GRANDE					
Endereço						
CEP	Município de residência	UF	Logradouro			
58045500	JOAO PESSOA	PB	HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO			
Número	Complemento	Bairro				
6501		PORTAL DO SOL				
Admissão						
Data e Hora	Número da paciente	Convênio				
08/09/2018 20:01:53	1000006283482	SUS				
Especialidade	Clínica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	RDOVIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)				
Indicadores e Transporte						
Caso policial	Plano de saúde	Via de amparo	Trauma			
Não	Não	Não	Não			
Meio de transporte	Quem transportou					
SABU						
Sinais Vitais						
PA	Pulso		Temperatura			
Exames complementares						
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Código clínico						
Diagnóstico						
Assinado por: ELMA VIEIRA DA SILVA						
23 JUL 2018						
Imprimir						
Rita de Cassia A. da Silva						
ESTADUAL						
23/09/2018 19:04:00						
Título						
01/01/2018						





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO
DADOS DE NASCIMENTO 28/09/98
NOME DA MÃE MARCIA BRASILEIRO LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.107.066
Nº PRONTUÁRIO 110.954
DATA DO ATENDIMENTO 08/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTO DA CAVIDADE ORAL + FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA + TRAUMATISMO DO BAÇO
CID 10 S 01.5 + S 02.6 + S 36.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada nesta hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), trazida pelo SAMU, apresentando trauma de face com dor e ferimento corto-contuso em mucosa oral com perda de elementos dentários + dor em abdome e região lombar + abrasões em antebraço E, além de hipocorada (2/4+) e equimose em hemiabdomen E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da face
TC do abdome
RX do tórax - AP
RX da coluna lombar-sacra - AP e P
RX da bacia - AP



TRATAMENTO:

Fratura cavalgada da mandíbula à TC da face. Líquido livre em abdome superior e pelve com área de alteração de densidade caentral do baço à TC do abdome. Sem alteração aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da laceração do baço com laparotomia exploradora e eletrocoagulação pelo Dr. Fábio Kennedy e Dr. Geraldo Camilo da equipe da Cirurgia Geral e da fratura da face pelo Dr. Talvane Sobreira e equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 20/09/18
DATA DA EMISSÃO: 22/01/19

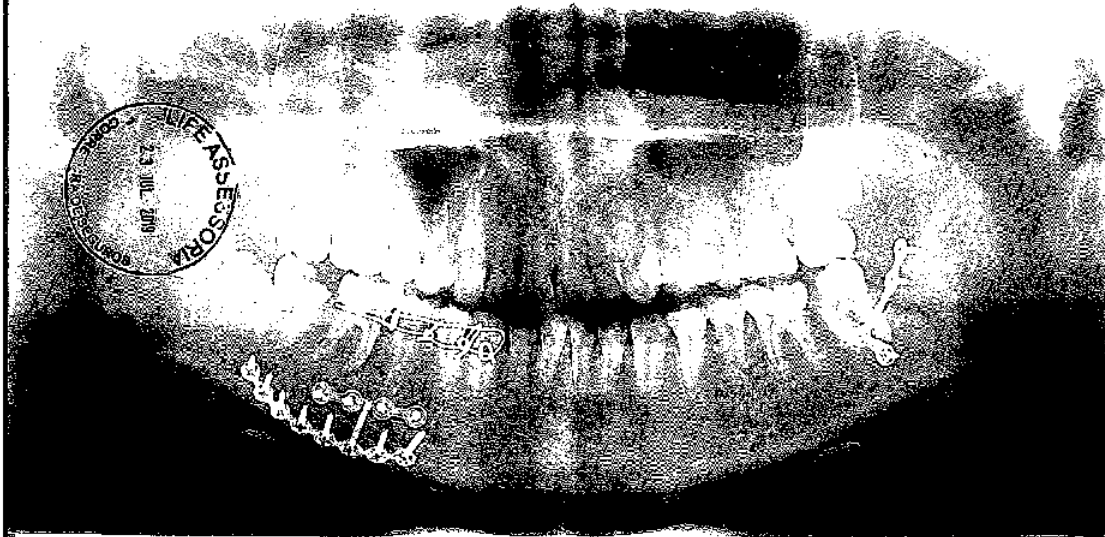
Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



