



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
32795 487	30/07/2020 13:34	<u>2738726_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Olecrânia 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, deficit de força motora do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchinner, 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

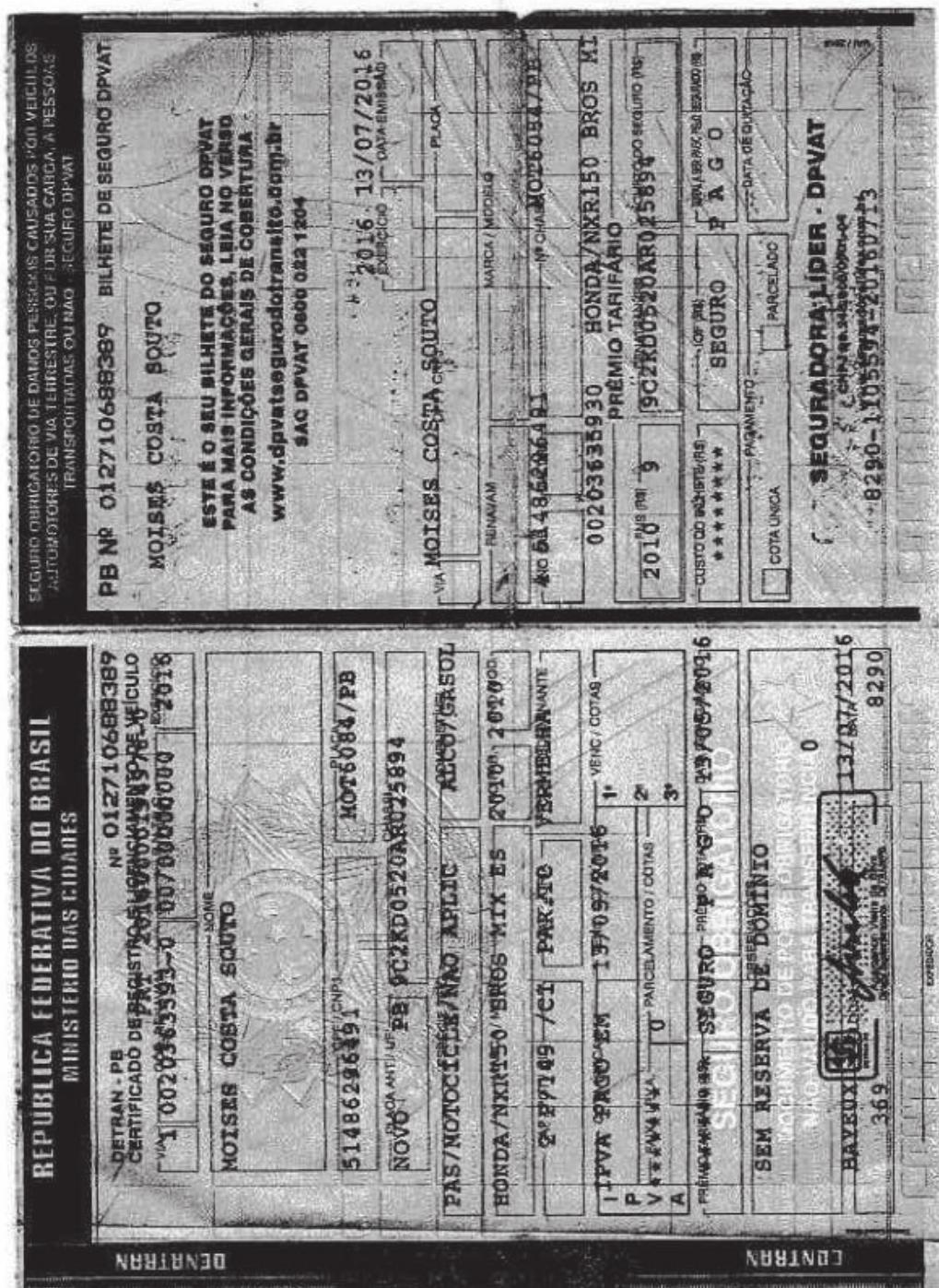
Conduta mantida:

