



30/07/2020

Número: **0803195-73.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32795487	30/07/2020 13:34	2738726_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Olecrânio do Cotovelo Direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de flexão de cotovelo com perda de 60 graus de flexão do cotovelo e 30 graus de supinação de antebraço, déficit de força motora do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchner, realizou várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.
Indenização em grau médio do cotovelo D devido a limitação da mobilidade articular.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB Nº 012710688389	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
1 0020363593-0 0070006000 2016	
MOISES COSTA SOUTO	
5148629691	
NOVO	
PAS/NOTOCICL/MO APIC	
HONDA/NXR150 'BROS MIX ES	
2º 297109 /CI PAR.ATC	
1.1 PVA 3000-EM 13/09/2016	
V 2º 297109 /CI PAR.ATC	
A 1.1 PVA 3000-EM 13/09/2016	
SEM RESERVA DE DOMINIO	
HAYEUX 369	
13/07/2016	
8290	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012710688389 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
MOISES COSTA SOUTO	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodoctransito.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
2016 13/07/2016	
MOISES COSTA SOUTO	
HONDA/NXR150 BROS MI	
00203635930	
PRÊMIO TARIFARIO	
2016 9	
9C2R00520AR025894	
SEGURO	
P A G O	
COTA UNICA	
PARCELADO	
DATA DE QUOTACAO	
SEGUROADORA LIDER - DPVAT	
8290-105594-20160713	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AUTOMOBILÍSTICO

Nome: **SAYONARA LAYS URSULINO SOUTO**

RG: **2857922** SSP **PB**

CNPJ: **102.568.854-21** Data Nascimento: **09/10/1994**

Endereço: **MOISES COSTA SOUTO**
SANDRA FIDELIS
URSULINO SOUTO

CPF: **05813773191** Data Emissão: **27/02/2013** Data Validade: **28/06/2013**

Observação:

Assinatura: *[Assinatura]*

Local: **JOAO PESSOA, PB** Data Emissão: **27/02/2013**

Assinatura: *[Assinatura]*

45850325786
28036376361

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1638525287

PROTEÇÃO PLÁSTICA

1638525287





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sociedade Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 58 - PEDRO GONDIM - CNE5: 123312 - Tel.: 8332165700

GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Boletim de Atendimento: 1180061



Identificação do paciente			
ID 1425232	Nome SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO		Sexo Feminino
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24 anos 9 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO		Pai MOISES COSTA SOUTO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MAE - MAE	
DDD Celular 83	Celular 988231017	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2857922	Nº Cns	
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58077130	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA
Número 45	Complemento AP 303	Bairro CUIÁ	
Admissão			
Data e Hora 29/07/2019 16:59:38	Número da pulseira 1000007140975	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg		Pulso _____	Temperatura _____
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
		Ultrasonografia []	
Dados clínicos <div style="font-family: cursive; font-size: 1.2em;"> Ref. ser. consequente, orientada para a </div>			
Diagnóstico			CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA			Tempo 01min 07seg

Imprimer

29/07/2019 16:55





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB
CEP 58053-900

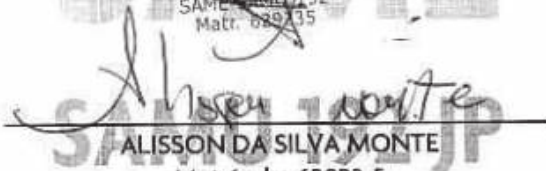
DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 908/012, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2513921, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO** idade 24 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 29/07/2019, na BR 230 KM 20, Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - aproximadamente às 16:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Agosto de 2019.