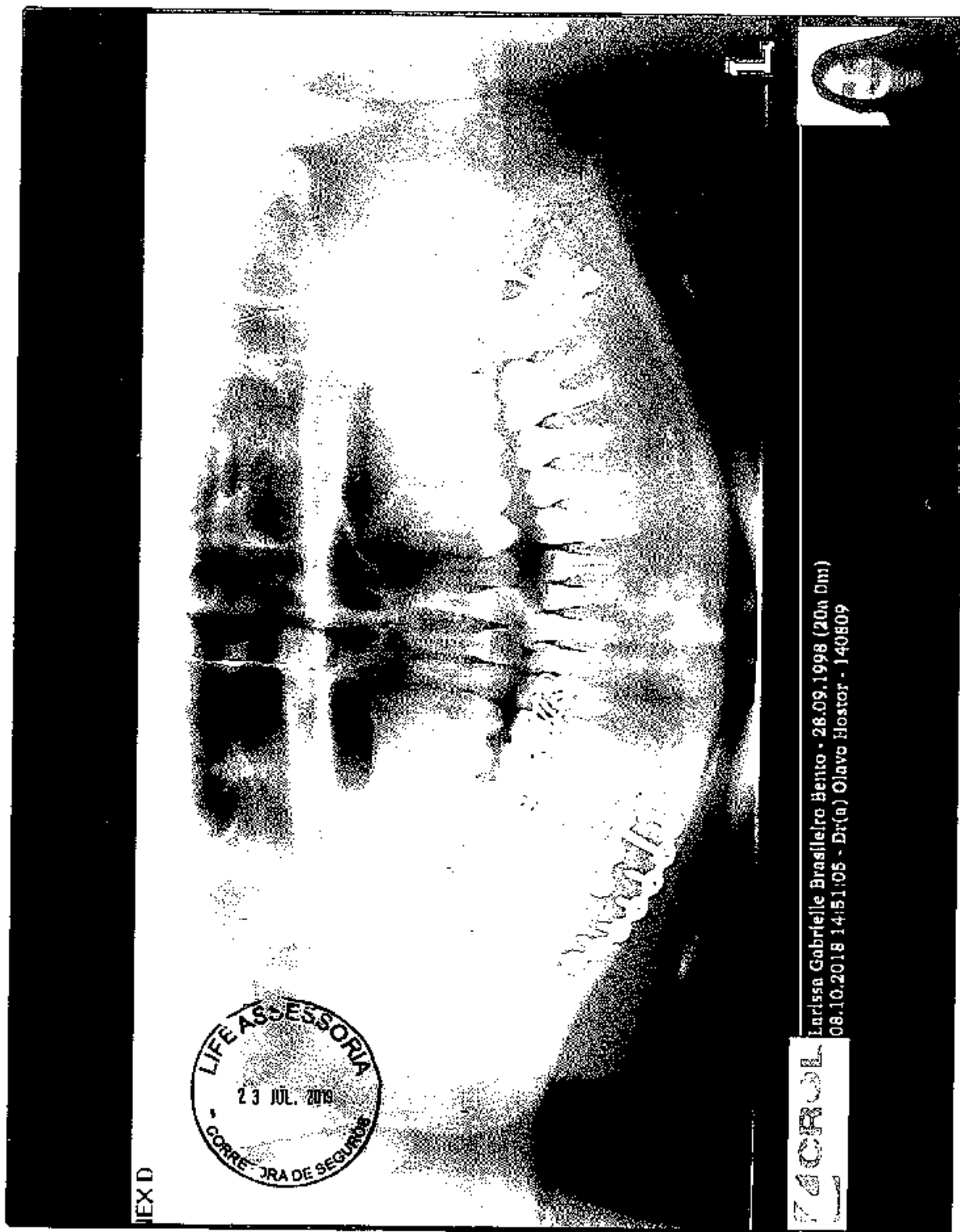


ANEXO



Larissa Gabrielle Brasileiro Bento - 28.09.1998 (20a Um)
16.10.2018 13:41:15 - Dr(a) Jeová Clementino de Almeida Júnior - 70018





Laudo Odontológico

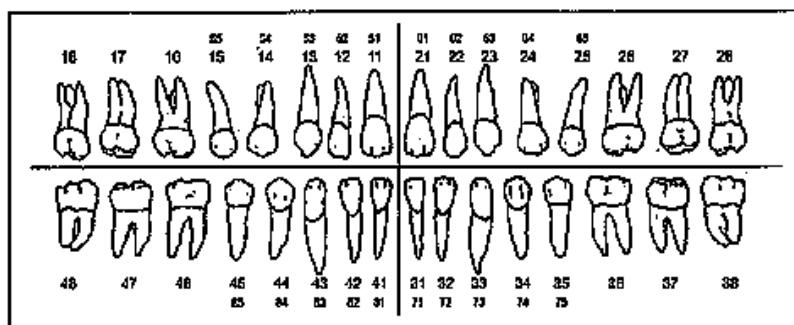
Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Idade: 20 anos e 0 meses

Data: 08/10/2018

Sexo: Feminino

Doutor(a): Olavo Hostor



Radiografia para controle de tratamento pós-cirúrgico.

* Septo nasal sem apresentar desvio significativo.

* Projeção da cabeça da mandíbula lado direito e esquerdo não sugere mudanças ósseas significativas nesta incidência.

MAXILA

* Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.

* Presença de todos os dentes permanentes.

* DENTE 18: Semi-incluso impactado.

* DENTE 28: Microdente incluso impactado.

MANDÍBULA

* Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.

* Ausência do dente 38.

* Note traços radiolúcidos compatível com fratura no corpo da mandíbula lados direito e esquerdo, associados a barras e parafusos metálicos compatível com osteossíntese.

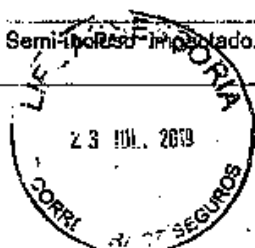
* DENTES 37, 47: Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie extensa com comprometimento pulpar.

* DENTES 36, 46(m): Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie. Confirmar clinicamente (dente 36).

* Presença de fio metálico envolvendo os dentes 43/44/45/46.

* DENTE 46: Observa-se imagem radiolúcida periapical e periradicular na raiz mesial sugerindo inflamatória.

* DENTE 48: Semi-incluso impactado. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.



