
Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190440981

Vítima: DAIANA NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAIANA NUNES DE SOUSA

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



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190440981

Vítima: DAIANA NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DAIANA NUNES DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190440981

Vítima: DAIANA NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 12/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAIANA NUNES DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 15/01/2019, emitido pelo Dr. AURÉLIO DE SÁ PINTO CRM nº 9743 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **103.862.424-02** Nome completo da vítima: **Daiama Nunes de Sousa**

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

Nome completo: **Daiama Nunes de Sousa** CPF: **103.862.424-02**
 Ocupação: **Estudante** Endereço: **Rua Leonilo Felix de Almeida** Número: **76** Complemento: _____
 Bairro: **Centro** Cidade: **Itabaiana** Estado: **PB** CEP: **58000-000**
 E-mail: _____ Tel (DDD): **(83) 986634900**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0733** CONTA: **39836** **8** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçada ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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.

Local e Data: **João Pessoa - PB 22/07/19**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Daiama Nunes de Sousa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Proprietário (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

2ª Nome: _____
 CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé da veracidade do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA

POUPANÇA



5067 2250 2898 0854

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

DAIANA NUNES DE SOUSA
0733 013 00039816-8

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04611.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04611.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:08 horas do dia 30 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Daiana Nunes de Sousa**, CPF nº 103.862.424-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Flaviana Nunes e Alexandre Sousa da Silva, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 09/03/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Leonildo Felix de Almeida, Nº 76, bairro Campo Grande, tendo como ponto de referência Paulo Videos, na cidade de Itabaiana/PB, telefone(s) para contato (83) 99167-1825.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Cairu, Av Cairu, João Pessoa/PB, bairro Tambaú; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/01/19 17:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

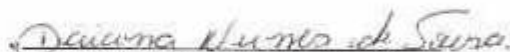
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante seguia no veículo, marca e modelo HONDA/NXR 160 BROS ESD, ano e modelo: 2015 de cor preta, placa: OFX 4043/PB, Chassi nº 9C2KD0800FR010397, registrado em nome de Severino dos Ramos Rodrigues Lima-CPF nº 752.813.764-20; QUE segundo a notificante seguia normalmente em sua mão e por uma distração não parou em uma via que seria um cruzamento, ocasionando assim um acidente, em um carro veículo (táxi), não sabendo especificar marca e modelo, mas que o condutor ficou no local e prestou assistência a notificante; QUE devido ao fato ficou caído ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENER TERCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 12.01.2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 M79,6 E QUE DEPOIS FOI ENCAMINHADA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA CONFORME LAUDO MEDICO-RESUMO DE ALTA EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 30 de abril de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DAIANA NUNES DE SOUSA
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 JUL. 2019
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 04611.01.2019.1.00.401

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 197112 Atd: Nao Regul
Data: 12/01/2019
Hora: 23:39:30
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DAIANA NUNES DE SOUSA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3918472 Fone: 991165961 Num. Prontuario: 2019.01.001387
Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 09/03/1998 Id: 20 ano(s)
End.: RUA EDMUNDO FILHO, 201
Bairro: SAO JOSE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: FLAVIANA NUNES Pai: ALEXANDRE SOUSA DA SILVA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: OFFICE-BOY Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
INFORMACOES DE ENTRADA
R.: DAIANA NUNES DE SOUSA
Tel/Doc. Responsavel: 991165961 / IDENTIDADE: 3918472
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS 18:00

Vitima de violência por: EM MANEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
C. Abd: O2%:

Queixa Principal

FRATURA EM MALEOLO MEDIAL EM TNZ D

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado

[] Vomito
Observacao

STC: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOS
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
22 JUL. 2019
PROTOCOLA
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Paciente em atendimento de urgência de
fratura em maleolo medial em TNZ D.
Paciente em atendimento de urgência de

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

ob. f. c. l. d. e

Indicação para fratura

Dr. F. C. Junior
Ortopedia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Desistencia	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

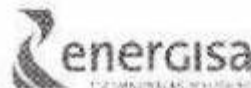
Assinatura e Carimbo do

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 027.35E.045



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FLAVIANA NUNES
RUA LEONILIO FELIX DE ALMEIDA 76
ITABAIANA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/253103-6

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

04/07/2019

CONSUMO

100

VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 56,86

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03368.651174 3 79620000005686

Pagador: FLAVIANA NUNES CNPJ/CPF: 040.006.204-60

RUA LEONILIO FELIX DE ALMEIDA 76 - CENTRO - ITABAIANA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número

26249120003368651

Nr Documento

000253103201907

Data Vencimento

26/07/2019

Valor do Documento

R\$ 56,86

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3

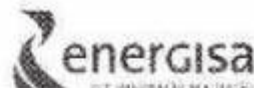


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é seguradora da conta.

