



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
33629 172	26/08/2020 13:47	<u>Petição</u>	Petição
33629 175	26/08/2020 13:47	<u>2652262_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
33629 178	26/08/2020 13:47	<u>2652262_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

em anexo



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471286700000032180287>
Número do documento: 20082613471286700000032180287

Num. 33629172 - Pág. 1



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

Pag. 00167/00168 - carta_01 - INVALIDEZ



00030084

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: **0298932139** 3 - CPF da vítima: **119.847.204-90** 4 - Nome completo da vítima: **LARISSA GABRIELLE BRASILIO BENTO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: **LARISSA GABRIELLE BRASILIO BENTO** 6 - CPF: _____
 7 - Profissão: **ESTUDANTE** 8 - Endereço: **Rua Prof. EDNARDO PANEZ DE PAIVA** 9 - Número: **110** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **JOAS AGRIFINO** 12 - Cidade: **Campos Grande** 13 - Estado: **Paraná** 14 - CEP: **53.423.246**
 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:

REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA PRUPANÇA (Somente para os bancos abertos. 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** (4) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo sinalizado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos Sim Não 30 - Vítima deixou marido (viventes): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos:

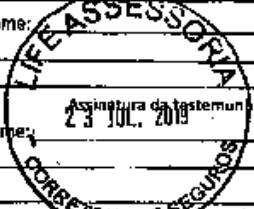
Estou ciente do que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além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

34 - NÃO ASSINE PELO DEU 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____



Assinatura da testemunha
 23 JUL. 2019

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

40 - Local e Data, **000 - Foz do Iguaçu - PR - 23/10/2019**

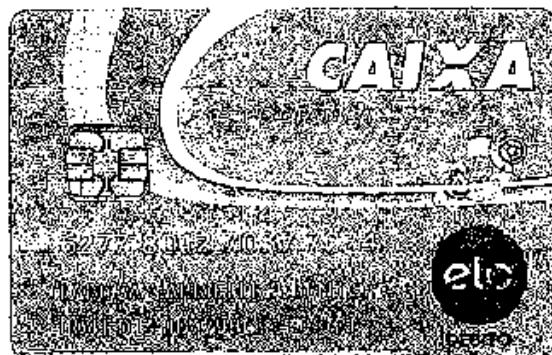
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DES PESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº doório ou ASL:

0248832119

3 - CPF da vítima:

119.847.204-90

4 - Nome completo da vítima:

LARISSA GABRIELLE BRASIL BENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo:

LARISSA GABRIELLE BRASIL BENTO

6 - CPF:

7 - Profissão:

ESTUDANTE

Endereço:

Rua Prof. EDNARDO Pinhoz de Mora

9 - Número:

1811

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JOANAGIRIANO

12 - Cidade:

Campos Gerais

13 - Estado:

MG

14 - CEP:

53.423.246

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 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 (Saliente 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:

0241

CONTA:

479861

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se usado)

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 (assinalar uma das opções):

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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(a):

Sim Não

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

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

28 - Vítima:

Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

residuo (velhice)?

Sim

31 - Vítima:

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Não

Vivos: Falecidos:

Sim

34 -

35 - Nome legível de quem assina a roga/á pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/á pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

23 JUL. 2019

39 - 2º | Nome:

CPF:

Vivos:

Falecidos:

Sim

30 - Local e Data:

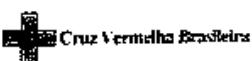
40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LIMA BOA, 60 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1107086



Identificação do paciente

ID 1324371	Nome LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	Sexo Feminino
Data de nascimento 26/09/1998	Idade 10 anos 11 meses 11 dias	Estado civil Prematuro
M28 MARIA BRASILEIRO LIMA	Pai IRANELO DE LIMA BENTO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SILVANA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 23	Fone Móvel 691319110	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 14136840	Nº Cis
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	UF PB
	CEP 58040800	Logradouro JOÃO PESSOA

Endereço

CEP 58040800	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO
Número 6601	Complemento		Bairro PORTAL DO SOL

Admissão

Data e Hora 08/09/2018 20:01:53	Número do paciente 1000008283482	Conselho SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter da atendiment ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de atendimento Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	P脉 mmHg	P脉 mmHg	Temperatura
---------	------------	------------	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
ANTRÍNIO NOR ELIA VIEIRA DA SILVA		23 JUL. 2019		Rita de Cássia A. de Silve Externa/12 08/09/2018 20:01:53		
				Tensão 01min 03seg		
				Imprimir		



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



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. 6



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PB
Rua Frederico Cícero, 220 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 58013-070 - CNPJ: 08.123.694/0001-87

PARA CONSULTA COM A CEDAE
INFORME REFERENTE AO
PERÍODO DE REFERÊNCIA

12096946

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA BRASIL PIRÓ LIMA
RUA PRÉ EDNALDO RANGEL DE PAIVA, 180 - JOÃO
AGRIPINO CAMPINA GRANDE PB 58423-246

Inscrição	SME	Quantidade de Economias				Responsável
		Anterior	Presente	Último	Referência	
018.072.880.0152.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto

Y13N70769R 12/12/2013 UNTELA C/RELIGADO RESIDENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
1186 1204 18 30 22/03/2019
HIST. CONS./ANOR. 1ETT | QUMID. ÁGUA-ANIFXD 20 PORT. 05/2019 NE.
JAN/2019 28 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
DEZ/2018 18 TURBIDEZ 0 0 0
NOV/2018 21 CLORO 0 0 0
OUT/2018 19 COL. TURBID 0 0 0
SET/2018 26 COR 0 0 0
AGO/2018 23 COL.TOTais 0 0 0
MEDIA(%) 20 DADOS REFERENTES A: DEZ/2018

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

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m ³	37,91
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	8 m ³	39,12
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 01/13		38,00

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,13 PIS E CONFINS LIG. 12.793.417

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

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DE FATURAMENTO: REALIZADA

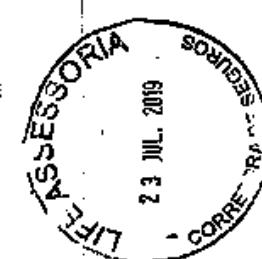
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SERVIDO APLICACAO SEU DINHEIRO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DETERMINAÇÕES NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 42607/20

CAGEPA	EXSCRIÇÃO	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
		12096946	FEV/2019	R\$ 115,83

B209694601 7 15830010018 3 01209694601 2 022019-00003





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sonador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, 50 - PEDRO GONÇALVES - CEP: 533312 - Tel: 5332186700

Boletim de Atendimento: 1107068



Identificação do paciente

ID 1324371	Nome LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 28/05/1998	Idade 18 anos 11 meses 11 dias	Estado Civil	Religião	Prematura
Mae MARCIA BRASILEIRO LIMA	Pai IRANILDO DE LIMA BENTO			
Escolaridade	Responsável (Pareceres) SILVANIA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 681310110	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4136940	Nº Cnes		
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PE	
Email:	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CEBIR		

Endereço

CEP 58040800	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO
Número 6501	Complemento		Bairro PORTAL DO SOL

Admissão

Data e Hora 08/09/2018 20:01:33	Número da paciente 1000006283482	Centro GUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cirurgia	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte 8ABR0	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉 -	Temperatura -
--------------	---------	------------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Codes clínicos

Diagnóstico	Data de Caso: 8 de Setembro de 2018					
-------------	-------------------------------------	--	--	--	--	--

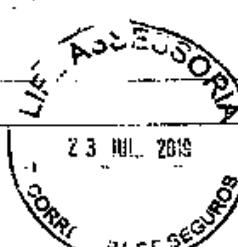
Diagnóstico	Exame: 00000000000000000000000000000000					
-------------	---	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Data: 23/08/2018					
-------------	------------------	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Tutor: -					
-------------	----------	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Resumo: -					
-------------	-----------	--	--	--	--	--

Diagnóstico	Imprimir					
-------------	----------	--	--	--	--	--



Lia de Caso: 8 de Setembro de 2018

Exame: 00000000000000000000000000000000

Data: 23/08/2018 20:01:33

Tutor: -

Resumo: -



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 CAVICADE ORAL + FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA + TRAUMATISMO DO BAÇO

CID 10 S 01.5 + S 02.6 + S 36.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), trazida pelo SAMU, apresentando trauma de face com dor e ferimento contuso em mucosa oral com perda de elementos dentários + dor em abdome e região lombar + abrasões em antebraço E, além de hipocordada (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 de mandíbula à TC da face. Líquido livre em abdome superior e pelve com área de alteração de densidade central do baço à TC do abdome. Sem alteração aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da lacerção 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 de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