Dra. Renata Almeida Barros
CRO 5599 - PB

Dra. Ianny Alves Ramos
CRO 1405 - PB

Dra. Marcelina Almeida Azevedo
CRO 1117 - PB

Dra. Cassiana Suelly Almeida
CRO 1207 - PB

Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com a clínica

UNIDADE PRATA

Rua Nilo Peçanha, 481 - Fone: (83) 3343-5000
Campina Grande - PB

UNIDADE CENTRO

Rua Irineu Joffily, 132 - Fones: (83) 3341-7700
(83) 98886-0051 (WhatsApp) - Campina Grande - PB



Lauda Odontológica

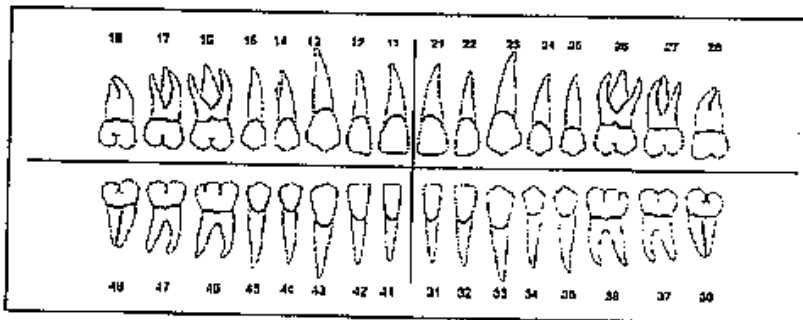
Paciente: LARISSA GABRIELLE BRAS/LEIRO BENTO

Nasc. [Idade]: 28/09/1998 [20 anos e 0 meses]

Sexo: Feminino

Data: 16/10/2018

Doutor(a): Jeová Clementino de Almeida Júnior



PANORÂMICA DOS MAXILARES

- * Seios maxilares com transparência normal.
- * Projeção da cabeça da mandíbula lado direito e esquerdo não sugere mudanças ósseas significativas nesta incidência.
- * Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.

MAXILA

- * Presença de todos os dentes permanentes.
- * DENTE 18: Semi-incluso impactado.
- * DENTE 22: Desgaste do bordo incisal. Avaliar clinicamente. Indicamos radiografia periapical para melhor visualização de detalhes e avaliação da região periapical.
- * DENTE 28: Microdente incluso impactado.

MANDÍBULA

- * Ausência do dente 38.
- * Note traços radiolúcidos compatíveis com fratura na região de triângulo retromolar lado esquerdo estendendo-se à base da mandíbula e no corpo da mandíbula lado direito, associados à fixação metálica rígida. Note solução de continuidade na base da mandíbula lado direito, na altura da região do dente 44.
- * DENTES 37, 47: Destruição parcial da coroa. Verificar possível envolvimento com a câmara pulpar. Observe aumento do espaço do ligamento periodontal apical na raiz mesial do dente 47. Indicamos teste de sensibilidade pulpar destes dentes para melhor avaliação.
- * DENTES 36, 46(m): Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie
- * Presença de fio metálico envolvendo a coroa dos dentes 43-44-45-46.
- * DENTE 46: Aumento do espaço do ligamento periodontal na raiz mesial.

Dra. Renata Alcinda Barros
CRO 3790-PB

Dra. Larissa de Azevedo
CRO 447-PB

Dra. Marcelle Almeida Azevedo
CRO 447-PB

Dra. Cassandra Suely Almeida
CRO 1207-PB

"Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com a clínica"

Unidade I

Rua Nilo Peçanha, 481 - Praia
(83) 3343.5000 / 98888.0081

Campina Grande - PB

Unidade II

Rua Vinha do Jeju, 132 - Centro
(83) 3343.5000





Laudo Odontológico

Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Nasc. [idade]: 28/09/1998 [20 anos e 0 meses]

Sexo: Feminino

Data: 16/10/2018

Doutor(a): Jeová Clementino de Almeida Júnior

* DENTE 48: Semi-incluído impactado. Retenção méso-angular. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.



Dra. Renata Almeida Barros
CRO 3790 - PB

Dra. Janny Alves Ramos
CRO 4925 - PB

Dra. Marcela Almeida Azevedo
CRO 4447 - PB

Dra. Cassandra Suely Almeida
CRO 1267 - PB

"Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com a clínica"

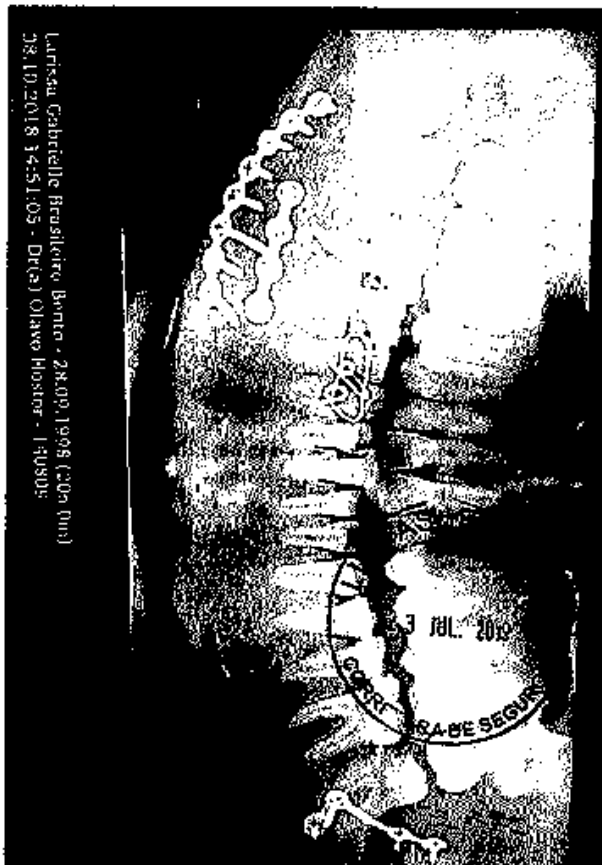
UNIDADE PRATA

Rua Nilo Peçanha, 481 - Fone: (83) 3343-5000
Campina Grande - PB

UNIDADE CENTRO

Rua Irineu Joffly, 132 - Fone: (83) 3341-7700
(83) 98886-0061 (WhatsApp) - Campina Grande - PB