Alisson Monte
SAME - SAMU 192
Matr. 62923-5



ALISSON DA SILVA MONTE

Matrícula: 62923-5

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





Ligação MONOFÁSICO
Cdr/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 14 - 2 - 809 - 8630 Referência: Out / 2019
Medidor: 00008857081 Emissão: 29/10/2019

ENGENHARIA DE ENFERMAGEM
Br230, km25 - Canto Remetido - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CAP 109.085.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.825-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº039.147.340
Cód. para Débito Automático: 009.0077047

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	23/10/2019	22/11/2019	514.982.964-81

UC (Unidade Consumidora): 5/1827204-7

Canal de contacto

Conheça a freteira Onix. O novo aplicativo para simulações e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe tudo de sua carteira de valores de investimento programado na sua região, ou até mesmo serviços ou seguros a dúvida! Tudo na palma da mão, sem fôlego e sem burocracia.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
22/09/19	4061	25/10/19	4255	1	180		39
Demonstrativo							
01	Despesa	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário	Valor Total	Valor Unitário
		Unidade	R\$	R\$	Unidade	R\$	R\$
0001	Consumo em kWh	168,000	0,780510	131,15	134,15	37	3,02
0001	Assoc. B. Vermelho			2,28	2,28	37	0,81
0001	Assoc. B. Amarelo			2,55	2,55	37	0,78
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTROLE SERV. LIM. PÚBLICA			0,57	0,00	0	0,00
0001	REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 06/2019			-0,10	0,00	0	0,00

PG BRADCO
PM 32/50/19

CCJ Código de Classificação de Item	TOTAL	14.133	133,28	37,50	139,26	1,18	2,37
Tarefa Treinada	3-45456						

MAQUILAGEM (A/100)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
121	30/10/2019	R\$ 144.70

Historico de Consumo (kWh)

148	156	164	172	180	188	196	204	212	220	228
Oct 18	Nov 18	Dec 18	Jan 19	Feb 19	Mar 19	Apr 19	May 19	Jun 19	Jul 19	Aug 19

RESERVADO AO FISCO
37df.588e.81ae.20f6.e9a9.b95d.3206.c8ab

Indicadores de Qualidade				Composição de Consumo		
3/2019 - Março						
	Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
EDC MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL	Serviços de TST da Empresa/PS	29,57	25,10
EDC TRIMESTRAL	10,92			Compras de Energia	67,69	30,01
EDC ANUAL	21,25			Serviços de Transmissão	3,78	1,73
FG MENSAL	3,30	0,00		Emprego Serviços	2,47	1,19
FG TRIMESTRAL	6,60			Inspeção, O&M e Encargos	46,70	24,32
FG ANUAL	13,20			Outros Serviços	0,00	0,00
PERDAS	12,22	0,00	CONTE-FAVOR-DE LASTE-FAVOR-DE	Total	144,83	100,00
MDR	12,22					

3. 4. 2019 17:21:59

ATENÇÃO

Peñón de San Lorenzo

Abstract

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE AO BANCO DO BRASIL
00190 00009 03150 244006 07142 272173 9 80580000014470

PAGADOR MOISES COSTA SO. TO - CPF/CNPJ: 914.552.954-21
RUA FERNANDO JORGE BARRIOS OLIVEIRA, 45 / AP 303 - CUA - JOIA / PESSOA / PB CEP 58071-130

Nóssio Nr.	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3150/2440007142272	001627204201910	30/10/2019	R\$ 144,70	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.295.193/0001-40
R. 220, Km 25 - Cinto Roldenir - João Pessoa / PB - CEP 51071-100

Agencia / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/07/2020 13:34:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073013342921300000031404513>

Número do documento: 20073013342921300000031404513

Num. 32795487 - Pág. 6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00021398 2 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo - SP, 27/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00021398 2 AGÊNCIA: CONTA:

