



Número: **0803837-46.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **28/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
KARLA ANDREA DO NASCIMENTO (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36513592	11/11/2020 09:52	<a href="#">2763608_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009132

Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

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 15334272







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200009132**

**Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 28/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), KARLA ANDREA DO NASCIMENTO**

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 quadril 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: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000003487**

**Conta: 0000047247-5**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

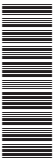
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01369/01370 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030685







## 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: 034 445 734 69 4 - Nome completo da vítima: Karla Andreia do Nascimento

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

5 - Nome completo: Karla Andreia do Nascimento 6 - CPF: 034 445 734 69  
7 - Profissão: Aposentada 8 - Endereço: Rua Kelly Pereira de Lima 9 - Número: 196 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 08000-000  
15 - E-mail: carinha\_gil@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (11) 3398812056

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL 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) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0487 CONTA: 47247 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 3.924/74, 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 (a) (nascido)? ☐ 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 aos seus 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 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 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, 23 de dezembro de 2015

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Karla Andreia do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 13900.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13900.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:16 horas do dia 05 de dezembro 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 Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Karla Andrea do Nascimento**, CPF nº 034.445.734-64, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agente Socioeducativa, filho(a) de Maria Jose da Silva e Jose Antonio do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/01/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nelly Pessoa Lima, Nº 198, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência 198 Casa, na cidade de João Pessoa/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Cidade Verde, Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/12/18 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 28/12/2018, POR VOLTA DAS 10:00, ESTAVADE CARONA NA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q PIIQENIX DE COR PRETA, ANO 2014/15, PLACA QFT-5683/PB, CHASSI LXYCBBL05F0245459, NA OCASIÃO QUEM PILOTAVA A MOTO ERA A PESSOA DE CELIA MARIA SOARES, PORTADOR DO CPF: 012.127.05483, QUE ESTAVAM NA RUA EROTILDES BULHÕES PINHEIROS, CIDADE VERDE, MANGABEIRA VIII, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DO VEICULO NISSAN FRONTIER DE COR PRETA E PLACA MNU-4476/PB, O SENHOR VICENTE BRASIL DE OLIVEIRA JUNIOR, PORTADOR DO CPF 726.248.764-72, QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDÁRIA, NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE O MOTORISTA DA FRONTIER FICOU NO LOCAL APENAS 20 MINUTOS E APÓS ISSO FOI EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O H.E.T.S.H.L ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID 10 73.0 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. BRUNO DE LUNA ROMA, QUE A NOTIFICANTE TAMBÉM APRESENTOU ATESTADO MÉDICO, DATADO DE 07/05/2019 QUE SEGUE ANEXO s10 32 + s72.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 13900.01.2019.1.00.401





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

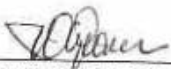


**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



Secretaria de  
Segurança

João Pessoa/PB, 05 de de

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
KARLA ANDREA DO NASC  
Noticiante



Procedimento Policial: 13900.01.20







## 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: 034 445 734 69 4 - Nome completo da vítima: Karla Andreia do Nascimento

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

5 - Nome completo: Karla Andreia do Nascimento 6 - CPF: 034 445 734 69  
7 - Profissão: Aposentada 8 - Endereço: Rua Kelly Pereira de Lima 9 - Número: 196 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 08000-000  
15 - E-mail: cinthia\_gil@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (11) 3398812056

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL 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) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 03487 CONTA: 47247 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 3.924/74, 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 (ainda não nasceu)? ☐ 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 aos seus 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 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, 23 de dezembro de 2015

Karla Andreia do Nascimento  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 24/01/80

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.132.275

Nº PRONTUÁRIO 113.127

DATA DO ATENDIMENTO 28/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:12

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CABEÇA DO FEMUR D + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL D

CID 10 S 72.8 + S 73.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e contusão no quadril D e raiz da coxa D + dificuldade e restrição dos movimentos do membro inferior D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da articulação coxo-femural D - AP

RX do joelho D - AP e P

### TRATAMENTO:

Fratura da cabeça do femur D + luxação da articulação do quadril D aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e redução incruenta da luxação do quadril D pela equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 03/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/08/19

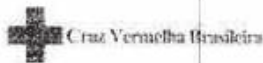
DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM: 2516

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.