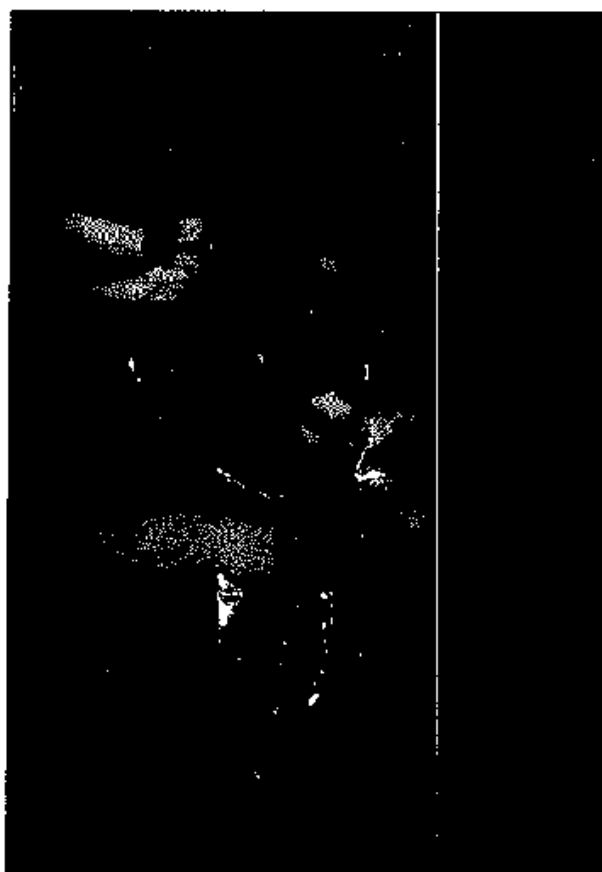
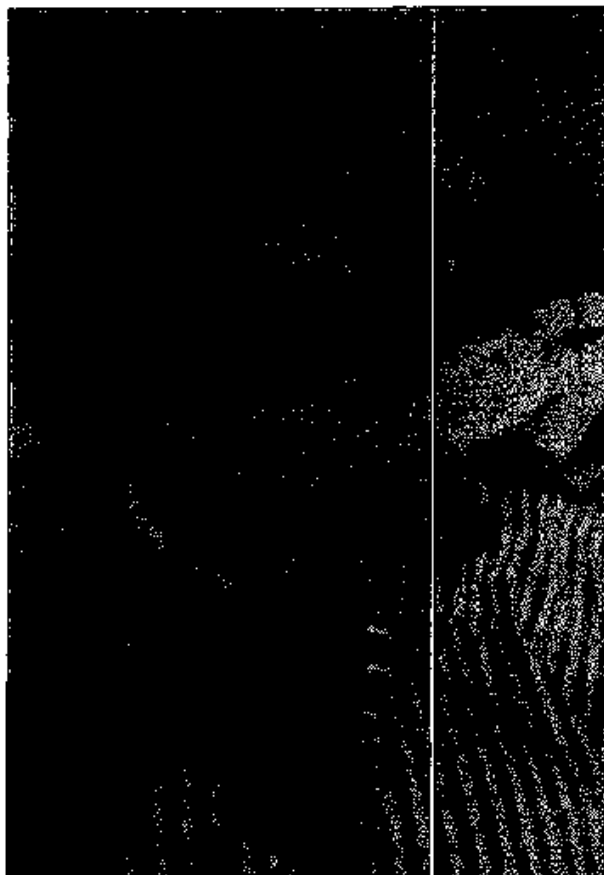
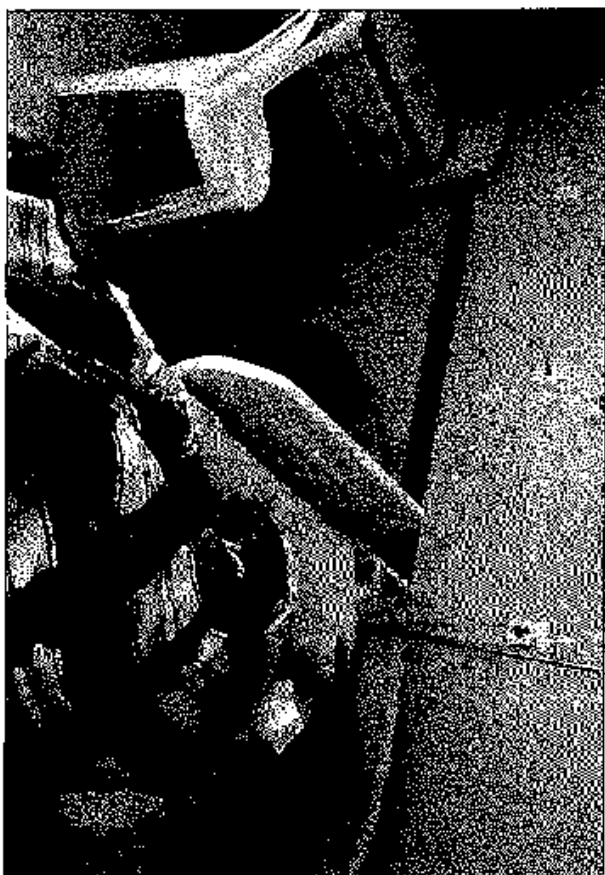