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. 10

ANEXO D

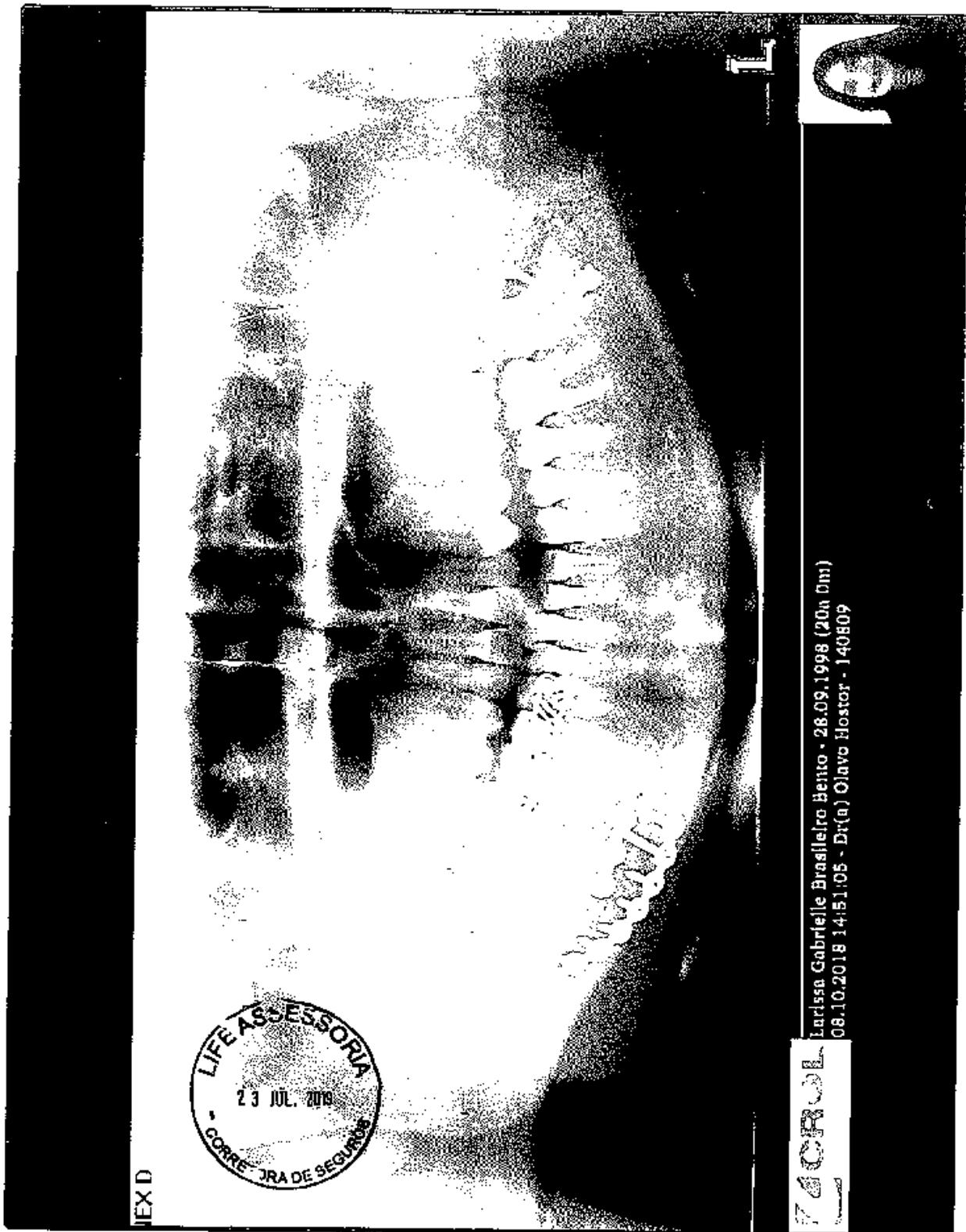


Larissa Gabrielle Brsileiro Bento - 28.09.1998 (20a 0m)
16.10.2018 13:41:15 - Dr(a) Jeová Clementino de Almeida Júnior - 70018



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. 11



Laudo Odontológico

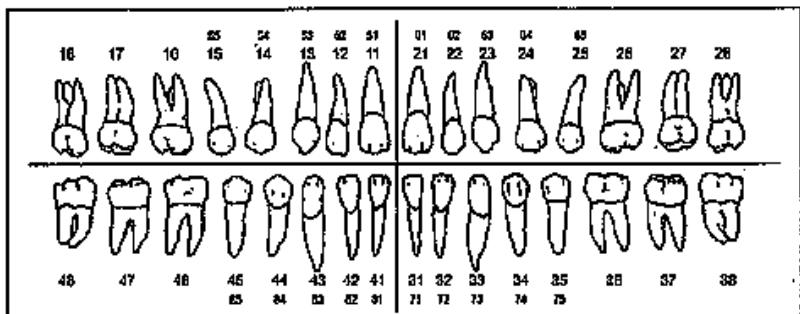
Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Idade: 20 anos e 0 meses

Data: 08/10/2018

Sexo: Feminino

Doutor(a): Olavo Hostor



Radiografia para controle de tratamento pós-cirúrgico.

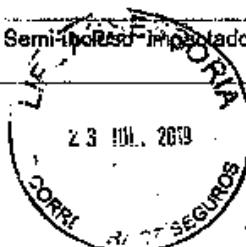
- * Septo nasal sem apresentar desvio significativo.
- * Projeção da cabeça da mandíbula lado direito e esquerdo não sugere mudanças ósseas significativas nesta incidência.

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 30.
- * 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 perirradicular na raiz mesial sugerindo inflamatória.
- * DENTE 48: Semi-incluso impactado. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.


 Dra. Renata Almeida Barros
 CRO 3390 - PB

 Dra. Iury Alves Ribeiro
 CRO 1025 - PB

 Dra. Marcella Almeida Azevedo
 CRO 4447 - PB

 Dra. Cereoniru Suely Almeida
 CRO 1207 - PB

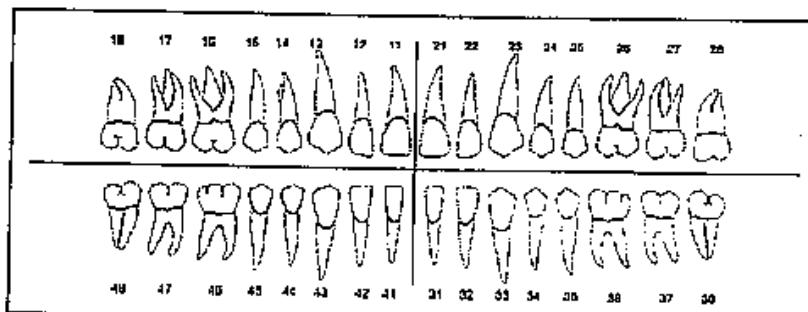
"Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com o clínico"