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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Legenda: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo - SP, 27/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09356.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09356.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:45 horas do dia 16 de agosto 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 Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Sayonara Lays Umbelino Souto**, CPF nº 102.568.864-31, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Enfermeira, filho(a) de Sandra Fidelis Umbelino Souto e Moises Costa Souto, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 09/10/1994 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jorge Barros de Oliveira, Nº 45, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Proximo Campo do Santo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98811-8725.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230, Concessionária de Veículos, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/07/19 16:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 29/07/2019, POR VOLTA DAS 16:15, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA MOT-6084-PB, CHASSI 9C2KD0520AR025894, REGISTRADA EM NOME DE MOISÉS COSTA SOUTO, NA RODOVIA BR 230, ALTURA DO BAIRRO DO CASTELO BRANCO, NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO O MOTORISTA DO CAMINHÃO DE PLACA LXN-7824/PE, QUE VINHA NA FAIXA DA DIREITA, TROCOU DE FAIXA DE ROLAMENTO SEM SINALIZAR E ABRUPTAMENTE E CEIO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE QUE CAIU NO CHÃO; QUE O MOTORISTA DO CAMINHÃO APESAR DE TER PERCEBIDO O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A ESTA NOTIFICANTE; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E LIBERADA, POIS SEGUNDO INFORMAÇÕES DAQUELE HOSPITAL NÃO HAVIAM FRATURAS; QUE NO DIA SEGUINTE ESTA NOTIFICANTE CONTINUAVA A SENTIR DORES E DECIDIU ENTÃO POR CONTA PRÓPRIA PROCURAR UMA CLÍNICA PARTICULAR, SENDO EVIDENCIADA NAQUELA CLÍNICA UMA FRATURA EXPOSTA EM SEU BRAÇO DIREITO; QUE ESTA NOTIFICANTE ENTÃO DECIDIU VOLTAR AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SEGUINDO UMA ORIENTAÇÃO DO MÉDICO QUE HA HAVIA ATENDIDO NA CLÍNICA PARTICULAR; QUE NO HOSPITAL DE TRAUMA FOI TIRADO UM RAIO X QUE EVIDENCIOU A FRATURA E EM SEGUIDA ESTA NOTIFICANTE FOI ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S52, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA; QUE ESTA NOTIFICANTE DESEJA REGISTRAR A NEGLIGÊNCIA EM SEU PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, ONDE FOI LIBERADA PELO MÉDICO JUAREZ SILVESTRE, O QUAL NÃO DETECTOU A LESÃO SOFRIDA POR ESTA NOTIFICANTE NAQUELE PRIMEIRO ATENDIMENTO.

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.

Procedimento Policial: 09356.01.2019.1.00.401





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666114

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01957/01958 - carta_02 - INVALIDEZ

00060979



Carta nº 15203173



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/07/2020 13:34:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073013342921300000031404513>

Número do documento: 20073013342921300000031404513



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, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666114

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000021398-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01715/01716 - carta_15R - INVALIDEZ

00010858





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190666114

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data do Acidente: 29/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15181543

Pag. 00545/00546 - carta_01 - INVALIDEZ



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:	23/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000021398-2

Nr. da Autenticação 5A0D5F1B60C6B0E0



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE.
TRAUMA NO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COMNSERVADOR DAS LESÕES.
ALTA. (P1/2/6/9/15)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422989/19

Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

CPF: 102.568.864-31

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SAYONARA LAYS
UMBELINO SOUTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO : 102.568.864-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO
CPF: 102.568.864-31

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190666114**

Nome do(a) Examinado(a): **SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Fernando Jorge Barros de Oliveira, 45 - Cuia - João Pessoa - PB - CEP 58077-130

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2857922**

Data e local do acidente: [**29/07/2019**] **BR 230, a altura da Cidade de João Pessoa.**

Data e local do exame: [**16/12/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do Olecrânio do Cotovelo Direito

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

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de flexão de cotovelo com perda de 60 graus de flexão do cotovelo e 30 graus de supinação de antebraço deficit de força motora do cotovelo direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchner, realizou várias sessões de fisioterapia.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Apresenta limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do cotovelo direito.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE.
TRAUMA NO COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COMNSERVADOR DAS LESÕES.
ALTA. (P1/2/6/9/15)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





Aguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA *Suelio Moreira Torres*
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666114 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO **Data do acidente:** 29/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Olecrânio do Cotovelo Direito

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no cotovelo direito, limitação de flexão de cotovelo com perda de 60 graus de flexão do cotovelo e 30 graus de supinação de antebraço, déficit de força motora do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchner, realizou várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.
Indenização em grau médio do cotovelo D devido a limitação da mobilidade articular.