Larissa Gabrielle Brasilero Bento - 28.09.1998 (20a An)
08.10.2018 14:51:05 - Dica) Olavo Hoster - 170805

3 JUL 2018
SA DE SEGU





1992 (1992 Vermögensberichte)

Ministerio de Educación y Ciencia

GOVERNO DA PARAIBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNPJ: 0121221

CNES: 6121221

[illegible]

LARISSA GABRIELE BRASILEIRO BENTO

STAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA
(: 4149PB)



Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 08/09/2018 20:07:56

08/09/2018

172.18.0.8:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAntenares=N&param=imprimirId=353433&pesquisa=353433

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		BAE 1107068	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:53	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 19a 11m 12d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 981318119
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA				Prontuário
Endereço HELYTON BOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	Bairro PORTAL DO SOL	Município JOÃO PESSOA	UF PB	
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 9080/PB	
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53		Data/Hora Prescrição 08/09/2018 22:41:28		

Anamnese

AVALIAÇÃO

PRESCRIÇÃO POS OPERATÓRIA.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)

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

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

DIMENIDRINATO, PIRIDOXINA, VIT.B6, GLICOSE, D-FRUTOSE, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H. (OBSERVAÇÕES: SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS)

DIMETICONA 75MG/ML GOTAS (FRASCO 15 ML), ADMINISTRAR 60,0 GOTA(S) VIA S.N.G., 6/6H

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOXICAM 200G INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

Receita registrada por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 08/09/2018 20:02:56

AFERIR PA E FC

172.18.0.8:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAntenares=N&param=imprimirId=353433&pesquisa=353433



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471615400000032180290


Número do documento: 20082613471615400000032180290

Num. 33629175 - Pág. 19

Documento de Alta

Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Número Prontuário: 110864
Data de: 28/09/1998	Sexo: Feminino	Data de internação: 09/09/2018 08:00:34	Data de Alta: 20/09/2018 09:43:53
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE NO MOMENTO EM POS OPERATORIO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MANDIBULA , AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO OU SINAIS DE INFECÇÃO , APTA PARA ALTA			
Resumo da Internação: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO , APRESENTANDO POLITRAUMATISMO , LESAO ESPLÊNICA E FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA , SUBMETIDA A LAPAROTOMIA PELA CIRURGIA GERAL E REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA MANDIBULAR			
Resultado de Exames: TC DE FACE , TC DE ABDOMEN			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL EM DOIS TEMPOS , LAPAROTOMIA E REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MANDIBULA			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: EM ANEXO			

Data: 20/09/2018


CLARISSA BARBOSA CAMPELO
SALVÃO
CRM: 2537 - PB



Date: 1/1

Caixa Postal:

23 JUL 2013
ASSESSORIA
RUA DO SERTÃO
CORRE


ASSINATURA DO MEMBRO DO COMISSÃO

ASSOCIATION FOR THE IMAGE - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSABILI

F(NG).APC.013-2




Anexo II		Folha 1/2	
	SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO									
16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR							19 - CID DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA							21 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

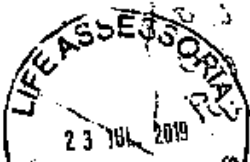
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)									
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL							27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE									
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL							30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL							32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL							34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL							36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

(2,0) - 02 placas "L" 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837,

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		PROFISSIONAL SOLICITANTE		37 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> () DNE () CPF </div>				<div style="text-align: center;">  SO-MANHO MACIEL <small>CONSELHO</small> </div>	

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO IDENTIFIC. DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
CNS / CPF					



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Larissa Gabrielle Barreira BE/Prontuário: 110 7066
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/09/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Redução de Fratura de Mandíbula Bilateral
 Cirurgião: Dr. Taline Sabra 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 08:00 Término 09:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Mandíbula</u>	<u>S02.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fratura de Mandíbula</u>	<u>S02.6</u>



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

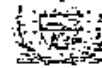
Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 18/09/18



Nota de Sala Cirúrgica



12.01.2019

Paciente: Carolina Gabrilili Bussolin Basso
 IDADE: 49 ANOS
 SEXO: F
 ENDERECO: Trs. Front. de Maracá, 4
 CIDADE: Itaipava - RJ
 ANTES: Grávida
 ANESTESIA: RA - Glicon + Julema - C (RA)
 OPERADOR: Pio - Basso
 DATA: 18/09/18 HORA: 08:00 LOCAL: OR