Recibo para sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica: Nº 026.772.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Centro - Redenção - João Pessoa / PB - CEP 56071-600
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.323-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ADELTON F. JOSE COSTA DUARTE, 157 SALA 05
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

18/06/2019

CONSUMO

219

VENCIMENTO

27/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 197,89

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotômetro: 12-005-292-0450

CONTAPAGA - Data de Pagamento: 18/06/2019

VENCIMENTO

27/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 197,89

MATRÍCULA

1698358-2019-06-2



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190440981 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAIANA NUNES DE SOUSA **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

CERTIDÃO

Nº. 0957/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº197112 e Prontuário nº 2019.01.001387 pertencentes a **DAIANA NUNES DE SOUSA** requerente que foi atendida dia 12/01/2019 às 23H39min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado tratamento conservador. Alta médica dia 15/01/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de Julho de 2019



Médica
CRM/PB 2959



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: DAIANA NUNES DE SOUSA **Data da Admissão:** 1/1/1
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____
Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1/1

QPD: Duas lesões frontais e ungueais (A)

HDA: Lesões em Vm de acido. e
ungueais
em Vm e ungueais (D)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de T

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

RX: fratura de nariz

Hipóteses Diagnósticas:

fratura de nariz (D)

Conduta:

Tratamento com
curativo e analg.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: DAIANA NUNES DE SOUSA

Data: 12/01/2019 21:14:11

Idade: 20

Sexo: Feminino CPF: Não Informado BAE: 1135412

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE PRESENTANDO FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL EM TORNOZELO DIREITO,
COM NECESSIDADE DE TRATAMEN TO CIRÚRGICO.CONFORME PACTUAÇÃO MUNICÍPIO E ESTADO, TAL PACIENTE ENQUADRA-SE NO
PERFIL DO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA
8085/PBHEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Receituário

Paciente: DAIANA NUNES DE SOUSA

Data: 12/01/2019 21:14:11

Sexo: Feminino CPF: Não Informado

AO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL EM TORNOZELO DIREITO,
COM NECESSIDADE DE TRATAMEN TO CIRÚRGICO.CONFORME PACTUAÇÃO MUNICÍPIO E ESTADO, TAL PACIENTE ENQUADRA-SE NO
PERFIL DO HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA
8085/PBHEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: D. Ana Nunes		PRONTUÁRIO Nº:	
IDADE: 20	SEXO: F	CIÓRNEO: ontol	ENF: 30 LETO: 433
DATA DE ADMISSÃO: 13/01/19	DATA DE ALTA: 15/01/19	TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx de TNZ (M. Medial)		CID:	
DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO:			
PROCEDIMENTO REALIZADO: Plata pelo tratamento conservador com gesso.			
TERAPIA FARMACOLÓGICA:			
INFEÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO	
CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO: For receba alta em boas condições clínicas. Relato de desconforto musculares.			

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Retorno em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **Anse**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do **Dr. Jansen** em **3** dias para revisão. **04 dias**

15/01/19

DATA

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

ASS. MÉDICO - CRM

Dr. Aurelio de Sá Pinto
CRM: 9743190.



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1135412

PACIENTE: DAIANA NUNES DE SOUSA

DATA DE NASCIMENTO: 09.03.98

Data e Hora do Atendimento: 12.01.19

Horário: 19:25h

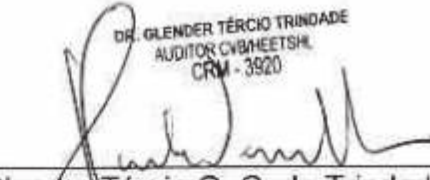
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma no joelho esquerdo(abrasão) e tornozelo direito(edema, dor e dificuldade de mobilizar). Atendido pelo Dr. Leonardo Soares de Lima CRM 2170.

DIAGNÓSTICO INICIAL: DOR NO MEMBRO CID 10 M 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do tornozelo direito AP e Obliquo e tratamento clinico conservador.