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





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/07/2020 13:34:30
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007301334292130000031404513>
Número do documento: 2007301334292130000031404513

Num. 32795487 - Pág. 2



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. 3



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SEGURO
o trabalho

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

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	Prontuário
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
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			UF/R PB
Endereço				
CEP 58077130	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA	
Número 45	Complemento AP 303		Bairro CUIÃ	
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	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>pt OR, consciente, orientado</i> <i>ssd</i>				
Diagnóstico				CID
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA				Tempo 01min 07seg

Imprimir

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
CEP 58053-900
Tel.: (83) 3218.9242 / 3218.9125

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
SAMU 192
Matr. 629235

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





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:
102.568.864-31 SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

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

5 - Nome completo: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	6 - CPF: 102.568.864-31
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA FERNANDO JORGE BARROS OLIVEIRA 45 AP.303
9 - Número: 45	10 - Complemento: AP.303
11 - Bairro: CUIA	12 - Cidade: JOSÉ PESSOA
13 - Estado: PB	14 - CEP: 59077-130
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (083) 487088728

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1911**

CONTA: **00021398**

AGÊNCIA: **_____** CONTA: **_____**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 Lider, 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? teve filhos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impronta digital da vítima ou beneficiário do documento

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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:
102.568.864-31 SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

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

5 - Nome completo: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	6 - CPF: 102.568.864-31
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA FERNANDO JORGE BARROS OLIVEIRA 45 AP.303
9 - Número: 45	10 - Complemento: AP.303
11 - Bairro: CUIA	12 - Cidade: JOSÉ PESSOA
13 - Estado: PB	14 - CEP: 59077-130
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (083) 487088728

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1911**

CONTA: **00021398**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 Lider, 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? teve filhos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impronta digital da vítima ou beneficiário do documento

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



2^a DSPE

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 N° 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 MOISES 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 RAIOS 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

1/2





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: INTERRUPÇÃO 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



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

Num. 32795487 - Pág. 10



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

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

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

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguidora Eider-DFVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/07/2020 13:34:30
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007301334292130000031404513>
Número do documento: 2007301334292130000031404513

Núm. 32795487 - Pág. 11



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, contados 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 n° 15181543



00515/000516 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/07/2020 13:34:30
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073013342921300000031404513>
Número do documento: 20073013342921300000031404513

Núm. 32795487 - Pág. 12

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



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. 13

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/07/2019

Titular do CPF: SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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. 15

**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 - Cuiá - 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 Olecrâneo 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 antebraco deficit de força motora do cotovelo direito.

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

[] 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 sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] 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



- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____	CPF DA VÍTIMA _____	
DATA DO ACIDENTE _____		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VÍTIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARÂMETROS COM A VÍTIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR	_____ BAIRRO _____	_____ TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
Nº _____ COMPLEMENTO _____	UF _____	() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
CIDADE _____	CEP _____	() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
E-MAIL _____	TELEFONE () _____	() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE () 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA
SIMPLES E LEGÍVEL)

- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE
CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 RECEITÁRIO 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, Tais 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 REVISTA NA LEI 6.194/74.
• 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 FORMULARIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO.
• PARA COMPENSAR DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR
VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____	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 Olecrânia 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, deficit de força motora do cotovelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico osteossíntese com placa e parafusos e fio de Kirchinner, 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



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIREÇÃO TÉCNICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	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:		
<p>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 contuso em antebraço e cotovelo D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.</p>		
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:		
TC do crânio TC da coluna dorsal + lombo-sacra RX do tórax + bacia - AP RX da coluna - AP e Obliquo RX do ombro D - AP e Obliquo 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-PB 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.		