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1132275



Identificação do paciente						
ID 1360161	Nome KARLA ANDREA DO NASCIMENTO		Sexo Feminino			
Data de nascimento 24/01/1980	Idade 38 anos 11 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Pai JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO		Responsável (Parentesco) CARLOS ANTONIO DO NASCIMENTO - IRMAO(A)			
Escolaridade	DDD Móvel 63		Fone Móvel 967409213	DDD Fixo Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2562697	Nº Cns				
Local de procedência MANGABEIRA VIII	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58055000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSEFA TAVEIRA			
Número 185	Complemento R NELY PESSOA LIMA	Bairro MANGABEIRA				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 26/12/2018 13:12:05	Número da pulseira 100007119216	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA x	mmHg	Pulso	Temperatura			
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
<p>Dados clínicos</p> <p>Último de paciente foi moto x carro este acidente causado pelo SUS, dor em região da cabeça e entorpecida fl o CPJ</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA</p> <p>CID</p> <p>Tempo 39seg</p>						

Imprimir

Imprimir

28/12/2018 15:11





# 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:	16/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

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

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000047247-5

---

---

Nr. da Autenticação 3A3E4C8305AE19D5





MARIA JOSE DA SILVA  
RUA NELLY PEÇOSA DE LIMA, 128 - MANGABEIRA  
JOÃO PESSOA / PB CEP 58000-000 (A/S 1)

Ligação MONOFÁSICO  
Código RES-MTC-81 / RESIDENCIAL-RESIDENCIAL  
Roteiro 9 - 5-134 - 125 Referência Mar/2019  
Medidor 00002711595 B-1000 15/03/2019



ENERGISA PARA O CLIENTE DE ENERGIA  
B-200, Av. 25 - Cód. Residência: João Pessoa - PB - CEP 58001-600  
CNPJ 06.925.122/0001-81 Ins. Est. 18.015.0000

Nota Fiscal / Cotação Energia Semestral 1000 128  
Cód. para Dts. Automação: 0006406429

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	15/03/2019	15/04/2019	260.919.904.00 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/408543-9

Canal de contato

Com a leitura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle do seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de leitura e cobrança. Entre em contato com um dos nossos canais e saiba a mais.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/02/19	Leitura 25921	Data 15/03/19	Leitura 25607	
CO - Conto				222
0001 - Conto				100
0001 - Conto				100
TOTAL				
TRANSAÇÃO		VALOR	CÓDIGO	
BAIXA NFC		34,75	315043	
SANFAMENTO		68,24	315045	
ENERGIA		255,04	315048	
TOTAL:		R\$358,03		
RECEBIDO:		R\$0,00		
A RECEBER:		R\$358,03		
03ABR2019 12:45:46				
LOTERICA: 13.023624-1				
TERMINAL: 60612				

Indicadores de Qualidade				Condição de Tensão		
Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)		Descrição	Valor (V)	%
DIA MENSAL	5,00	NOMINAL	220	Limite inferior da Tensão	210,00	95,45
15 DIAS	5,00	NOMINAL	220	Limite superior da Tensão	230,00	104,55
1 MINUTO	5,00	NOMINAL	220	Somatório de Tensões	220,00	100,00
15 MINUTOS	5,00	NOMINAL	220	Limite inferior da Tensão	210,00	95,45
1 HORA	5,00	NOMINAL	220	Limite superior da Tensão	230,00	104,55
1 DIA	5,00	NOMINAL	220	Somatório de Tensões	220,00	100,00
1 MÊS	5,00	NOMINAL	220	Limite inferior da Tensão	210,00	95,45
1 ANO	5,00	NOMINAL	220	Limite superior da Tensão	230,00	104,55
10 ANOS	5,00	NOMINAL	220	Somatório de Tensões	220,00	100,00
ATENÇÃO				Total	265,04	100,00