INDICE DE FUCO DE CURCUMINA: 0,50 (MÉDIA DE 0,50)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	ELCO Nº 1	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ROPIVACAÍNA ISOBARICA	1	ELCO Nº 2	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ROPIVACAÍNA PESADA	1	ELCO Nº 3	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
CEZANINA	1	ELCO Nº 4	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
PROXETIDOL	1	ELCO Nº 5	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ETOFENDOL	1	ELCO Nº 6	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TESTOARBITAL	1	ELCO Nº 7	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TESTANIL	1	ELCO Nº 8	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
FLUOXETINIL	1	ELCO Nº 9	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ISOPROPRANOLOL	1	ELCO Nº 10	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
LEVOPRIVACAÍNA C. VASO	1	ELCO Nº 11	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
CEVOSOPRIVACAÍNA S. VASO	1	ELCO Nº 12	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
LIDOCAÍNA C. VASO	1	ELCO Nº 13	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
LIDOCAÍNA S. VASO	1	ELCO Nº 14	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
INDAZOLAM	1	ELCO Nº 15	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
MORFINA	1	ELCO Nº 16	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
NTALBINA	1	ELCO Nº 17	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
PANCRATOL	1	ELCO Nº 18	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
PETIDINA	1	ELCO Nº 19	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
PROXETIDOL	1	ELCO Nº 20	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
RAMIFENTANIL	1	ELCO Nº 21	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ROPIVACAÍNA	1	ELCO Nº 22	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
SEVOFLORANO	1	ELCO Nº 23	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
SEVOPROPOLOL	1	ELCO Nº 24	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TIOPENTAL	1	ELCO Nº 25	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ADRENALINA	1	ELCO Nº 26	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ADRENALINA	1	ELCO Nº 27	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
ATROPINA	1	ELCO Nº 28	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
BENTRA	1	ELCO Nº 29	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
CEFAZOLINA	1	ELCO Nº 30	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
DEXAMETASONA	1	ELCO Nº 31	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
DIPLOSONA SÓDICA	1	ELCO Nº 32	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
EPIEDRINA	1	ELCO Nº 33	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
FLUCLOXACILINA	1	ELCO Nº 34	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
GLUCOSE 50%	1	ELCO Nº 35	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
GLUCONATO DE CÁLCIO	1	ELCO Nº 36	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
HIDROCORTISONA	1	ELCO Nº 37	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
LIDOCAÍNA GELEIA	1	ELCO Nº 38	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
OXIDAZEPROM	1	ELCO Nº 39	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
PLASIL	1	ELCO Nº 40	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
PROSTIGMA	1	ELCO Nº 41	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
PROTALBA	1	ELCO Nº 42	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TENONIN	1	ELCO Nº 43	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TRACOLAM	1	ELCO Nº 44	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TRACOLAM	1	ELCO Nº 45	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TRACOLAM	1	ELCO Nº 46	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TRACOLAM	1	ELCO Nº 47	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TRACOLAM	1	ELCO Nº 48	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TRACOLAM	1	ELCO Nº 49	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1
TRACOLAM	1	ELCO Nº 50	1	PROCT. DE TUBO DE SORO	1

23 JUL 2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/05/18		PRONTUÁRIO: 1407066	
PACIENTE: LARISSA GARRAGE BRASILEIRO - BENTO		SEXO: F	IDADE: 40
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 100/70/60	RESPIRAÇÃO: 20/12/18	TEMPERATURA: 36,5
ESTADO GERAL: () HUM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM			
AP. RESPIRATÓRIO: ADO		AP. CIRCULATÓRIO: ADO	
AL. EXCITIVO: JEJUN		ESTADO FÍSICO: ADO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL			
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL			
CIRURGIÃO: DR. TALVANE		AUXILIARES:	
INÍCIO DA ANESTESIA: 8:00		TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:00	
C. DO PROCEDIMENTO:		VALORES RS:	
ANESTESISTA: DR. GILVANDRO / DR. GUSTAVO MENDES / JULIANA (R2)			
<p>→ PACIENTE EXUBADA EM SALA. HEMODINÂMICA ESTÁVEL. PA: 132 x 84 mmHg, FC: 94 bpm, SAT: 98% O2. C/AR. BILATERAL. A. C/AR. BILATERAL. C/AR. BILATERAL.</p>			
<p>→ CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO.</p>			
<p>→ CHECK LIST PRÉ-ANESTESIA REALIZADO. PACIENTE SUBMETIDA À LEVITACÃO, ESTÁVEL HEMODINÂMICAMENTE, S/ HISTÓRIA DE ASERCIAS, NGA DISTANÇIA/PROCEDIMENTO AGITA ANESTESIA PROPOSTA.</p>			
<p><input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS</p>			
<p>PACIENTE EM DPH, MONITORIZADA, SEM CAUSE PRÉVIA EM MSD, PRÉ-EXCITACÃO CI</p>			
<p>MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</p>			
1. FENTANYL 200 µg	11. DIFENIDRAMINA 10 mg		
2. PROPOFOL 200 mg	12. SEMIFENIL 10 mg		
3. MIDAZOLAM 20 mg	13. SÓDIO CLORATO 10 mg		
4. ETORICOXIB 30 mg	14. SÓDIO CLORATO 10 mg		
5. ATROPINA 0,5 mg	15. SÓDIO CLORATO 10 mg		
6. NEOSTIGMINE 0,5 mg	16. SÓDIO CLORATO 10 mg		
7. BISULFATO DE ATROPINA 10 mg	17. SÓDIO CLORATO 10 mg		
8. SUCCINILCOINATO 10 mg	18. SÓDIO CLORATO 10 mg		
9. ISOPROTERENOL 10 mg	19. SÓDIO CLORATO 10 mg		
10. CETOPIRIFENO 100 mg	20. SÓDIO CLORATO 10 mg		
<p>→ 10 x 100 mg SÓDIO CLORATO ANESTÉSICO CI (10 + 10 + 10 + 10) INTERCIPTADO 4 RIMADO 5,5 mg, CI ANESTÉSICO DE MANGIL 50 mg LINGUETTES DIRETA C/EFERVAÇÃO CI ANESTÉSICO E CAPACIDADE: MANUTENÇÃO DA ANESTESIA CI (2,5%), BENFENTANYL 50 mg E SEVORANE 20 mg.</p>			
<p>Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18</p>			

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em DDH sob anestesia geral
2. Anestesia intra e extra oral
3. Incisão intraoral
4. Anestesia local

Incisão:

5. Incisão submandibular 1 e intraoral 2
6. Descolamento
7. Redução e fixação da fratura 1
8. Biópsia maxila mandibular 2
9. Redução e fixação da fratura 3

Achados:

10. Irugações com S.F. 0,9%
11. Sutura dos planos anatómicos
12. Curativo
13. Aos cuidados da enfermeira

Condução:

Fechamento:



Assinatura
2019


João Pessoa, 18/09/18

Médico/CRM:

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 02/02/2019 08:31:53	Convênio SUS	
Nome do paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	Data de Nascimento 26/09/1998	
Dados do agendamento		
Data e Hora 08/02/2019 10:59:00 07:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade BUCOMAXILOFACIAL	Profissional OLAVO HORTON GONCALVES PEREIRA
Procedimento	Exame	
Observações		



 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		REGISTRO 1107066	
19	SEXO MASC	COR	CLÍNICA CIR. GERAL
DATA DE ADMISSÃO 08/09/2018		DATA DE ALTA 17/09/2018	
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO		T149	
EXAME CLÍNICO		T149	
LE+ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO ESPLENICA			
NÃO			
DIREÇÃO DA ... <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		TRAJETA DE INTERNAÇÃO ... <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CONDIÇÃO DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO			
PACIENTE, SUBMETIDO À PROCEDIMENTO DE EMERGÊNCIA, COM BOA EVOLUÇÃO ATÉ O MOMENTO.			
DIETA: BRANDA			
REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias. Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias. Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a pele com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se notar febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGÉSICO+ATH			
RETORNO ACOMPANHAMENTO A ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CIRURGIA GERAL. PONTOS 20/09/2018			
17/09/18		CARLOS FRANCA 3792	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





Laudo Médico/Resumo de Alta

HEETSIL

Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		N de BE: 1139458	
Idade: 40	Sexo: FEM	Clinica: BMF	Enf.: 14 Leito: 02
Data de admissão: 30.01.19		Alta: 07.02.19	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: OSTEOMIELOITE EM REGIÃO DE MANDÍBULA			
Diagnóstico Definitivo: OSTEOMIELOITE EM REGIÃO DE MANDÍBULA			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: CLÍNICOS E IMAGENS			
Cirurgia realizada - data e equipe: REMOÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO DE MANDÍBULA 30.01.19 DR. FÁBIO NÓBREGA DR. OLAVO HOSTON			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: PAZIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE FORTES DE MANDÍBULA COM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO. A MESMA SUBMETEU A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REMOÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INFLAMAÇÃO DE LAR.			
Orientações Pós Alta			
Dieta: LÍQUIDO - PROTIDA			
Repouso: Relativo em casa por, 10 dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, 30 dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, 30 dias e com maior em, 30 dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: ATA + RINE			
Retorno: Ao posto de saúde em 08.02.19 para retirada de ponto.			
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.			
João Pessoa 08 de 02 de 19		Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58076210

Tel:

CNES: 122332

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE 1107065	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:53	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 19a 11m 12d	Sexo Feminino	CNS
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA			Telefone do Contato (83) 881319119
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Condi. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53		Data/Hora Prescrição 08/09/2018 23:34:28	

Anamnese

...CIENTE RETORNA COM CENTRO DE IMAGEM, COM PERSISTÊNCIA DO QUADRO DE ABDOMINAL, DORSO E MANDÍBULA. COM QUEIXAS DE DOR ABDOMINAL DIFUSA, NAÚSEAS, MAL ESTAR, SONOLÊNCIA.

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SEM CONTRASTE: LÍQUIDO LIVRE EM ABDOMEN SUPERIOR E PELVE. COM ÁREA DE ALTERAÇÃO DE DENSIDADE CENTRAL EM BAÇO.

TC DE FACE: FRATURA CAVALGADA DE MANDÍBULA.

AO EXAME: EGR, LOC, HIPOCORADA ++/4.

ABDOMEN: EQUIMOSE EM HCE, DOR ABDOMINAL DIFUSA, COM DB +.

HD: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO + LÍQUIDO LIVRE.

CIRURGIA: APOS LAPAROTOMIA CONSTATAMOS QUADRO DE HEMOPERITÔNIO GRAVE COM LESÃO NO BAÇO NA BORDA DIAFRAGMÁTICA. REALIZADO ELETROCAUTERIZAÇÃO COM RESULTADO SATISFATÓRIO+LAVAGEM E ASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO SANGÜÍNEO. ENCAMINHADA AO SETOR DE RPA.

Conduta

Internar Paciente

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

Documento registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 08/09/2018 20:02:56



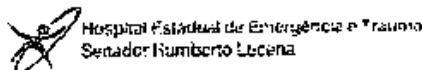
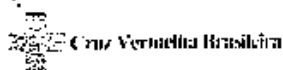
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471615400000032180290

Número do documento: 20082613471615400000032180290

08/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/presenca.00?cultura=/simp/miniDadosAmdrObras=NaPenorm=imprimiOid=30.33003pesquisa=00pe...



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		BAE 1107066	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:33	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 19a 11m 12d	Sexo Feminino	CNS	Telefone do Contato (83) 981319118
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA		Prontuário		
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO. 6501		Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEI	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cont. Regional 8089/PB	
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53		Data/Hora Prescrição 08/09/2018 21:41:14		

Anamnese

CIRURGIA GERAL - REAVALIAÇÃO

PACIENTE RETORNA COM CENTRO DE IMAGEM, COM PERSISTÊNCIA DO QUADRO DE ABDOMINAL, DORSO E MANDÍBULA.