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

DADOS DE NASCIMENTO 09/10/94

NOME DA MÃE SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.180.061

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 29/07/19

HORA DO ATENDIMENTO 16:59

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTO DO ANTEBRAÇO D + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + S 51.8 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (moto x caminhão), há cerca de 40 minutos, apresentando trauma em segmento cefálico, com queixa de dor em coluna dorso-lombar, dor em cotovelo D, braço D e ombros + escoriações nestas regiões, ombro E, joelho E e D, pé E e D, tornozelo D, região metoniana, antebraço E e D, tórax + ferimento corto-contuso em antebraço e cotovelo D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna dorsal + lombo-sacra
RX do tórax + bacia - AP
RX da coluna - AP e Oblíquo
RX do ombro D - AP e Oblíquo
RX do braço D - AP e P
RX do cotovelo D - AP e P
RX da bacia - AP

TRATAMENTO:

Sem alteração às TC's e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 29/07/19

DATA DA EMISSÃO: 15/10/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM 2516

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. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.







SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência




**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



G D
Secretaria
Segurança

João Pessoa/PB, 16 de


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação

SAYONARA LAYS UMBELIN
Noticiante

Procedimento Policial: 09356.01



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Cotovelo Direito.

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

Região Corporal (Sequela):

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

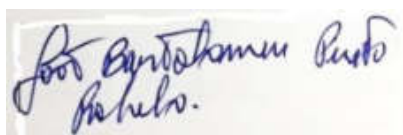
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

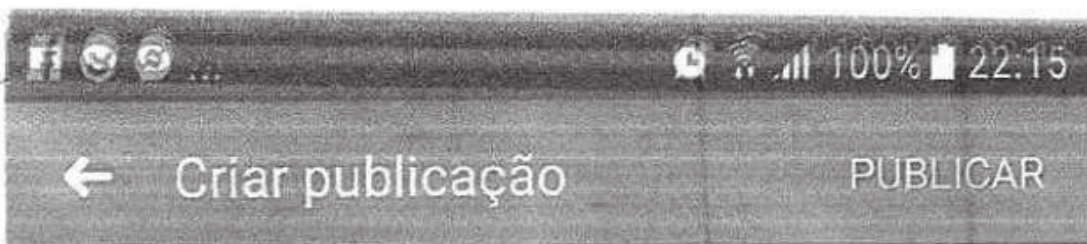
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB





Wilame Elvis

Público ▾

+ Álbum ▾

iae galera .

Hoje por volta das 16:20 ocorreu um acidente na BR nas proximidades dali de quando chove muito sempre cai a barreira, tem concessionária e o posto de gasolina.

Uma carreta com placa LXN-7824, mas a cabine tem outra placa (CNR-2368)

Essa carreta bateu em uma garota que pilotava uma Broz vermelha e preta.

O motorista se evadiu do local.

Eu o segui, mais eu não ia colocar minha moto na frente da carreta pra fazer ele parar, se não eu seria mais um no chão.



Adicionar à sua publicação





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Conselho Municipal de Litorânea



**GOVERNO
DA PARAIBA**

**SEGUIE
o trabalho**

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	BAE 1180061	Data/Hora Entrada 29/07/2019 16:59:38	Data Baixa 2019-07-30 01:00:59.0
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24a 9m 21d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			Prontuário
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 29/07/2019 16:59:38		Data/Hora Prescrição 29/07/2019 17:25:53	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ CAMINHÃO) HÁ CERCA DE 40 MIN. QUEIXA-SE DE DOR EM COTOVELO D, OMBRO D, BRAÇO D, REGIÃO LOMBAR. APRESENTA ESCORIAÇÕES NESTAS REGIÕES E NO OMBRO E, JOELHO E e D, PÉ E e D, TORNOZELO D, REGIÃO MENTONIANA, ANTEBRAÇO E e D, TORAX + FERIMENTO CONTUSO EM COTOVELO D. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII E MSE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ, REFERE VAT HÁ < 5 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE COLUNA TORACOLOMBAR, COTOVELO D, BRAÇO D, OMBRO D, BACIA, TÓRAX + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA + PRESCREVO ANALGESIA, (29/07/2019 17:25:53-ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO EVOLUINDO COM DORSOLOMBALGIA, NEGA CEFALIA OU CERVICALGIA. AO EXAME: GLASGOW 15, SEM DEFICIT MOTOR, ESCORIAÇÕES NOS OMBROS, EUPNEICA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. CD: TC DE CRÂNIO, COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR. (29/07/2019 18:55:06-ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA)

PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA ALTA DA ORTOPEDIA (29/07/2019 19:52:44-TORRIGIO GOMES PEREIRA)

tce leve eog 15 sem deficits focais ct de cranio normal ct coluna normal cd: libero da ncr (29/07/2019 21:43:32-ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA)

CIRURGIA GERAL PACIENTE APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSA EM ANTEBRAÇO DIREITO CD: 1- REALIZO SUTURA 2- INFORMO SOBRE SORO E VACINAÇÃO ANTITETANICA 3- ORIENTAÇÃO SOBRE CUIDADOS GERAIS (30/07/2019 01:01:03-JUAZEL SILVESTRE NETO)

MEDICAÇÃO

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

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

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

T14.9 - Traumatismo não especificado

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Dr. Juares Silvestre
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB-11302



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/07/2020 13:34:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073013342921300000031404513>

Número do documento: 20073013342921300000031404513



Em observação

Alta

Usuário
JUAREZ SILVESTRE NETO
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
30/07/2019 01:00:59
Observações

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

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

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/07/2019 17:00:45





Acessibilidade: A+ A- 🔍 🔄 🌙 🦶

NOTÍCIAS | FALE CONOSCO | OUVIDORIA | ESTATÍSTICAS



Informações sobre o veículo

Placa: LXN-7824

Espécie/ Tipo: CAR / SEMI-REB

Marca/ Modelo:

REB/RANDON SR GR TR

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 0
/ 0 / 0**

Cor predominante: BRANCA

Chassi: 9ADG12430TM119196

Combustível: SEM COMBUS

Ano fabricação/ Ano modelo: 1996

Categoria: ALUGUEL





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AG. SUTURA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	BAE 1180051	Data/Hora Entrada 29/07/2019 16:59:38	Data Baixa
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24a 9m 20d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO		CNS	Prontuário
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA	Nº Cons. Regional 6350/PB
Data/Hora Classificação 29/07/2019 16:59:38		Data/Hora Prescrição 29/07/2019 19:52:44	

ANAMNESE

PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA ALTA DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 6350/PB

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/07/2019 17:00:45





31% 10:02

Acessibilidade: A+ A-

NOTÍCIAS | FALE CONOSCO | OUVIDORIA | ESTATÍSTICAS



Informações sobre o veículo

Placa: CNR-2368

**Espécie/ Tipo: TRA /
CAMINHAO TRATOR**

Marca/ Modelo: VW/18.310

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 0
/ 303 / 0**

Cor predominante: BRANCA

Chassi: 9BWDK82T72R214716

Combustível: DIESEL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2002

Categoria: ALUGUEL





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERN
DA PARA**



**SEGUE
o trabalho**

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	1180061	29/07/2019 16:59:38	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/10/1994	24a 9m 21d	Feminino	(83) 988231017
Mãe		CNS	Prontuário
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	CUÍÁ	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALEXANDRE BARROS DA GON	4988/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
29/07/2019 16:59:38		29/07/2019 21:43:32	

ANAMNESE

lce leve ecg 15 sem deficits focais ct de cranio normal ct coluna normal cd: libero da ncr

Conduta

Em observação

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA
(PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/07/2019 17:00:45





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	BAE 1180061	Data/Hora Entrada 29/07/2019 16:59:38	Data Baixa
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24a 9m 20d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988231017
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			Prontuário
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CUÍÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	Nº Cons. Regional 4417/PB
Data/Hora Classificação 29/07/2019 16:59:38		Data/Hora Prescrição 29/07/2019 17:25:53	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ CAMINHÃO) HÁ CERCA DE 40 MIN, QUEIXA-SE DE DOR EM COTOVELO D, OMBRO D, BRAÇO D, REGIÃO LOMBAR. APRESENTA ESCORIAÇÕES NESTAS REGIÕES E NO OMBRO E, JOELHO E e D, PE E e D, TORNOZELO D, REGIÃO MENTONIANA, ANTEBRAÇO E e D, TÓRAX + FERIMENTO CONTUSO EM COTOVELO D. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS E TONTURA. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR E NÃO APRESENTA SINAIS DE FRATURAS EM MMII E MSE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ. REFERE VAT HÁ < 5 ANOS (3 DOSES). AO EXAME= EGR, EUPNEICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. CONDUTA= 1º ATENDIMENTO CIRÚRGICO + SOLICITO RX DE COLUNA TORACOLOMBAR, COTOVELO D, BRAÇO D, OMBRO D, BACIA, TÓRAX + SOLICITO PARECER DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA + PRESCREVO ANALGESIA.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SF)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACRÓMIO-CLAVICULAR DIREITA
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO
RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINÂMICA
RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

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

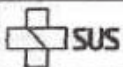
Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/07/2019 17:00:45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/07/2020 13:34:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073013342921300000031404513

Número do documento: 20073013342921300000031404513



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CDD, SIGS MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTD

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTD

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID-10 PRINCIPAL

35 - CID-10 SECUNDÁRIO

36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

- Ex de Alcoolismo
- Ex de ADM
- Ex de tratamento farmacológico

SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARRISO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CFF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

44 - CNES

45 - CFF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CFF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARRISO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE RECIPIENTE

52 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE RECIPIENTE

53 - CNES





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	RAE 1180465	Data/Hora Entrada 31/07/2019 14:19:34	Data Baixa 2019-07-31 15:47:10.0
Data de nascimento 05/10/1994	Idade 24a 9m 22d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (63) 998231017
Mãe SANDRA IDELIS UMBELINO SOUTO			Profissão
Endereço FERMANO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro CURÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - ORTOPEDIA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 31/07/2019 14:19:34		Data/Hora Prescrição 31/07/2019 15:47:10	

ANAMNESE

História: paciente vítima de acidente de moto, apresentando dor em cotovelo direito ao exame fgr, dor, edema; neurovascular ok, 30m OK. CR solicitado rx de cotovelo direito

CID10

550.0 - Contusão do cotovelo

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta

Usuário JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Data e Hora 31/07/2019 15:47:10
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 DIAS, APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO. REALIZOU EXAME DE IMAGEM, EVIDENCIANDO FRATURA DE OLECRANO DIREITO. CD; ENCAMINHO AO TRAUMATOLÓGICO SEGUNDO PACTUAÇÃO.

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Atendimento registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 31/07/2019 14:20:37



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 499765

Nome SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO		
Data de Nascimento 09/10/1994	Nº Boletim Emergência 1180468	Prontuário
Material a examinar		

Data Prescrição:
31/07/2019 14:34:48

Data Bred
Telefone de Contato
(55) 968231017
Prontuário

UP
PB
Nº Cont. Regional
11355PB

CEZARNO

Gema: neurovascular ex., adm. de. ex.

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
(ap. 2 peris)

Com o mto P/ curar

COTULUM
31 07 19
15:00
dxo

Reimpresso por:
dia:

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 11355

DUES CEZARNO
1385PB)

Assinatura e Carimbo do Profissional

Prescrição adaptada para exames de imagem. N.º de registro: 113555-1/2019



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE

o trabalho

MARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. - JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data de nascimento

09/10/1994

Idade

Idade

24a 9m 22d

RAE

1120056

Sexo

Feminino

Data/Hora Coleta

31/07/2019 14:19:34

CNS

Data Base

Teléfono de Contato

(83) 988231017

WhatsApp

SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO

Endereço

FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303

Acidente

OUTROS

Data/Hora Classificação

31/07/2019 14:19:34

Sócio

CIA

Município

JOAO PESSOA

Profissional

JANSEN HENRIQUES CEZARINO

Data/Hora Prescrição

31/07/2019 14:34:48

UF

PB

1ª Casa, Fagnola

11205/PB

ANAMNESE

Ortopedia paciente vítima de acidente de moto. Apresentando dor em cotovelo direito no exame egi. dor, edema, neurovascular de 20% da ca. solicitada no cotovelo direito.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

CID10

S50.0 - Contusão do cotovelo

Conduta

Em observação

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GOMES em 31/07/2019 14:20:37





Identificação do paciente

ID 1425232	Nome SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	Sexo Feminino
Data de nascimento 08/10/1994	Idade 24 anos, 5 meses, 22 dias	Estado civil Solteira
Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO	Pai MOISES COSTA SOUTO	
Encaminhado por	Responsável (Paciente)	SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO - MAE
DDD Celular 83	Celular 988231817	DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2857922	Nº Cns
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BARRO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO-6

Endereço

CEP 53077130	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA
Número 45	Complemento AP 303	Bairro CUIA	

Admissão

Data e Hora 31/07/2019 14:19:24	Número da pulseira 1000008423947	Cobertura SUS
------------------------------------	-------------------------------------	------------------

Especialidade ORTOPEDIA	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEDIA
	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Causa principal Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transporta		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulsos	Temperatura
----	---	------	--------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 01min 03seg

Imprimir



Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome				CNS		Prontuário	
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO							
Data de Nascimento	Idade	Sexo	Raça / Cor	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
08/10/1994	24A 08/10/20	Feminino	BRANCA				
Nome da Mãe				Nome do Pai			
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO				MONES COSTA SOUTO			
Endereço				Bairro		Cep	
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA				CUJA		58077130	
Município				Telefone Residencial		Telefone Celular	
JOAO PESSOA - PB						(83) 986231017	
Unidade de saúde solicitante				CNS		Telefone	
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEVADOR N. LUIZENA				259282		(83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária	UF	Endereço
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV. TARCISIO BORTY		RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PRSINDI, JOAO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento:		
ALTA MEDICA		
Resultado de exames complementares:		
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 3 DIAS, APRESENTANDO DOR EM COTOVELO DIREITO, REALIZOU EXAME DE RAOGEM, EVILUCIANDO FRATURA DE OLECRANO DIREITO.		
CD, ENCAMINHO AO TRAUMATICA SEGUNDO PACTUAÇÃO.		
CID	Data de encaminhamento	
S90.0	31/07/2019 15:47:10	

Assinatura e carimbo do profissional





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE

o trabalho

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090		
Paciente SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	Nº Cartão do SUS	BE 1160061
Endereço do Paciente Rua FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303, JOAO PESSOA-PB-58077130		

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500 MG -----40 CP
TOMAR UM CP DE 06/06H DURANTE 10 DIAS

2- IBUPROFENO 600 MG-----01CX
TOMAR UM CP DE 12/12H DURANTE 5 DIAS

USO LOCAL

3- CRIOTERAPIA(COMPRESSA COM GELO)
USO LOCAL DE 4/4H NOS PRIMEIROS 2 DIAS

Dr. Juarez Silvestre
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB: 11302

30/07/2019

Data

Dr. JUAREZ SILVESTRE NETO
11302/PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome completo: _____	
Identidade: _____	
Org. Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	Ass. Farmacêutico _____ Data _____





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Sapucaia Lays Umbelino
Santo
usual

Oxigenação oral
L - 01/12/19
por 10 dias

① Maxilar - com
L - 01/12/19
por 5 dias.

③ Visão oral - com
L - 01/12/19
por 10 dias

08/08/19

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 11487

Assinatura e Carimbo