- Leitura confirmada

Patrono em atraso







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 24/01/80

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.132.275

Nº PRONTUÁRIO 113.127

DATA DO ATENDIMENTO 28/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:12

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CABEÇA DO FEMUR D + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL D

CID 10 S 72.8 + S 73.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e contusão no quadril D e raiz da coxa D + dificuldade e restrição dos movimentos do membro inferior D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da articulação coxo-femural D - AP

RX do joelho D - AP e P

### TRATAMENTO:

Fratura da cabeça do femur D + luxação da articulação do quadril D aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e redução incruenta da luxação do quadril D pela equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 03/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/08/19

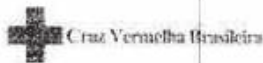
DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM: 2516

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.







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1132275



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 1360161	Nome KARLA ANDREA DO NASCIMENTO		Sexo Feminino			
Data de nascimento 24/01/1980	Idade 38 anos 11 meses 4 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Pai JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CARLOS ANTONIO DO NASCIMENTO - IRMÃO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 967409213	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2562697	Nº Cns				
Local de procedência MANGABEIRA VIII	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58055000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSEFA TAVEIRA			
Número 189	Complemento R NELY PESSOA LIMA	Bairro MANGABEIRA				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 26/12/2018 13:12:05	Número da pulseira 100007119216	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
<b>Sinais Vitais</b>						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
<p>Dados clínicos</p> <p>Urtinas de paciente fe macho e como este infante fuzido pelo SUS, dor em região da cabeça e envenenada p/ o CPD</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA</p> <p>Tempo 39seg</p>						

Imprimir

Imprimir

28/12/2018 15:11







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>KARLA ANDREA DO NASCIMENTO</b>	BAE <b>1132275</b>	Data/Hora Entrada <b>28/12/2018 13:12:05</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/01/1980</b>	Idade <b>38a 11m 4d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA JOSE DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 987400213</b>
Endereço <b>JOSEFA TAVEIRA, 189 - R NELY PESSOA LIMA</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>28/12/2018 13:12:05</b>		Data/Hora Prescrição <b>28/12/2018 16:01:17</b>	

**Anamnese**

Redução inconsciente de luxação do quadril direito feito por Dr. Raiff

CD: solicito raio x controle  
internação hospitalar orientado por Dr. Raiff**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

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

Diluir

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

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRON 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS &gt; 160 OU PAD &gt; 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS &gt; 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTS)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SE HGT &lt;60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTS)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTS)

**CUIDADOS**

CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

Boletim Informativo do CIP - MARCELE TANAKA DA COSTA CAMA em 28/12/2018 13:12:44

HGT 6/6HS



<b>FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA</b>	
INSULINA REGULAR CONFORME HGT	
SSVV + CCGG	
<b>EXAME LABORATORIAL</b>	
COAGULOGRAMA COMPLETO	
CREATININA	
GLICOSE	
HEMOGRAMA COMPLETO	
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)	
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)	
IONOGRAMA	
UREIA	
<b>EXAME DE IMAGEM</b>	
RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP)	
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PERFIL CROSS-TABLE)	
<b>CID10</b>	
<b>Código</b>	<b>Descrição</b>
S73.0	Luxação da articulação do quadril
<b>Conduta</b>	
Internar Paciente	

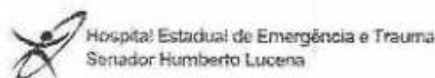
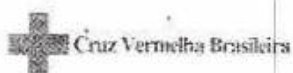
Dr. Bruno de Luna Roma  
MÉDICO  
CRM-PB 10075

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)







AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>KARLA ANDREA DO NASCIMENTO</b>	BAE 1132275	Data/Hora Entrada 28/12/2018 13:12:05	Data Baixa
Data de nascimento 24/01/1980	Idade 38a 11m 4d	Sexo Feminino	CNS
Mãe <b>MARIA JOSE DA SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 987400213
Endereço <b>JOSEFA TAVEIRA, 189 - R NELY PESSOA LIMA</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE CARLOS MARQUES</b>	Nº Cons. Regional <b>2102/PB</b>
Data/Hora Classificação 28/12/2018 13:12:05		Data/Hora Prescrição 28/12/2018 13:45:47	
<b>Anamnese</b>			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO CONSCIENTE ORIENTADO, REFERINDO DOR NO QUADRO REITO E DIFICULDADE DE MOVIMENTAR			
TÓRAX E ABDOME NDN			
MMSS NDN			
MMII DOR E EDEMA COXA DIREITA			
<b>EXAME DE IMAGEM</b>			
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR DIREITO			
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)			
<b>CID10</b>			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
<b>Conduta</b>			
Em observação			

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Dr. José Carlos Marques  
CRM 2102  
JOSE CARLOS MARQUES  
(2102/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 28/12/2018 13:12:44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451>

Número do documento: 20111109520220300000034857451





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Karla Andreia do Nascimento BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino (X) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Redução imediata de luxação do quadril (D)  
Cirurgião: Dr. Raíssa Leite 1º Assistente: Dr. Flávio Fomiga  
2º Assistente: Dr. Bruno Romão Rê 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>luxação do quadril (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução imediata de luxação do quadril (D)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bruno Romão Rê  
MÉDICO  
CRM-PB 10075

João Pessoa, 23/12/2018

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

FNG/ASCIR.009-1





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDA sob anestesia

Incisão:

sem incisão

Achados:

luxação do quadril (D)

Conduta:

Feito manobra de redução para  
luxação do quadril (D)

Fechamento:

Observação:

Reu e W. S. M.

Dx Bruno de Luna Romo  
MÉDICO  
CRM-PB 10022

João Pessoa, 28/12/2018

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





HISTÓRICO

## FICHA DE ANESTESIA

FRONTUÁRIO: 1132275

PACIENTE: Maria Prober SEXO: F COR: F IDADE: 55

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 60 GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO: (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES: RAI-X de Tórax AP. RESPIRATÓRIO: 18 AP. CIRCULATÓRIO: 60

AP. DIGESTIVO: Boa ESTADO MENTAL: Boa DROGAS EM USO: Insulina

PRÉ-ANESTÉSICO: 100mg DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Diabetes Mellitus

CIRURGIA REALIZADA: Proctotomia CIRURGIÃO: Dr. João AUXILIARES: TIA

INÍCIO DA ANESTESIA: 15:45 TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:00 VALORES RS: 76

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 16.00 QUANT. DE CH: 16.00 ANESTESISTA: João CPF: 16.00 CRM-PB: 76

ANESTESIA	RESPIRATÓRIO	CIRCULATÓRIO	DIGESTIVO	MENTAL	OUTROS
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102

ANESTESIA: AB TÉCNICA: AB ☐ ANESTESIA GERAL ☐ SEDATIVA ☐ REGIONAL ☐ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOSO ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

DESTINO DO PACIENTE: ☐ AMB ☐ SUPERMERCADO ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

SIGNATURAS: João João

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02

Num. 36513592 - Pág. 18





Nota de Sala Cirúrgica



HISTÓRICO

**Nome do Paciente:** Karla Andreia do Nascimento

**Idade:** 38 anos **Sexo:** F **Identificação:** 132235 **Leito:** Urgência

**Cirurgia:** TC Redução e encurtamento de Aquilão Direito

**Procedimento:** Dr. Thiago + Dr. Faria + Dr. Bis. Bruno

**Anestesia:** Geral

**Anestesiologista:** Dr. Tadeu

**Instrumentador:**

**Data:** 28/12/18 **Tempo Cirúrgico - Anestesia Início:** 15:30 **Tempo Cirúrgico Início:** 15:40 **Tempo Cirúrgico Fim:** 16:00