UNIDADE PRATA

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

UNIDADE CENTRO

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


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

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 do trigono 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 de mandíbula lado direito, na altura da região do dente 44.
- * DENTES 37, 47: Destrução 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 cárrie
- * Presença de fio metálico envolvendo a coroa dos dentes 43-44-45-46.
- * DENTE 46: Aumento do espaço do ligamento periodontal na raiz mesial.

23 JUL. 2019

 CORRELAÇÃO DE SEGUROS
 Dr. Lúcio de Britto
 CRO 4025-PB

 Dra. Marcella Almeida Azevedo
 CRO 4447-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) 3343.6000 / 98888.0001-0

Campina Grande - PB

Unidade II
 Rua Irineu Joffily, 152 - Centro
 (83) 3343.6000 / 98888.0001-0



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 mésio-angular. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.



Dra. Renata Almeida Barros
CRO 3296 - PB

Dra. Janney Alves Rumin
CRO 4025 - PB

Dra. Mirella Almeida Azevedo
CRO 4447 - PB

Dra. Cassandra Suely Almeida
CRO 1297 - PB

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

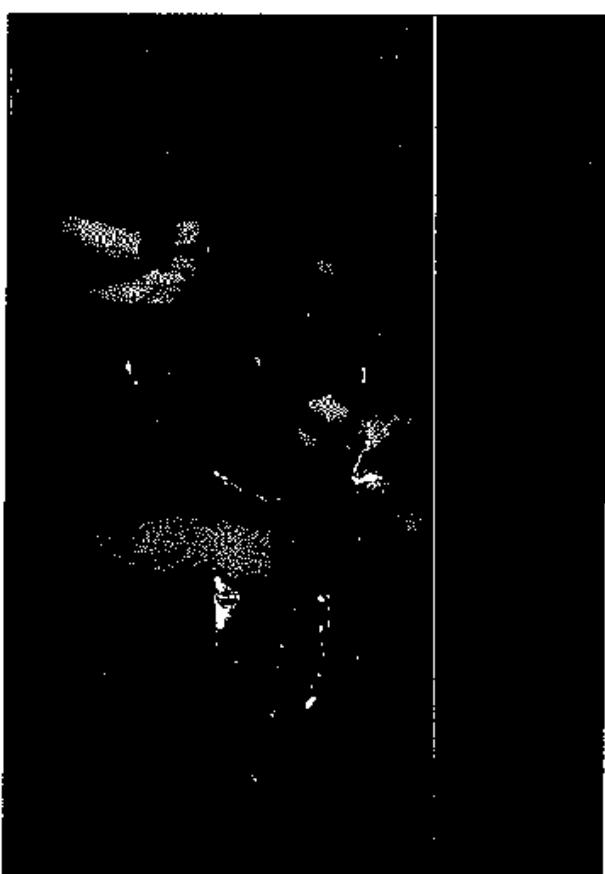
UNIDADE PRATA
Rua Nilo Peçanha, 481 - Fone: (83) 3343-5000
Campina Grande - PB

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





Larissa Gabrielle Brusileiro Brutto - 28.09.1999 (200.000)
38.10.2018 14:51:05 - Dr(a) Olavo Höstler - 150005





LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO
OTAVIO BRUNO GRIELLO LOPES DE MENDONCA
(4149P/B)

Conduita				Em observação
1. REALIZADO ODONTOSSENSE COM REDUGAO EM FRALURA CAVALGADA DE CORPO MANDIBULAR 2. SUTURA INTRA ORAL EM BLOCOS DE SULCO INFERIOR E REGIAO DE MENTO; 3. AGUARDO ALTA DAS DEMAS ESPECIAIDADES PARA AGENDAMENTO CIRURGICO PELA BME DIRETO.				
EXAME DE IMAGEM (TC DE FACC) APRESENTA FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA (CORPO D E ANGULO E MUCOSA ORAL E ABSOCES EM ANTERRAGO ESCUERDO. MOBILIDADE DOS MISES E MML PRESERVADA. AO CAPOTAMENTO, NEGA PERDA DA CONSCIECIA. APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSA EM PACIENTE CONDIZIDO PELA SAMU EM PRANCHAS RIGIDA E COLAR CERVICAL COM RELATO DE DIRETO.				
#BME#				
12 meses				
Nome	OTAVIO BRUNO GRIELLO LOPES DE MENDONCA Profissão	ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	4149P/B Regulamentado
Endereço	BLTTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO 11M - LADO ESCUERDO.	Porta 100	SOI	UF
Maçãs	BRASILIERO LIMA	Numero	ROAD PRESSO	PB
Telefone de Comercio	98139410	Telefone de Comercio	98139410	
Data de nascimento	19/09/1998	Sexo	1107066	08/09/2018 20:01:53
Endereço	AREIA VERMELHA Av. ORESTES LISBOA, s/n, PEDRO GONCALIM, JUAO PESSOA - PB, 58031090	CEP	DA Bexa	DA Bexa
Nome:	61221	Telefone:		
<p>Pediente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO Data: 08/09/2018 20:01:53 Descrição: 1. REALIZADO ODONTOSSENSE COM REDUGAO EM FRALURA CAVALGADA DE CORPO MANDIBULAR 2. SUTURA INTRA ORAL EM BLOCOS DE SULCO INFERIOR E REGIAO DE MENTO; 3. AGUARDO ALTA DAS DEMAS ESPECIAIDADES PARA AGENDAMENTO CIRURGICO PELA BME DIRETO.</p>				