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. 21



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. 22

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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



João Pessoa/PB, 16 de


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

SAYONARA LAYS UMBELIN
Noticiante

Procedimento Policial: 09356.01



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. 23

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
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

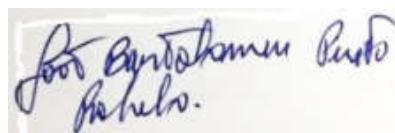
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

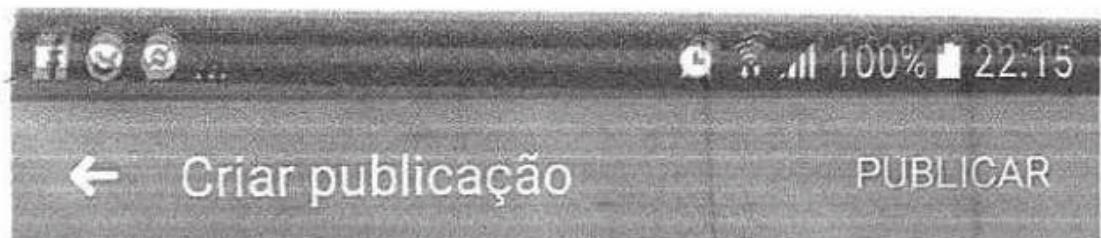
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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





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 LZN-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





AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	1180061	29/07/2019 16:59:38	2019-07-30 01:00:59.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/10/1994	24a 9m 21d	Feminino	(83) 988231017
Mãe			Prontuário
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	CUÍA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	4417/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
29/07/2019 16:59:38		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= PLANÔ, FLÁCIDO, INDOLOR A 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 CEFALÉIA OU CERVICALGIA. AO EXAME:GLASGOW 15,SEM DEFÍCIT MOTOR,ESCORIAÇÕES NOS OMBROS,EUPNEICA,HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. CD:TC DE CRANIO, COLUNA DORSAL E COLUNA LOMBAR.
(29/07/2019 19:52:44-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

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

tce leve ecg 15 sem déficit focal c/ de crânio normal ct coluna normal cd: liberado da ncr
(29/07/2019 20:43:02-ALEXANDRE BARROS DA GONCALVES DA SILVA)

CIRURGIA GERAL PACIENTE APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSAEM ANTEBRAÇO DIREITO CD:1- REALIZO SUTURA 2- INFORMO SOBRE SORO E VACINAÇÃO ANTITETÂNICA 3- ORIENTAÇÃO SOBRE CUIDADOS GERAIS
(30/07/2019 01:01:03-JUAREZ 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)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

TOMOGRAFIA 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. Juarez Silvestre
Médico Residente
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

Num. 32795487 - Pág. 27

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



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. 28



29% 10:04

Acessibilidade: A+ A- ⚡ ⚡ ⚡ ⚡ ⚡ ⚡

NOTÍCIAS | FALE CONOSCO | OUVIDORIA | ESTATÍSTICAS



Informações sobre o veículo

Placa: LZN-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



AG. SUTURA



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	1180061	29/07/2019 16:59:38	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
09/10/1994	Feminino		(83) 988231017
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO	CUIÁ	JOÃO PESSOA	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	TORIBIO GOMES PEREIRA	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
VEÍCULO X MOTO		29/07/2019 19:52:44	6350/PB
Data/Hora Classificação			
29/07/2019 16:59:38			

ANAMNESE

PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA ALTA DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

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

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/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

Num. 32795487 - Pág. 30



31% 10:02

Acessibilidade: A+ A-



NOTÍCIAS | FALE CONOSCO | OUVIDORIA | ESTATÍSTICAS



Informações sobre o veículo

Placa: CNR-2368

**Espécie/ Tipo: TRA /
CAMILHAO 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





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		Telefone de Contato
09/10/1994	24a 9m 21d	CNS	(83) 988231017
Mãe			Prontuário
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO			
Endereço	Bairro		UF
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	CUIÁ		PB
Acidente	Motiva	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALEXANDRE BARROS DA GONÇALVES DA SILVA	4988/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
29/07/2019 16:59:38		29/07/2019 21:43:32	

ANAMNESE

Ice leve ecg 15 sem déficits focais ct de crânio normal ct coluna normal cd: livre da ncr

Conduta

Em observação

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

ALEXANDRE BARROS GONÇALVES DA SILVA
(PB)

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



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 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	Sexo		Telefone de Contato
09/10/1994	Feminino	CNS	(83) 588231017
Mãe	Bairro		Prontuário
SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO	JOAOPESSOA		
Endereço	Profissional		UF
FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO		PB
Acidente	Data/Hora Prescrição		Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	29/07/2019 17:25:53		4417/PB
Data/Hora Classificação			
29/07/2019 16:59:38			

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 PREVIAS 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 (MGTSIM)

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 ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR DIREITA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COTOVelo DIREITO

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

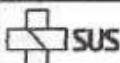
SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-PB 4417
Deelly

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO

(: 4417/PB)

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



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
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:

3 - NOME DO PACIENTE

Gaynorize Lays Vanoberto Costa

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

Masc Fem

Nº DO TELEFONE

10 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

Fixa ferigia na Motora

20

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

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

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ex de fibromio

34 - CID PRINCIPAL

552-0

35 - CID 10 SECUNDÁRIO

36 - CID 10 CHUBAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

- Geral da ADL
- Forte fadiga muscular

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Trof. 10

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/11/14

40 - ASSINATURA E CARRISMO (P/ REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Vanomark
Neumatalogia
CRM - PB 9080
1570 - 1670

41 - DOCUMENTO

I CNS I CPF

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

10191729191151911111

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

I CNS I CPF

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

45 - IP DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

46 - DOCUMENTO

I CNS I CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

I CNS I CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/11/14

49 - ASSINATURA E CARRISMO (P/ REGISTRO DO CONSELHO)

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

51 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

52 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

53 - CNES





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

GOVERNO
DA PARAÍBA
SEGUE
o trabalho

Paciente	SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	RAE	1150465	Data/Hora Entrada	31/07/2019 14:19:34	Data saída	2019-07-31 15:47:10.0
Data de nascimento	03/10/1994	Idade	24a 9m 22d	Sexo	CNS	Telefone do Consultório	(63) 988231017
Mãe	SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO		Feminino			Prontuário	
Endereço	FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303	Bairro:	CURA	Município	JOÃO 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

Motopedia paciente vítima de acidente de moto, apresentando dor em cotovelo direito ao relatar: rigidez, dor, edema, neurovascular ok, 3/3, t. ok, cr. solicita rx de cotovelo direito.

CID10

S50.0 - Contusão do cotovelo

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta

Usuário
JANSEN
HENRIQUES
CEZARINO

Observações:

Motivo de Alta
ALTA MÉDICA
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 TRAUMBNHA SEGUNDO PACTUAÇÃO.

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

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





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

O
IBA

SEGUE
o trabalho

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 499765

Nome

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

Data de Nascimento

03/10/1994

Nº Boletim Emergência
1180468

Prontuario

Material a examinar

Data Prescrição:

31/07/2019 14:34:48

Data Birth

Telêmaco Borba
(31) 988231017
Prontuario

LUF

PB
Nº Cons. Regional
11385/PB

CEZARNO

demissão neurovascular cr., admissível.
exame: radiografia de cotovelo direito

COTOVelo
31 07 19

15:00

DR

Reimpresso por:

dia:

DUES CEZARNO
11385/PB

Assinatura e Carimbo do Profissional

Procurador designado para receber os documentos judiciais



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. 36

MARELA

Direção: 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:

24a 3m 22d

Sexo:

BAE
1160056

Sexo:

Feminino

Data/Hora Entrada:
31/07/2019 14:19:34

CNS:

Data Saída:

Telefone de Contato:
(83) 988231617
ptcontato@pb.gov.br

Mês:

SANDRA FIDÉLIS UMBELINO SOUTO

Endereço:

FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA, 45 - AP 303

Acidente:

OUTROS

Data/Hora Classificação:

31/07/2019 14:19:34

Bairro:
CUIA

Município:

JOAO PESSOA

Profissional:

JANSEN HENRIQUES CEZARINO

Data/Hora Previsão:

31/07/2019 14:34:48

UF:

PB

TV: Cons. Regional:
11265/PB

ANAMNESE

Ortopedia paciente vítima de acidente de moto, apresentando dor em cotovelo direito no exame: esp. dor, edema, hipertermia muscular, edema da mão, solicita rx do cotovelo direito.

EXAME DE IMAGEM

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

CID10

S50.0 - Contusão do cotovelo

Conduta

Em observação

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM-PB 11385

SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO

JANSEN HENRIQUES CEZARINO

(CRM: 11385/PB)

Boleto registrado por: MARNIELE JANA/NA DA COSTA GOMA em 31/07/2019 14:20:37





Identificação do paciente

ID 1425232	Nome SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO		Sexo Feminino
Data de nascimento 09/10/1994	Idade 24 anos 5 meses 22 dias	Estatuto civil	Religião
Mae SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO	Pai MOISES COSTA SOUTO		
Endereço	Residência (Parental) SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO - MAE		
DDD Celular 83	Celular 988231817	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2657922	Nº Civil	
Local de procedimento ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CEP/UF	

Endereço

CEP: 55077130	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA
Número 45	Complemento AP 203	Bairro CUIA	

Admissão

Data e Hora 31/07/2019 14:19:34	Número da placa 1000008423947	Cod. Paciente SUS
------------------------------------	----------------------------------	----------------------

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

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída Não	Voo de ambulância Não	Totalma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

P脉 X	medig	Pulso	Temperatura
---------	-------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Unha []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Diagnóstico						

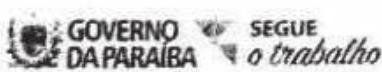
Assinado por
MARINIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Imprimir

003

Tempo
01min 03seg





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome SAYONARA LAYS UMBELINO SOUTO	CNS	Preatuário					
Data de Nascimento 09/10/1994	Idade 24A 0M 1D	Sexo Feminino	Raça / Cor BRANCA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe SANDRA FIDELIS UMBELINO SOUTO	Nome do Pai MONIQUES COSTA SOUTO						
Endereço FERNANDO JORGE BARROS DE OLIVEIRA	Bairro CUIABA				Cep 58677133		
Município JOÃO PESSOA - PB	Telefone Residencial			Telefone Celular +55 83 988231017			
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUXEMBURGO	CNS LS99424			Telefone +55 83 32165700			

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOI TARCISO RIBOLLY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, 5-N MANGABEIRA PROSÍNCIA, JOÃO 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 IMAGEM, EVOLUINDO FRATURA DE OLECRANO DIREITO. CD, ENCAMINHO AO TRAUMA NA SEGUNDA PACTUAÇÃO.		
CID S50.9	Data de encaminhamento 31/07/2019 15:47:10	

Assinatura e carimbo do profissional



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUINTE 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 1180061
--	------------------	---------------

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

Nome completo: _____

Identidade:

Org. Emissor:

Endereço:

Cidade: _____ UF: _____

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Sayonara Lays Umbelino
Sento
secoal

Ocupação: casada
Lugar: org. 1216
por 10 dias

① Maxiclidose - com
tarja org. 1216
10 dias.

③ Kisade 0,1% - com
tarja org. 8186,
10 dias

Eduardo P. Lyra
CRM 11487
Assinatura e Carimbo