ALTA HOSPITALAR: 12.01.19

Data da Emissão: 12.03.19

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

ORTO

* ALTA DA CIRURGIA GERAL



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1135412



Identificação do paciente

ID 1365516	Nome DAIANA NUNES DE SOUSA	Sexo Feminino
Data de nascimento 09/03/1998	Idade 20 anos 10 meses 3 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe FLAVIANA NUNES	Pai ALEXANDRE SOUSA DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) PAULA MIYADI PEREIRA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987300884	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3918472	Nº Cns
Local de procedência MANAIRA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade ITABAIANA	CBO/R

Endereço

CEP 58034500	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro EDMUNDO FILHO
Número 201	Complemento	Bairro SÃO JOSÉ	

Admissão

Data e Hora 12/01/2019 19:25:32	Número da pulseira 17162915	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos: Paciente vítima de acidente de moto - sem lesões aparentes. Agredido no joelho.

Diagnóstico	
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA	Tempo 17seg

Imprimi

Dr. LUIZ CARLOS DE LIMA
Médico - GERAL - Internista
Lima L. C. de Lima

Rita de Cassia N. da Silva
Enfermeira
COREN/PB 484.130
CID

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DAIANA NUNES DE SOUSA	BAE 1135412	Data/Hora Entrada 12/01/2019 19:25:32	Data Saída
Data de nascimento 09/03/1998	Idade 20a 10m 3d	Sexo Feminino	CNS
Mãe FLAVIANA NUNES			Telefone de Contato (83) 987300884
Endereço EDMUNDO FILHO, 201	Bairro SÃO JOSÉ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 12/01/2019 19:25:32		Data/Hora Prescrição 12/01/2019 19:51:10	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA. TEVE APENAS TRAUMATISMOS NO JOELHO ESQUERDO (ABRASÃO) E TORNOZELO DIREITO (EDEMA, DOR E DIFICULDADE DE MOBILIZAR), SEM OUTROS TRAUMATISMOS. NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS.

CONDUTA:

1. ANALGESIA;
2. RX DO TORNOZELO D;
3. ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

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

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação

DAIANA NUNES DE SOUSA

LEONARDO SOARES DE LIMA
(: 2170/PB)

Data: 12/01/19 19:51
Usuário: LEONARDO

Bolém 1135412



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome DAJANA NUNES DE SOUSA	Data de Nascimento 09/03/1998	Idade 20a 10m 3d	Sexo FEMININO	Nº 1135412	Nº Prontuário	Data Prescrição 12/01/2019 19:51:10
Motivo do Atendimento	Enfermado / Leito		Validade da Prescrição 12/01/2019 19:51:00 - 13/01/2019 19:51:00			
Convenio SUS	Matricula			Senha		
Data de entrada 12/01/2019 19:25:32		Data de internação		Permanência no 28min		Permanência no

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. int.	Pos	Apreçamento
1 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO IFRASCO	500.0	ML		E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML					
3 DIPRIONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	
Diluir em Solução Fisiológica 0.9%	10.0	ML					