**Índice de Risco de Hemorragia - ASA (American Society of Anesthesiologists):** ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)

**Gravidade de Contaminação:** ( ) Limpas ( ) Contaminada ( ) Infectada ( ) Potencialmente Contaminada

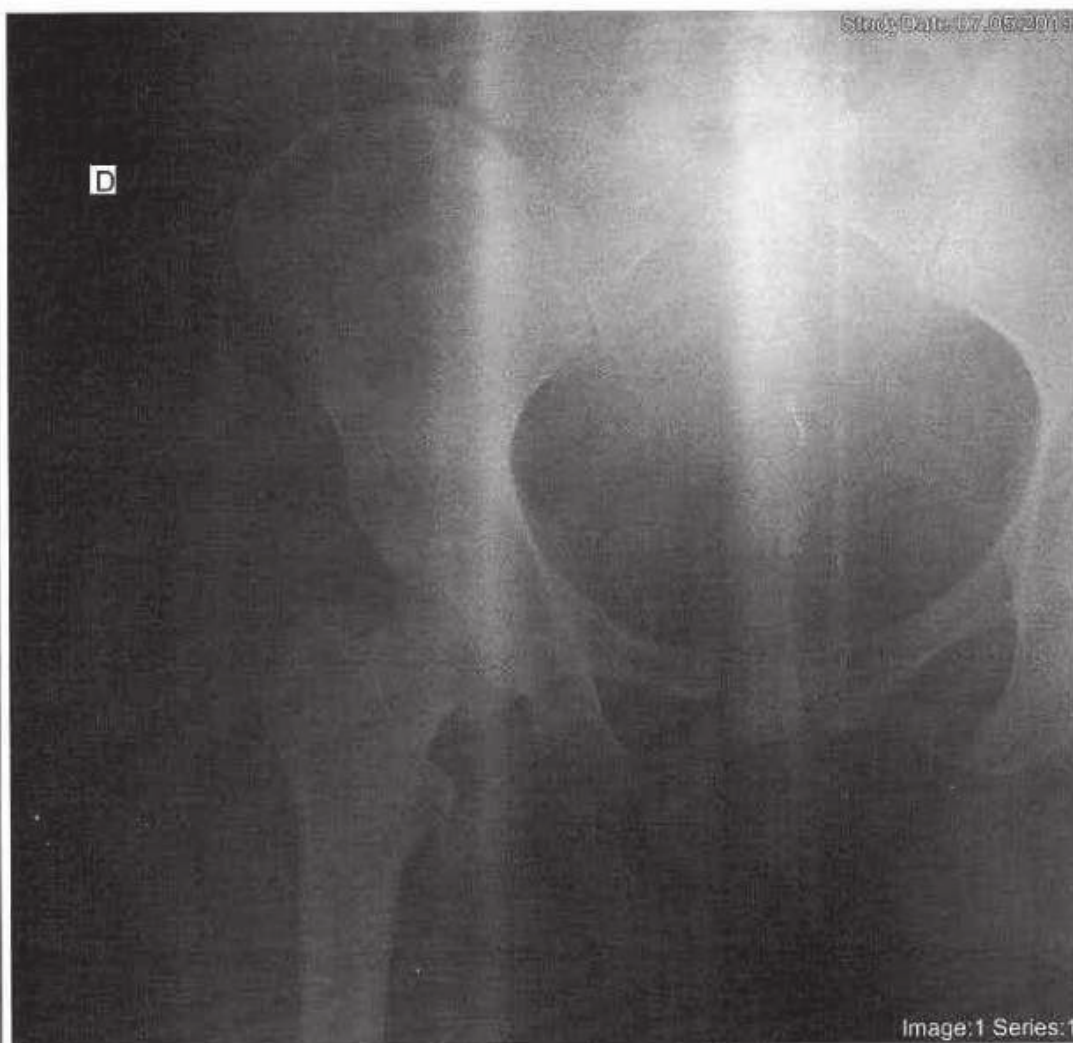
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI N°1		FIO DE NYLON N°	
FENORBITAL		LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°	
PENTANIL		LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATÔMO		FIO POLIGLACTINA N°	
ROPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
ROPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO N°	
ROPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA ESTERIL N°0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTERIL N°1		FIO POLIGLACTAPRONE N°	
MIDAZOLAM		LUVA ESTERIL N°0		FIO SEDA N°	
MORFINA		LUVA ESTERIL N°1		FITA CARDÍACA	
NIMETUM		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCLORÓNDIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓFOL		SCALP N°19		CLIP TITÂNIO CIGADURA	
RAMPENTANIL		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS		BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂMULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL N°		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL N°17		EMPRESA	
DENAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		PARAFUSOS CORTICAIS	
BIF. A SÓDICA		CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEVINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDAS ENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASTIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		( ) ASPIRADOR	
PROTARINA		ESPONJA DE PVZ		( ) BISTURI ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		( ) CAPNOGRÁFO	
		GAZES		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODOADAS		( ) DESFIBRILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°14		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO N°16		( ) MICROSCÓPIO	
				( ) OXÍMETRO DE PULSO	
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRURGIANTE	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02