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



Documento de Alta

Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Número Prontuário: 110864
Data de 28/09/1998	Sexo: Feminino	Data de Internação: 09/09/2018 06:00:34	Data de Alta: 20/09/2018 09:43:53
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE NO MOMENTO EM POS AOPERATORIO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MANDIBULA , AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO OU SINAIS DE INFECÇÃO , APTA PARA ALTA			
Resumo da Internação: PACINTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO . APRESENTANDO POLITRAUMATISMO , LESAO ESPLÉNICA 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


CLÁRISSA BARBOSA CAMPELO
GALVÃO
CRM: 2537 - PB





**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Número: _____
Paciente: Vanessa Gómez 13 Branca
Procedimento: TCG Est. Mam. 100%
SUS: (X) Não SUS: ()
Médico: Thierry Gómez

Prontuário: 340130-66
Data: 18/09/2018
Reposição:

Date: _____ / _____ / _____

ESTRUCTURA MOLAR

2009 RELEASE UNDER E.O. 14176

TELEGRAMS
TELETYPE

ECON3 ABC 011-3



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Isanisa Gabrielle Bezerra ^{Porto} BE/Pronutário: 110 7066
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 18/09/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Reduções de Fratura de Mandíbula Bilateral
 Cirurgião: Dr. Indiano Saboza 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: General 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: _____

Biópsia 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

Saboza
MAXIOMA
E 2162



Nota de Sala Cirúrgica

בְּשָׂרְבָּנָן

Nome do paciente: **Carissa Gabrilli Braga**
Idade: **14** RE: **11** Cidade: **BRASILIA** Endereço: **BRASILIA**
Profissão: **Estudante** - da **Universidade Federal de**

ANESTHESIA: N_2O + O_2 + Halothane + succinylcholine (100)

172. Buce

INDICE DE FASCÍDIO DE CIRROSIS - ESE - ANGIOGENIN SÓLIDOS DE ESTERÍLISMO



CHARGE ANESTESIA

200
1998-1999

15.5.5

PACIENTE: LARISSA CARRIGE BRASILEIRO (PENTO)		DATA: 18/05/12		PRONTUÁRIO: 1407066																																																																			
SEXO: F	COR: B	IDADE: 40																																																																					
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO: 100/60	RESPIRAÇÃO: 18/MA	TEMPERATURA: 36,5°C	PESO: 60 KG	GRUPO SANGUÍNEO: O																																																																		
ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () MAU () MÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO: () BOM (X) REGULAR () MAU () MÉSSIMO																																																																						
EXAMES COMPLEMENTARES VPM																																																																							
AP. RESPIRATÓRIO: NORM	AP. CIRCULATÓRIO: NDN																																																																						
AN. EQUILÍBRIO: NEUTRO	ESTADO MENTAL: CONSCIENTE, COORDINADO																																																																						
ESTADO FÍSICO: ASSESSADO																																																																							
HISTÓRICO ANESTÉSICO																																																																							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL																																																																							
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL																																																																							
CIRURGIA: DR. TALVANE	AUXILIARES																																																																						
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00	TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:00																																																																						
C. F. DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 02:00h																																																																					
VALORES RS																																																																							
ESTASISTAS: DR. GILVAN ANDRÉ / DR. GUSTAVO MÉNDES / DR. LEMURIA (R2)																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>ALIMENTAÇÃO:</td> <td>8:00</td> <td>10:00</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>O₂</td> <td>CC</td> <td>CC</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>H₂O</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>INDUSTR.:</td> <td>100</td> <td>100</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>O₂</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>CO₂</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>INDUSTR.:</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>O₂</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>CO₂</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>200</td> <td>200</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>						ALIMENTAÇÃO:	8:00	10:00				O ₂	CC	CC				H ₂ O	200	200				INDUSTR.:	100	100				O ₂	200	200				CO ₂	200	200				X	200	200				INDUSTR.:	200	200				O ₂	200	200				CO ₂	200	200				X	200	200			
ALIMENTAÇÃO:	8:00	10:00																																																																					
O ₂	CC	CC																																																																					
H ₂ O	200	200																																																																					
INDUSTR.:	100	100																																																																					
O ₂	200	200																																																																					
CO ₂	200	200																																																																					
X	200	200																																																																					
INDUSTR.:	200	200																																																																					
O ₂	200	200																																																																					
CO ₂	200	200																																																																					
X	200	200																																																																					
<p>→ PACIENTE EXTUBADO EM SALA. HEMOCOAGULAMÉTRO: ESTÁVEL. HR: 75, X 84, RITMO: R&R 94 BPM. SAT: 98% CO2: 30 mmHg HABITUAL A CORPO.</p> <p>→ CIRURGIA: 1. TIRADORES DE CORTE.</p>																																																																							
<p>→ CADASTRO PRÉ-ANESTESIA: REALIZADO.</p> <p>→ PACIENTE SURGIDA A 08:00: ESTÁVEL. HISTÓRICO ANESTÉSICO: S/ HISTÓRIA DE ANESTESIAS, NENHUM DIPENFENAC PROSTERODIOL HOGITA ANESTESIA PRECOSTA.</p>																																																																							
<p>ANESTESIA GERAL</p> <p>ACIONE: EM DPM, MONITORIZADA, VENAS CÍFSE PRÉVIA EM 1500, PRÉ-OXIGENACAO C/ 100%.</p> <p>MONITORES: ECG, SPO2, NIBP, TEMP, CO₂, BIS, ETCO₂, BLOCO, ETCO₂, BLOCO NERVO, CUFFS.</p> <p>ESTADISTICA: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</p>																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>TOXA</td> <td>1. FENTANIL 0,05 MG</td> <td>11. DITROPINA 100</td> </tr> <tr> <td>ANALG</td> <td>2. PROPOFOL 200 MG</td> <td>12. REMIREMELANIL 0,1 FR</td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>3. MIDAZOLAM 2% 4 MG</td> <td>13. </td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>4. DEXAMETASONE 30 MG</td> <td>14. </td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>5. ATROPINA 0,1 MG</td> <td>15. </td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>6. NEOSTIGMINE 0,2 MG</td> <td>16. </td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>7. AROMIDOLATE 10 MG</td> <td>17. </td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>8. DURGONAL 100 MG</td> <td>18. </td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>9. TRAMAL 100 MG</td> <td>19. </td> </tr> <tr> <td>ANEST</td> <td>10. CETI-PROFENAC 100 MG</td> <td>20. </td> </tr> </table>						TOXA	1. FENTANIL 0,05 MG	11. DITROPINA 100	ANALG	2. PROPOFOL 200 MG	12. REMIREMELANIL 0,1 FR	ANEST	3. MIDAZOLAM 2% 4 MG	13.	ANEST	4. DEXAMETASONE 30 MG	14.	ANEST	5. ATROPINA 0,1 MG	15.	ANEST	6. NEOSTIGMINE 0,2 MG	16.	ANEST	7. AROMIDOLATE 10 MG	17.	ANEST	8. DURGONAL 100 MG	18.	ANEST	9. TRAMAL 100 MG	19.	ANEST	10. CETI-PROFENAC 100 MG	20.																																				
TOXA	1. FENTANIL 0,05 MG	11. DITROPINA 100																																																																					
ANALG	2. PROPOFOL 200 MG	12. REMIREMELANIL 0,1 FR																																																																					
ANEST	3. MIDAZOLAM 2% 4 MG	13.																																																																					
ANEST	4. DEXAMETASONE 30 MG	14.																																																																					
ANEST	5. ATROPINA 0,1 MG	15.																																																																					
ANEST	6. NEOSTIGMINE 0,2 MG	16.																																																																					
ANEST	7. AROMIDOLATE 10 MG	17.																																																																					
ANEST	8. DURGONAL 100 MG	18.																																																																					
ANEST	9. TRAMAL 100 MG	19.																																																																					
ANEST	10. CETI-PROFENAC 100 MG	20.																																																																					
<p>2. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>3. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>4. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>5. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>6. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>7. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>8. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>9. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p> <p>10. 100% DIPENFENAC PROSTERODIOL 1000 MG C/ 100% O₂ + ETCO₂ + 4% INT. C/ TUPC ARMAZENDO</p>																																																																							
<p>11. DITROPINA 100</p> <p>12. REMIREMELANIL 0,1 FR</p> <p>13. </p> <p>14. </p> <p>15. </p> <p>16. </p> <p>17. </p> <p>18. </p> <p>19. </p> <p>20. </p>																																																																							
<p>ASSINATURA DO ANESTETISTA: DR. GILVAN ANDRÉ, MÉDICO DE BOI</p> <p>ASSINATURA DO COORDENADOR: DR. GILVAN ANDRÉ, MÉDICO DE BOI</p> <p>ASSINATURA DO COORDENADOR: DR. GILVAN ANDRÉ, MÉDICO DE BOI</p>																																																																							



Dr. Gutiérrez - Avalcane Benito
Fisiología - Instituto de Biología
Fisiología - PB 12



RELATÓRIO DE CIRURGIA

J
HECTOL

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① Paciente em DTH com anestesia geral
② Anestesia intra e extra oral
③ Enrichamento dos campos operatórios
④ Anestesia local

Incisão: ⑤ Incisão submandibular ⑥ e intra oral ⑦

⑧ Descolamento

⑨ Redução e fixação da fratura ⑩

⑩ Bloqueio maxilo mandibular ⑪

⑫ Redução e fixação da fratura ⑬

Achados: ⑭ Irrigação com S.F 0,9%

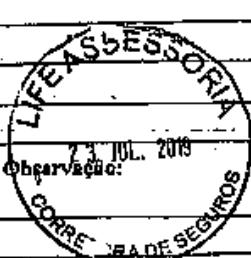
⑮ Sutura dos planos anatômicos

⑯ Cerramento

⑰ Atividade da Sutura é: anastomose

Conduta: ⑲ infusão

Fechamento:



Observação:

Sobreira

13 JUL. 2019

2019

João Pessoa, 13/07/18

Médico/CRM: _____





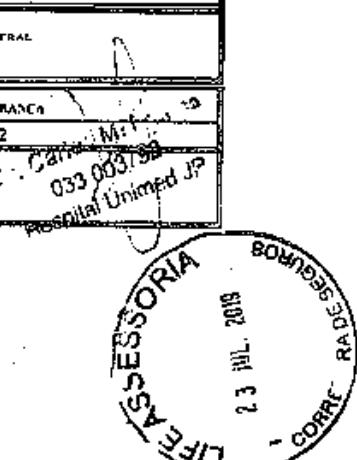
Cruz Vermelha Brasileira

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

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 02/02/2019 08:31:53	Convenio SUS	
Nome do paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	Data de Nascimento 26/09/1998	
Dados do agendamento		
Data e Hora 08/02/2019 10:30:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de agenda Consulta de Profissional	Especialidade BUCOMAXILOFACIAL	Profissional OLAVO HUSTON GONCALVES PEREIRA
Procedimento	Exame	
Observações		



 <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA</p>		LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA	
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		REGISTRO 1E07066	
19	SEXO MASC	COX CIR. GERAL	ESP. LEITO
DATA DE ADMISSÃO 08/09/2018	DATA DE ALTA 17/09/2018	DIA/MESES/ANOS 9	
POCO/ABDOMEN TRAUMA ABDOMINAL FEECIADO		TIPO DE TRAUMA T149	
EXAME CLÍNICO			
LE+ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO ESPLÉNICA			
NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FALTA DE INFORM. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			
PACIENTE SUBMETIDO À PROCEDIMENTO DE EMERGÊNCIA, COM BOA EVOLUÇÃO ATÉ O MOMENTO.			
DIETA: BRANDA REPOUSO: Retorno em casa por 60 dias. Retorno às atividades com esforço moderado 60 dias. Retorno às atividades com esforço intenso 60 dias ou com esforço maior em 40 dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a ferida água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "enchimento" 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 M: 19	
Este documento destina-se à continuidade do atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			





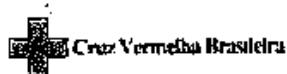
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		Nº de BE: 1139458	
Idade: 20	Sexo: FEM	Clínica: BMF	Enf.: 14 Leito: CD
Data de admissão: 30.01.19	Alta: 07.02.19	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:			
OSTEOMIELITE EM REGIÃO DE MANDÍBULA			
Diagnóstico Definitivo:			
OSTEOMIELITE EM REGIÃO DE MANDÍBULA			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: CLÍNICOS E IMAGENS			
Cirurgia realizada - data e equipe: REMOÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTSESE EM REGIÃO DE MANDÍBULA 30.01.19 DR. BENTON NOBREZA DR. OLAVO HOSHOU			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim(<input checked="" type="checkbox"/>) não(<input type="checkbox"/>) Coleta de material: sim(<input type="checkbox"/>) não(<input type="checkbox"/>)			
Resultado bacteriológista:			
Condições de alta: Melhorado(<input checked="" type="checkbox"/>) Removido(<input type="checkbox"/>) A pedido(<input type="checkbox"/>) Curado(<input type="checkbox"/>) Óbito(<input type="checkbox"/>) À Revella(<input type="checkbox"/>)			
Resumo Clínico: História evolução, terapêutica, complicações:			
PACIENTE EM FÓS OPERATÓRIO DE FERIMENTO DE MANDÍBULA COM SÍNTESES CLÍNICAS DE INFECÇÃO. A MESMA SUBMETTEU A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REMOÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTSESE, SOB ANESTESIA GERAL, TENDO EXCELENTE			
Orientações Pós Alta			
Dicta: LÍQUIDO - PRATOS			
Reposo: 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: ATB + RINEX			
Retorno: Ao posto de saúde em 08.02.19 para retirada de ponto. Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
Ass. Médico/CRM: 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





CENTRO CIRÚRGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	1107068	08/09/2018 20:01:53	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
28/09/1998	19a 11m 12d	Feminino	(83) 981319119
Mae			Prontuário
MARCIA BRASILEIRO LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
MILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	PORTAL DO SOL	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	FABIO KENEDY ALMEIDA TRUGUEIRO	3945/PB
Obra/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
08/09/2018 20:01:53		08/09/2018 23:34:28	

Anamnese

paciente retorna com centro de imagem, com persistência do quadro de abdominal, dorso e mandíbula. Com queixas de dor abdominal difusa, náuseas, mal estar, sonolência.

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SÉM 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 +++.

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 ELETROCAUTERIAÇÃO COM RESULTADO SATISFATÓRIO+LAVAGEM E ASPIRAÇÃO DO CONTEÚDO SANGUÍNEO. ENCAMINHADA AO SETOR DE RPA.

Conduta

Internar Paciente

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

FÁSIO KENEDY ALMEIDA TRUGUEIRO
(CRM: 3945/PB)



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

1

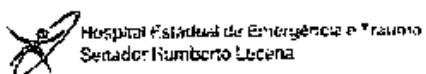
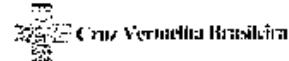


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:18

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

Número do documento: 20082613471615400000032180290

Num. 33629175 - Pág. 30



AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Bárata
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	1107066	08/09/2018 20:01:53	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
28/09/1998	19a 11m 12d	Feminino	(83) 981319119
Mae			Prontuário
MARCIA BRASILEIRO LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	PORTAL DO SOL	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	GERALDO CAMILO NETO	8089/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
08/09/2018 20:01:53		08/09/2018 21:41:14	

Anamnese

RURGIA GERAL - REAVALIAÇÃO

PACIENTE RETORNA COM CÉNTRICO 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 BACO.

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

HEMOCRITICO

Conduta

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Dr. Geraldo Camilo Neto
CRM: 8089/PB



Bolotim 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



Rev. Brasileira de
Geociências



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

Endereço: Av.
Tel: 32165700

Ref. 32166788

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE 1107006	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:53	Data Saída
Data de nascimento 28/09/1988	Idade 19a 11m 11d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 981310118
Mae MARCIA BRASILEIRO LIMA			Prontuario
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 GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2498/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53		Data/Hora Prescrição 08/09/2018 20:13:22	

Ànamnese

...CIENTE CONDUZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RÍGIDA 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, ABDOMÉN E REGIÃO LOMBAR. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSA EM MUCOSA ORAL COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E ABRASÕES EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. ACUSA DOR A PALPACÃO DO ABDOMEN E REGIÃO LOMBAR. MOBILIDADE DOS MÚS. È MUITO PRESERVADA.

CUIDADOS

EXAME DE IMAGEM

MONOGRAFIA COMPETITORIZADA DE FACE

TOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RAPIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

ASSOCIAÇÃO DE BACIA

CD10

Código	Descrição
S01.8	Fenômeno na cabeça, de outras localizações
Conduta	

1. ARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

GILVANOO CARNEIRO LEAL
- 8000 (PB)

A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom, with the date "23 JUL. 2019" in the center.

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

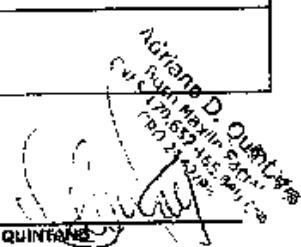
Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE 1138607	Data/Hora Entrada 17/01/2019 16:54:20	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 20a 3m 20d	Sexo Feminino	Telefone da Contato (83) 988554164 / (83) 988155943
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA			
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 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 17:20:26	

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 POS 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 CÁRIO E AUMENTO DO ESPAÇO PERICENTRÍTICO. 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 RADIGRÁFICOS ASSOCIADA AOS RELATOS DA PACIENTE, EXISTE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO E RETIRADA DAS SÍNTESSES ÓSSEAS, SEM COMO LIMPEZA CIRÚRGICA DA REGIÃO OPERADA.

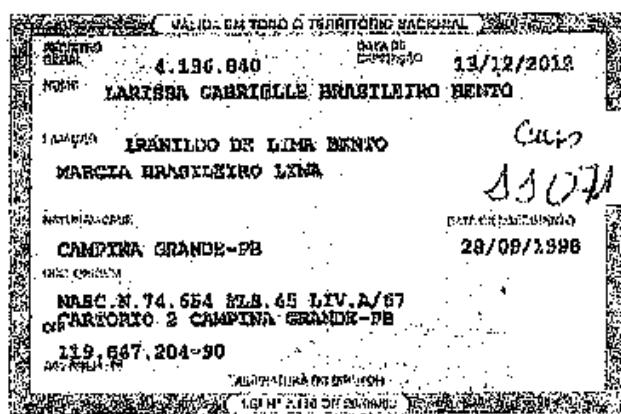
CD.:
1-ALTA COM ORIENTAÇÕES.
CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

Conduta
Em observação

**ADRIANO DUARTE QUINTANS
(2442/PB)**
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

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
Num. 33629175 - Pág. 33



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 ESPLÉNICA. (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 crânio-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 **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
BENTO

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 ESPLÉNICA. (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 crânio-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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 37



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 subscreve, 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471905200000032180293>
Número do documento: 20082613471905200000032180293

Num. 33629178 - Pág. 1

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/08/2020 13:47:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082613471905200000032180293>
Número do documento: 20082613471905200000032180293

Num. 33629178 - Pág. 2