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SEM CONTRASTE: LÍQUIDO LIVRE EM ABDOMEN SUPERIOR E PELVE. COM ÁREA DE ALTERAÇÃO DE DENSIDADE CENTRAL EM BAÇO.

TC DE FACE: FRATURA CAVALGADA DE MANDÍBULA.

AO EXAME: EGR, LOC. HIPOCORADA ++/4.

ABDOMEN: EQUIMOSE EM HCE, DOR ABDOMINAL DIFUSA. COM DB +.

HD: TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO + LÍQUIDO LIVRE.

CD:

SOLICITO SALA EM CC - LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

Conduta

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Dr. Geraldo Camilo Neto
Cirurgia Geral - Trauma
CRM: 8089/PB



Boletim registrado por: LIMA VIFIRA DA SILVA em 08/09/2018 20:02:56

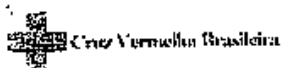


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471615400000032180290

Número do documento: 20082613471615400000032180290

Num. 33629175 - Pág. 31



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE 1107006	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:53	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1993	Idade 19a 11m 11d	Sexo Feminino	CNS
Nome MARCIA BRASILEIRO LIMA			Telefone de Contato (83) 981210119
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO PIM - LADO ESQUERDO. 6501	Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2488/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53		Data/Hora Prescrição 08/09/2018 20:13:22	

Anamnese

CIENTE CONDUZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL COM RELATO DE CAPOTAMENTO EM QUE FOI FEITO TRAMADOL IV DURANTE TRANSPORTE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA. QUEIXA SE DE DOR EM FACE, ABDOMEN E REGIÃO LOMBAR. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSA EM MUCOSA ORAL COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E ABRASÕES EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. ACUSA DOR A PALPAÇÃO DO ABDOMEN E REGIÃO LOMBAR. MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESERVADA.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: DE PARECER BUCOMAXILO)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

Código	Descrição
501.8	Ferimento na cabeça, de outras localizações

Conduta

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2488/PB)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471615400000032180290
Número do documento: 20082613471615400000032180290

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		BAE 1138807	Data/Hora Entrada 17/01/2019 16:54:20	Opto Baixa
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 20a 3ra 20d	Sexo Feminino	CNS 705008612636358	Telefone da Contato (83) 983554164 / (83) 985155943
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA		Prontuário 110954		
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501		Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - BUCO	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS		Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 17/01/2019 16:54:20		Data/Hora Prescrição 17/01/2019 17:20:28		

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO HA 4 MESES APRESENTANDO REAÇÃO AS PLACAS E RETORNANDO COM AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO SUB MANDIBULAR A DIREITA. RELATANDO A PRIMEIRA REAÇÃO NO 15 DIA DE PÓS OPERATÓRIO. PELO RELATO DA PACIENTE FORAM REALIZADOS OUTRO PROCEDIMENTOS PARA FECHAMENTO DA FISTULA NO LADO DIREITO, EXODONTIAS DOS DENTES 46, 47. A REFERIDA PACIENTE VEIO DE POSSE DE UM RX PANORÂMICO RECENTE ONDE FOI OBSERVADO INSTABILIDADE DO MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA COM PERDA TOTAL DO PARAFUSO PROXIMAL DA PLACA EM "L" DO LADO ESQUERDO E AUSÊNCIA DE SUPORTE ÓSSEO DO 2º PARAFUSO PROXIMAL DO MESMO LADO. OUTRO ACHADO FOI PRESENÇA DO DENTE 37 COM GRANDE DESTRUIÇÃO POR CÁRIE E AUMENTO DO ESPAÇO PERICEMENTÁRIO. ACHADOS DO LADO DIREITO FORAM CORROBORATIVOS COM O RELATO DA PACIENTE, ONDE FORA OBSERVADO AUSÊNCIA DOS DENTES 46 E 47, PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA COM ÁREA DE ABSORÇÃO NA ÁREA DO 3º PARAFUSO DISTAL DA PLACA BASILAR. PELOS ACHADOS RADIOGRÁFICOS ASSOCIADA AOS RELATOS DA PACIENTE, EXISTE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO E RETIRADA DAS SÍNTESES ÓSSEAS, SEM COMO LIMPEZA CIRÚRGICA DA REGIÃO OPERADA.

CD.:

1-ALTA COM ORIENTAÇÕES.

CID10

Código	Descrição
S02.6	Fraura de mandíbula

Conduta

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

ADRIANO DUARTE QUINTANS
(: 2442/PB)

Boletim registrado por: ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 17/01/2019 16:54:38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471615400000032180290>

Número do documento: 20082613471615400000032180290



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
IDENTIFICADORA	4.196.840
DATA DE EMISSÃO	11/12/2012
NOME	LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO
PAIS	BRASIL
ESTADO	PARANÁ
MUNICÍPIO	IRATILDO DE LIMA BENTO
CEP	MARCIA BRASILEIRO LIMA
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DATA DE NASCIMENTO	28/09/1996
CPF	119.647.204-90
RG	119.647.204-90
ASSINATURA DO TITULAR	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441634 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. (P1)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA. (P21)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA / LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA. (P4 P19 P21)

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441634 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. (P1)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA. (P21)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA / LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA. (P4 P19 P21)

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248432/19

Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

CPF: 119.847.204-90

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: LARISSA GABRIELLE
BRASILEIRO BENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO : 119.847.204-90

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 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: 23/07/2019
Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO
CPF: 119.847.204-90

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08197794720198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO**, 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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,

CAMPINA GRANDE, 24 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