Forma de Impressão: COPIAR 1001 1001



PatientID:	000000084273	Sex:	Feminino
PatientName:	KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	BirthDate:	24.01.1980
		Age:	39a.



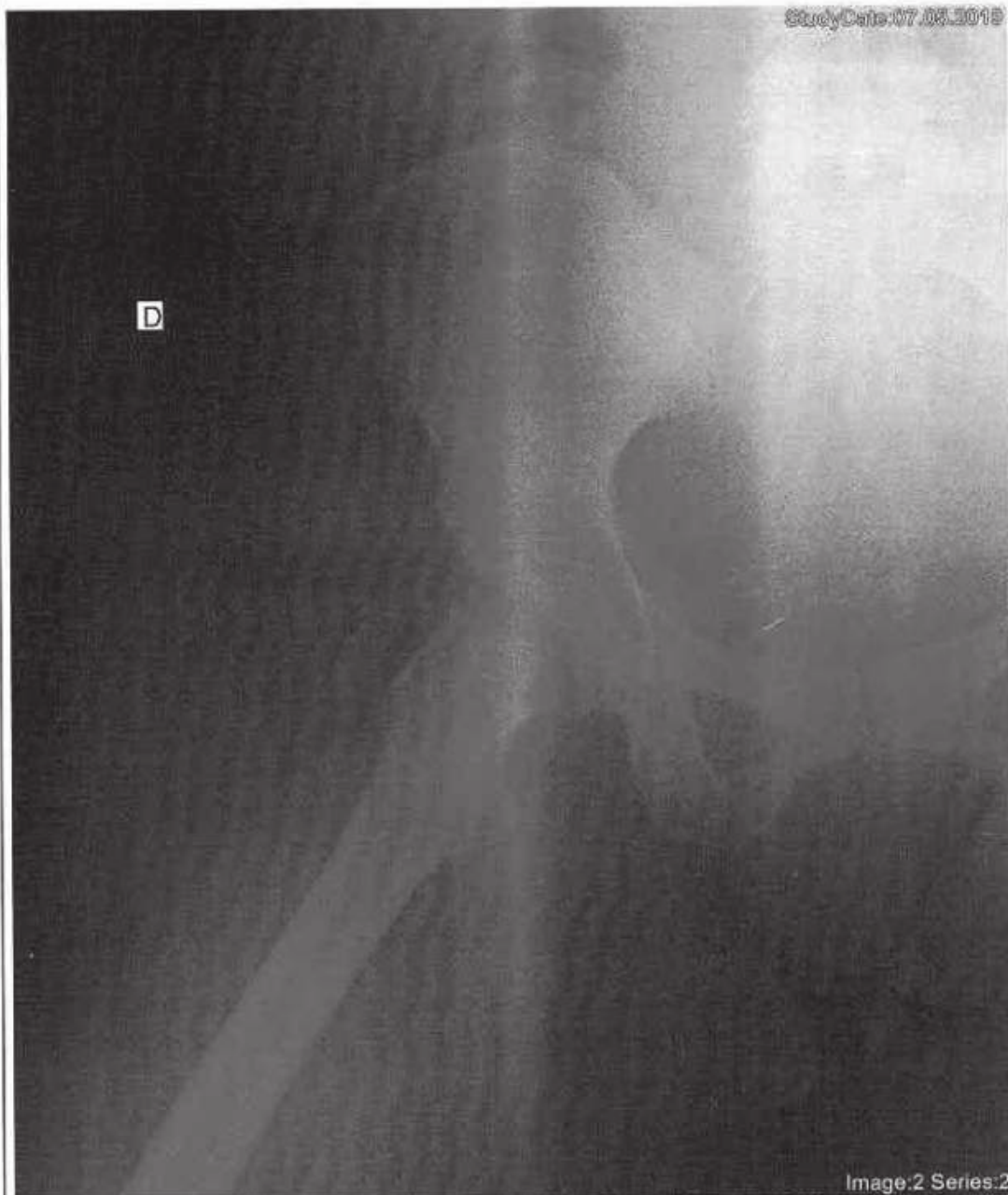
HTOP





PatientID: 000000084273  
PatientName: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Sex: Feminino  
BirthDate: 24.01.1980  
Age: 39a.



HTOP





PatientID: 000000084273  
PatientName: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Sex: Feminino  
BirthDate: 24.01.1980  
Age: 39a.

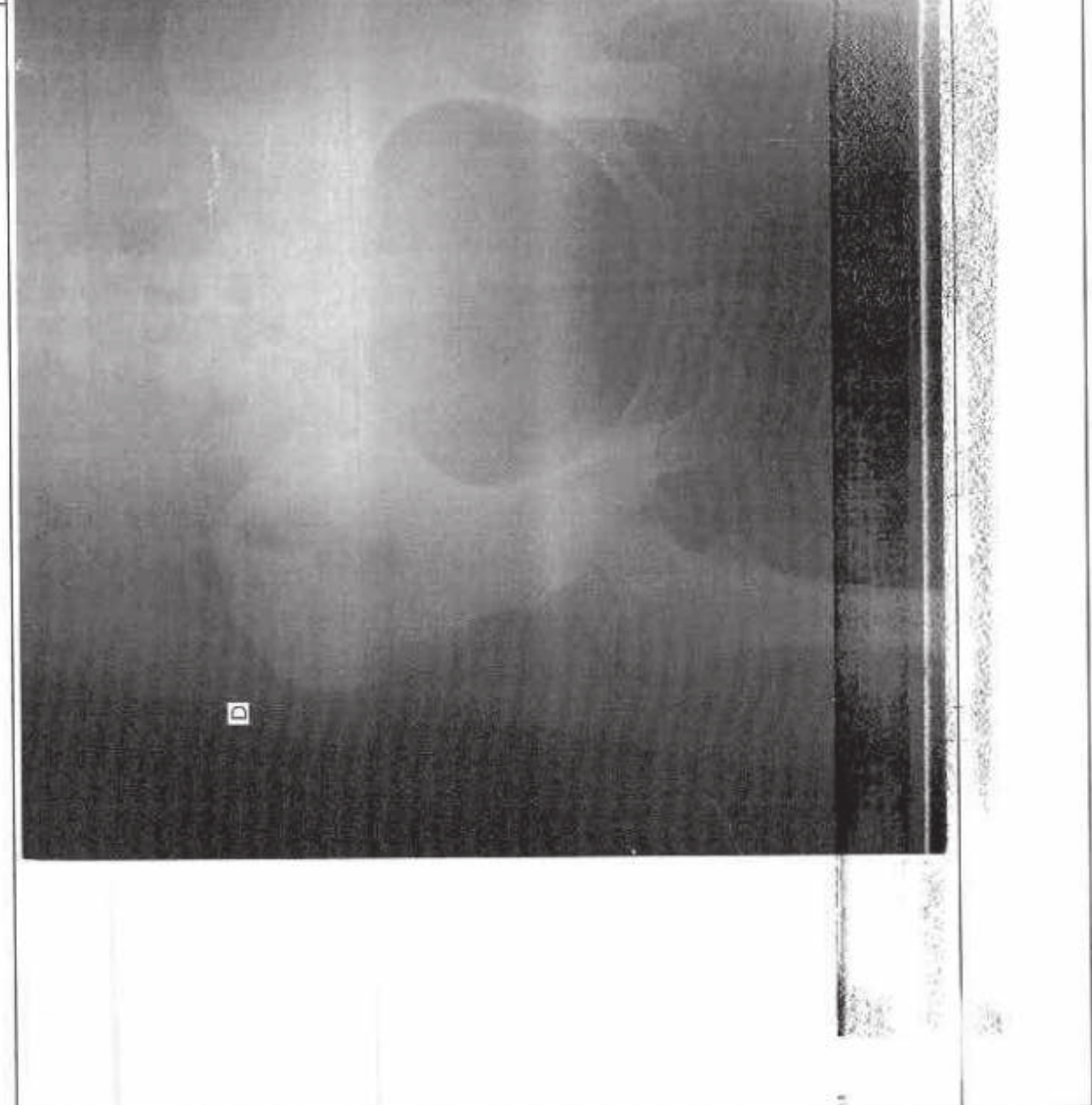


Image:2 Series:2

HTOP





PatientID: 000000084273 Name: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	Sex: Feminino BirthDate: 24.01.1980 Age: 39a.
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>StudyDate: 12.02.2019</span> <span>HTOP</span> </div> 	







Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932082897

Data Nasc: 24/01/1980 - 39 anos

Paciente: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data Exame: 10/05/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUADRIL DIREITO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

→ Fratura na cabeça do femur e bordo postero inferior do acetabulo ←

Não há aumento significativo do líquido intra-articular no quadril.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 11/05/2019 06:36.*

Dra. Galba L. O. Aquino

CRM: 5820







Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831801483

Data Nasc: 24/01/1980 - 38 anos

Paciente: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data Exame: 29/12/2018

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Fratura na cabeça do fêmur direito.

As demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Não há aumento significativo do líquido intra-articular no quadril.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 30/12/2018 23:43.*

Dra. Galba L. O. Aquino  
CRM: 5820





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
CARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DOC. CONTINENTE / OFIC. EMISSOR UF  
2562697 SSP PB

CPF  
034.445.734-64 DATA NASCIMENTO  
24/01/1980

RELAÇÃO  
JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO  
MARIA JOSE DA SILVA

PROVAÇÃO  
ACQ  
GEMMA  
AB

MT. EXERCÍCIO  
06187021478 VALIDADE  
30/09/2018 1ª HABILITACAO  
25/09/2014

OBSERVAÇÕES

*Carla Andrea do Nascimento*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO  
22/10/2015

90636328355  
PB031531482

DETRAN - PB (PARANÁ)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169653660

PROBANDO PLASTIFICAR  
1169653660





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009132 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** KARLA ANDREA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/12/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DE CABEÇA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6 P7 P9)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

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





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008303/20

**Vítima:** KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

**CPF:** 034.445.734-64

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 28/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**KARLA ANDREA DO NASCIMENTO : 034.445.734-64**

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](http://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: 08/01/2020  
Nome: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO  
CPF: 034.445.734-64

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