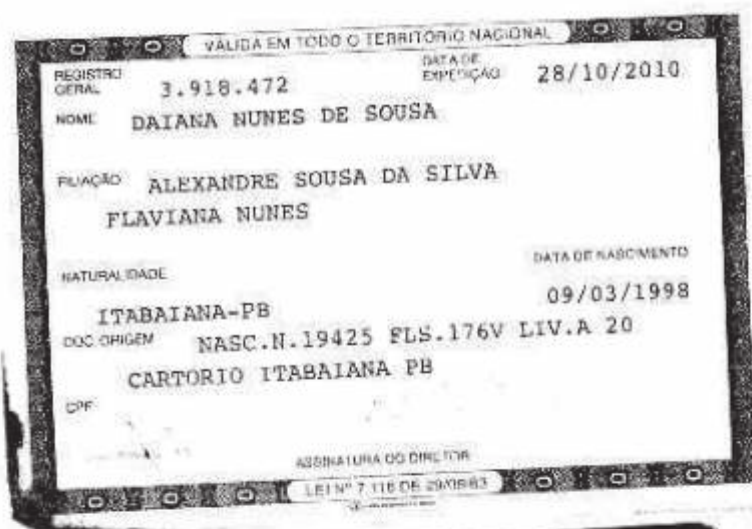
Reimpresso por: -
dia: -

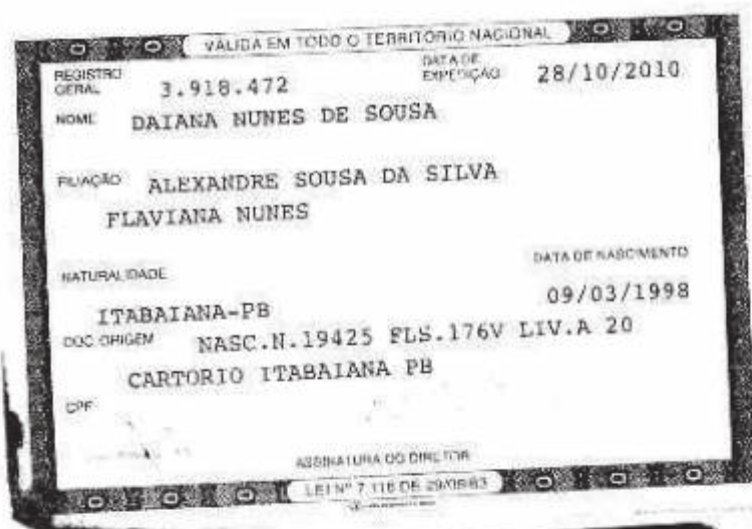
LEONARDO SOARES DE LIMA
CRM. 2179

Dr. Leonardo Soares de Lima
CRM. 2179

Vila do Casarão - do Alívio
Enfermagem
CONTATO: 08 442.130

Assinatura e Carimbo do Profissional





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

NOME
 JOSE EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS / OUTROS ENDER. DE
 1054562 530 PB

CPF
 455.536.024-91 DATA NASCIM.
 02/04/1967

FUNÇÃO
 JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERÍODO
 10/11/2019 06/04/1989

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1009001575

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMISSOR
 1009001575

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 11/11/2014

60378988469
 98029545609

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 22 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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

NOME
 JOSE EDUARDO DA SILVA

DOCUMENTOS / OUTROS ENDER. DE
 1054562 830 PB

CPF
 455.536.024-91 DATA NASCIM.
 02/04/1967

FUNÇÃO
 JOSEFA GERVASIO DA
 SILVA

PERÍODO
 10/11/2019 06/04/1989

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1009001575

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMISSOR
 1009001575

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 11/11/2014

60378988469
 98029545609

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 22 JUL. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190440981 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAIANA NUNES DE SOUSA **Data do acidente:** 12/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO. P 4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Daiana Nunes de Sousa, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão estudante, residente e domiciliado à Rua Leonilo Felix de Almeida nº 76, bairro Centrus, Município de Itabaiana, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 3.918.472, SSP/PB e CPF nº 103.862.424-02.

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa nº 157, bairro Alameda, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 3054562, SSP/PB e CPF nº 435.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Daiana Nunes de Sousa, ocorrido em 32/01/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

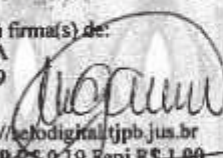
Itabaiana 26 de abril de 2019.

Daiana Nunes de Sousa
Outorgante
CPF nº 103.862.424-02

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

 **2º Cartório de Notas de Itabaiana - PB**
Tabelião Bel Maria das Graças de Almeida Melo
Av. José Silva, 110 - Centro
CEP: 58398-000 - FONE: (83) 3251-1272
e-mail: cartorio2detabaiana@outlook.com

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
DAIANA NUNES DE SOUSA
Dou fe. Itabaiana/PB - 26/04/2019
Selo Digital: AIN20965-NAIC
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 11,66 Farpen R\$ 0,28 MP R\$ 0,19 Fepej R\$ 1,00



Maria das Graças de Almeida Melo
Tabelião - Cartório do 2º Ofício
Itabaiana-PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
22 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247954/19

Número do Sinistro: 3190440981

Vítima: DAIANA NUNES DE SOUSA

CPF: 103.862.424-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAIANA NUNES DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 12/08/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247954/19

Vítima: DAIANA NUNES DE SOUSA

CPF: 103.862.424-02

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAIANA NUNES DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

DAIANA NUNES DE SOUSA : 103.862.424-02

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: 22/07/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO