



Número: **0806577-74.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/09/2020**

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	
VERONICA DE ARAUJO GOMES (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36513 552	11/11/2020 09:44	2763609_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221182

Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VERONICA DE ARAUJO GOMES

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,

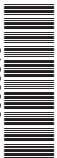
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15880976

Pag. 00619/00620 - carta_01 - INVALIDEZ

00030310





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, 05 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200221182

Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 27/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VERONICA DE ARAUJO GOMES

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 joelho 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: **VERONICA DE ARAUJO GOMES**

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

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000046987-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01119/01120 - carta_15R - INVALIDEZ

00020560



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:44:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109445161700000034856962>

Número do documento: 20111109445161700000034856962



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:

993.081.774-34 Verônica de Araújo Gomes

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

5 - Nome completo:

Verônica de Araújo Gomes

6 - CPF da vítima:

993.081.774-34

7 - Profissão:

Agua Fria

8 - Endereço:

R. Agostinho Fonseca Neto

9 - Número:

370

10 - Bairro:

Agua Fria

11 - Cidade:

João Pessoa

12 - Estado:

PB

13 - Telefone:

8073-470

14 - E-mail:

(83) 98663-4900

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:

3487

CONTA:

46987

3

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prescrição concordando 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grande 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 seguro(s) vida(s)?

☐ 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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 19/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



329 341081830-0

05/NOV/2019 HORA DA: 16:37:

LOT. 13.004597-7 TERM 01800

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 3487 CONTROLE: 32948024

CUMPRANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: VERONICA DE ARAUJO GOMES

AGENCIA: 3487

OPERACAO: 013

CONTA PV: 000.000.040.987-3

DATA DA ABERTURA: 25/11/2019

LOTERIAS CAIXA





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 030535.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 030535.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Silva Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:14 min do dia 08/06/2020, na Delegacia Online, **VERONICA DE ARAUJO GOMES**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão RECEPCIONISTA, natural de Santa Rita, nascido(a) em 01/07/1972, idade 47, de cor Parda, filho(a) de MARIZA GONÇALVES DE ARAUJO e JOSE VALDEMIR DE ARAUJO, CPF 993.081.774-34, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Agostinho Fonseca Neto, nº 170, complemento APTO 301, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073470, telefone(s) 83987132913, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 27/06/2019 15:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: AVENIDA AGOSTINHO FONSECA NETO, AGUA FRIA, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA POP 110I, ANO/MOD 2019/2019, COR BRANCA, PLACA OSD 8A04/PB, CHASSI 9C2JB0100KR124875, em nome de JOSE EDSON CARLOS GOMES, CPF de n.º 60356227472, QUANDO estava chegando em casa, ao tentar desviar um buraco perdeu o controle e caiu da moto, sendo socorrida pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde foi atendido.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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 fê.


VERONICA DE ARAUJO GOMES

2961D50E74E7A58FFEB1FAFB6E1C963A

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





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: 993.081.774-34 4 - Nome completo da vítima: Verônica de Araújo Gomes

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

5 - Nome completo: Verônica de Araújo Gomes 6 - Profissão: Agente de Atendimento ao Cliente 7 - Endereço: Rua Agostinho Tomazela Neto, 370, Água Fria, Fátima, Belo Horizonte - MG 8 - CEP: 31040-000 9 - Telefone: (31) 98073-470 10 - Complemento: 11 - E-mail: (83) 98863-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3487

CONTA: 46987

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prescrição concordando 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 (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grande 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 seguro(s) veicular(es)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019



329 341081830-0

05/NOV/2019 HORA DA: 16:37:

LOT. 13.004597-7 TERM 01800

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 3487 CONTROLE: 32948024

CUMPRANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: VERONICA DE ARAUJO GOMES

AGENCIA: 3487

OPERACAO: 013

CONTA PV: 000.000.040.987-3

DATA DA ABERTURA: 25/11/2019

LOTERIAS CAIXA



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: 30/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VERONICA DE ARAUJO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000046987-3

Nr. da Autenticação 945D4A5E2A547318





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 06.123.884/0001-87

001.078.292.0572.301

69046,38 /

DEZEMBRO 18

FEV / 2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VERONICA DE ARAUJO GOMES

RUA AGOSTINHO FONSECA NETO, 170 - APTO 301 - AGUA
FRIA JOAO PESSOA PB 58073-470

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Instalado	Cobrado	Instalado	Cobrado	
001.078.292.0572.301	301	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
408A008697	21/02/2008	EXT LACH	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (M3) / FIRM DE DIAS / PROXIMA LETURA						
976	985	10	20	17/03/2020		
HIST. CONS. / ANOS. LET. / QUALID. AGUA AMPLIO 24 PORT. 05/2017 115						
JAN/2020	8	PARAMETROS EXIG.		ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2019	10	TURBIDEZ		268	265	205
NOV/2019	10	CLORO		268	266	205
OUT/2019	12	COR TERMOI		0	0	0
SET/2019	5	COR		73	126	115
AGO/2019	7	COL. TOTAIS		268	266	206
MEDIA(M)		8	DADOS REFERENTES A DEZ/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 07:10:17

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	12,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	10 M3	10,33
ACRESCIM(S) HIG(S) ANT. 11/2019		1,37
JORNOS DE HORA 11/2019		0,77

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E COFINS: R\$ 12,74/12

VENCIMENTO:

07/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 70,38





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 VERONICA DE ARAUJO GOMES
DADOS DE NASCIMENTO 01/07/72
NOME DA MÃE MARIZA GONÇALVES DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.173.448
Nº PRONTUÁRIO 116.588
DATA DO ATENDIMENTO 27/06/19
HORA DO ATENDIMENTO 16:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda), socorrida pelo SAMU, apresentando edema e dor intensa em joelho E + incapacidade funcional do membro inferior E, além de discreto edema occipital. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho E
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia E à TC e RX. Realizado intenamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Arão Alencar e Dr. Thales Seabra da equipe da Ortopedia.

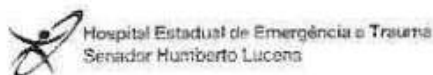
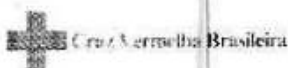
ALTA HOSPITALAR: 03/08/19
DATA DE EMISSÃO: 21/02/20

DR. EWERTON NERONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Neronha 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.





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

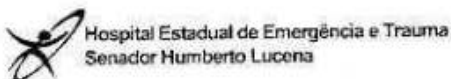
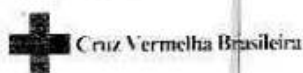
Boletim de Atendimento: 1173448



Identificação do paciente				
ID	Nome			Sexo
1416472	VERONICA DE ARAUJO GOMES			Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Prontuário
01/07/1972	46 anos 11 meses 26 dias			
Mãe	Pai			
MARIZA GONCALVES DE ARAUJO	JOSE VALDEMIR DE ARAUJO			
Escolidade	Responsável (Parentesco)			
	EMERSON CARLOS DE ARAUJO - FILHO(A)			
DDD Celular	Celular	DDD	Telefone	
83	996202460			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
RG (IDENTIDADE)	1692965			
Local de procedência	Tipo		UF	
JOSE AMERICO	BAIRRO		PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
	SANTA RITA			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58073415	JOAO PESSOA	PB	AGOSTINHO FONSECA NETO	
Número	Complemento	Bairro		
SN	AP 303	JOSE AMERICO DE ALMEIDA		
Admissão				
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio		
27/06/2019 16:37:21	1000007138514	SUS		
Especialidade	Clínica			
CIRURGIA GERAL				
Classificação de risco	Origem do paciente			
	RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente		
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
Não	Não	Não	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
SAMU				
Sinais Vitais				
PA	Pulso		Temperatura	
X				
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Paciente consciente, orientado, hipotensão, taquicardia, vítima de queda de própria altura. Xr 11 - normal.				
Diagnóstico				CID
Atendido por				Assinado
PRISCILA JORGE DA SILVA				5055g

Imprimir





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente VERONICA DE ARAUJO GOMES	BAE 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Baixa
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46a 11m 26d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 996202469
Mãe MARIZA GONCALVES DE ARAUJO		CNS	Prontuário
Endereço AGOSTINHO FONSECA NETO, SN - AP 303	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Regional 9603/
Data/Hora Classificação 27/06/2019 16:37:21		Data/Hora Prescrição 27/06/2019 20:49:36	

ANAMNESE

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO (SEM COLISÃO COM VEICULO OU ESTRUTURA), REFERINDO DOR INTENSA NO JOELHO ESQUERDO E INCAPACIDADE FUNCIONAL NO MIE. AO EXAME APRESENTANDO EDEMA IMPORTANTE NA PERNA E JOELHO ESQ. COM INCAPACIDADE DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQ. COMPE E TNZ SEM ALTERAÇÕES. NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MIE. RX: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. CD: INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO. STAFF: DR ROBERTO ALMEIDA.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

DANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

MEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

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

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME DE IMAGEM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:44:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109445161700000034856962>

Número do documento: 20111109445161700000034856962

Num. 36513552 - Pág. 12

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM CORTES CORONAL E SAGITAL E RECONSTRUÇÃO 3D)

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDA)

Conduta

Internar Paciente

VERÔNICA DE ARAUJO GOMES

Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404570057 RRV
FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)

Boletim registrado por: FRISCILA JORGE DA SILVA em 27/06/2019 16:38:17





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente VERONICA DE ARAUJO GOMES	BAE 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Baixa
Data do nascimento 01/07/1972	Idade 46a 11m 26d	CNS	Telefone de Contato (83) 996202469
Mãe MARIZA GONCALVES DE ARAUJO			Prontuário
Endereço AGOSTINHO FONSECA NETO, SN - AP 303	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB
Data/Hora Classificação 27/06/2019 16:37:21		Data/Hora Prescrição 27/06/2019 16:45:55	

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SOCORRIDA PELO SAMU JP, APRESENTANDO EDEMA E DOR EM JOELHO ESQUERDO. DISCRETO EDEMA OCCIPITAL. GCS 15; CERVICAL CLINICAMENTE LIVRE. NEGA QUAISQUER QUEIXAS NEUROLÓGICAS. ABDOME GLOBOSO, FLÁCIDO E INDOLOR. COND. LIBERADA DA CIRURGIA GERAL / A/C DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 250ML DE SF)

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA ORTOPEDIA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

CID10

S80.8 - Outros traumatismos superficiais da perna

Conduta

Em observação

VERONICA DE ARAUJO GOMES

Vinicius N. Andrade
Médico-Cirurgião Geral
CRM-PB 4661
VINICIUS NUNES ANDRADE
(: 4661/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 27/06/2019 16:38:17





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOSE
ROGACIANO
MACHADO COUTO
Em: 01/08/2019
15:43:39

Nome VERONICA DE ARAUJO GOMES	Boletim de Atendimento 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46	Sexo Feminino	CNS 700003323428409
Tempo de Internação 1m 4d 16h 50min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 116588
Data de Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Internação 27/06/2019 22:53:29	Permanência na Unidade: 1m 4d 23h 6min	Permanência no Leito: 1m 8h 11min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 01/08/2019 15:43:27)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR DR
ARAÓ E DR TALLES SEM INTERCORRENCIAS

CDT: RX DE CONTROLE
VPM

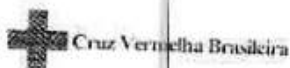
STAFF DR ARAO

Seção: HTOP - ENF 06 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 29/06/2019 08:16:53

Nome VERONICA DE ARAUJO GOMES		Boletim de Atendimento 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46	Sexo Feminino	CNS 700003323428409	Prontuário 116588
Tempo de Internação 1d 9h 23min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Internação 27/06/2019 22:53:29	Permanência na Unidade: 1d 15h 39min		Permanência no Leito: 1d 9h 23min

EVOLUÇÃO MEDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 29/06/2019 08:16:39)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA PLANALTO TIBIAL ESQ

EXAME LAB OK

AGUARDANDO RSICO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 004

Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

[Assinatura manuscrita]
Milton da Silva Linhares
Ortopedista

Número Conselho: 4714





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: MILTON DA
SILVA LINHARES
Em: 29/06/2019 08:20:44

Nome: MARIA JUVITA DA CONCEICAO	Boletim de Atendimento 1172230	Data/Hora Entrada 22/06/2019 14:46:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/01/1939	Idade 80	Sexo Feminino	CNS 898004184690035
Tempo de Internação 6d 15h 32min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 116478
Data de Entrada 22/06/2019 14:46:33	Data Internação 22/06/2019 16:48:25	Permanência na Unidade: 6d 17h 34min	Permanência no Leito: 2h 20min

EVOLUÇÃO MÉDICA (MILTON DA SILVA LINHARES - 29/06/2019 08:20:37)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

CLÍNICA MÉDICA -ÁREA VERMELHA

* FRATURA SUBTROCANTÉRICA ESQ.

* 5º DPO 1 RAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA

* DISPNEIA SÚBITA (PNEUMONIA ? TEP ?)

OBS: NÃO REALIZOU RX TORAX SOLICITADO ONTEM; ÚNICOS EXAMES LABORATORIAIS SÃO DE 22/06/19

NO MOMENTO A PACIENTE ENCONTRA-SE COM LEVE DISPNEIA COM O2 EM CATETER NASAL, ACORDADA, DESORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM DVA, DIURESE PRESENTE

PA: 150 X 80 FC: 92 SAT O2: 100%

ACV: RCR EM 27, BCNF, SEM SOPROS

AR: MVF + AHTX COM RONCOS NAS BASES

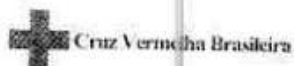
ABD: FLÁCIDO, RHA +

EXT: PERFUSÃO MANTIDA

CD: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS + GASOMETRIA
AGUARDO RX TORAX + ACOMPANHAMENTO DA CLÍNICA MÉDICA.Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 006
Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Número Conselho: 4714





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: LUCIANO
JOSE LIRA MENDES
Em: 28/06/2019 08:17:21

Nome VERONICA DE ARAUJO GOMES		Boletim de Atendimento 1173448	Data/Hora Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/07/1972	Idade 46	Sexo Feminino	CNS 700003323428409	Prontuário 116588
Tempo de Internação 9h 24min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 27/06/2019 16:37:21	Data Internação 27/06/2019 22:53:29	Permanência na Unidade: 15h 40min		Permanência no Leito: 9h 24min

EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 28/06/2019 08:17:15)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA PLATÔR TIBIAL ESQ

EXAME LAB OK

AGUARDANDO RSICO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 004

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Número Conselho: 4290

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290





RELATÓRIO DE CIRURGIA

1173448

NOME: VERONICA DE ARAUJO GOMES. BE/PRONTUÁRIO: 1173448
IDADE: SEXO: COR: DATA: 1/8/2019
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E
CIRURGIÃO: DR ARAO ALENCAR 1º ASS: DR THALES SEABRA
2º ASS: MR1 JOSE ROGACIANO 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: KALINE
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO	
RIGIDEZ ARTICULAR	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA FRATURA DE PLATÔ TIBIAL E	
MANIPULAÇÃO ARTICULAR	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRG NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Arao A. Alencar
01/08/2019
CRM-11109445161700000034856962

DATA:

1/8/2019



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO COM FAIXA DE SMARCH	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
INCISAO POSTEROMEDIAL DO DO JOELHO ESQUERDO	
INCISAO ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO	
DISSECÇÃO POR PLANOS	
HEMOSTASIA	
Achados:	
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA PROXIMAL E METADIAFISARIA MEDIAL E LATERAL	
GRANDE AFUNDAMENTO DE SUPERFICIE ARTICULAR MEDIAL E CENTROLATERAL	
PRESENÇA DE CALO OSSEO EM FRATURA	
Condução:	
CALOCLASIA, LIMPEZA DE FOCOS DE FRATURA	
FIXAÇÃO TEMPORÁRIA COM FIO DE K	
TENTATIVA DE APROXIMAÇÃO DO MAIS ANATOMICO POSSIVEL MEDIAL	
FIXAÇÃO POSTEROMEDIAL COM PLACA EM T BLOQ LONGA + PARAFUSOS CORTICAIS E BLOQUEADOS	
FIXAÇÃO MEDIAL COM PLACA EM T MEDIAL LONGA + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS	
CALOCLASIA LATERAL, TENTATIVA DE LEVANTAR SUPERFICIE ARTICULAR CENTROLATERAL	
O MAIS PROXIMO POSSIVEL DO ANATOMICO, POREM PELA GRAVIDADE E TEMPO DE FRATURA	
AINDA PERMANECEU PEQUENO DEGRAU ARTICULAR	
FIXAÇÃO LATERAL COM PLACA BLOQUEADA EM L + PARAFUSO CORTICAL E BLOQUEADOS	
VERIFICADO FIXAÇÃO SOB RADIOSCOPIA - MANIPULAÇÃO ARTICULAR PARA GANHO DE ADM	
Fechamento:	
FRATURA POR PLANOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RETIRADA DE GARROTE	
BOA PERFUSAO DISTAL	
Observação:	
RAIO-X DE CONTROLE	

Médico/CRM:

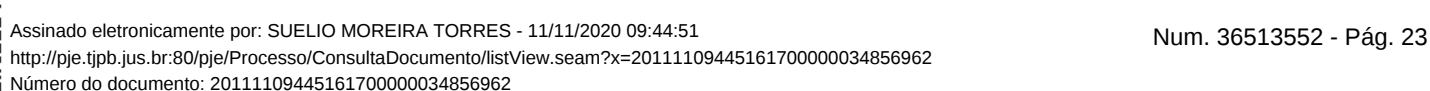
SUELIO MOREIRA TORRES
CRM-PE 14043

João Pessoa,

1/8/2019



State 11-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/08/2019

PRONTUÁRIO: 1173448



PACIENTE: VERÔNICA DE ARAÚJO GOMES SEXO: F COR: IDADE: 46 ANOS
 PRESSÃO ARTERIAL: 125/80 PULSO: 85 RESPIRAÇÃO: EUPNEIA TEMPERATURA: 36,5°C PESO: 100 KG GRUPO SANGÜÍNEO: A Rh+
 ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: MV em PNF, S, R, A AP. CIRCULATÓRIO: RCR em 21, BNF 315
 AP. DIGESTIVO: JEJUN ESTADO MENTAL: LOTE DROGA EM USO: VPM

PRE-ANESTÉSICO: MIDAZOLAM 5 MG + FENÍANIL 100 MCG ESTADO FÍSICO (ASA): II (OBESA)
 DOSE: 100 mg

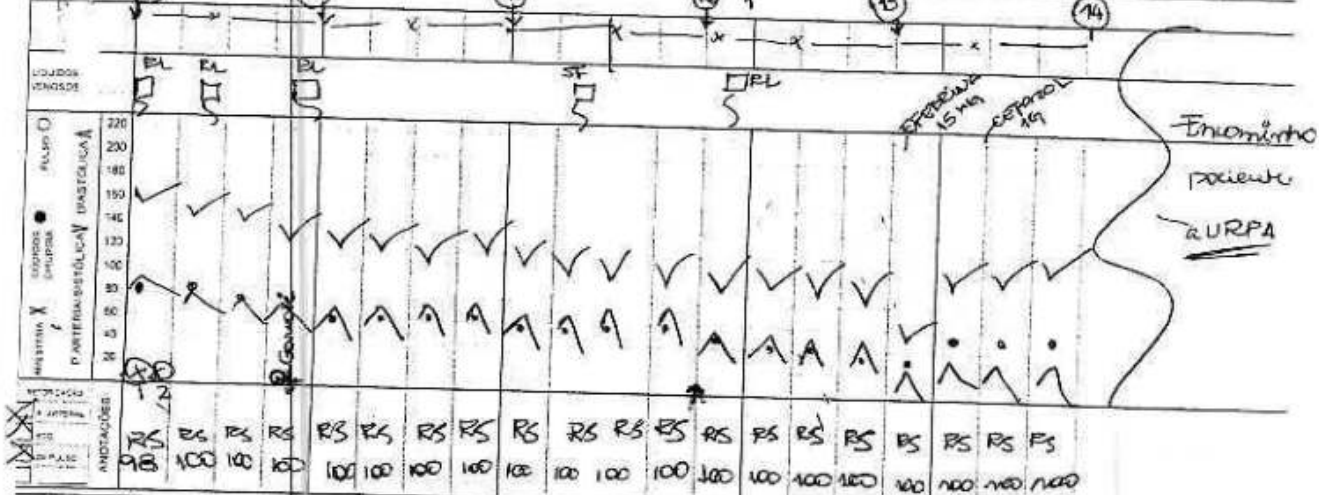
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE PLATO TIBIAL (E)

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL (E) + ENFERMIA ÓSSEA

CIRURGIÃO: TAVES SEABRA AUXILIARES: ARNÃO ALENCAR

INÍCIO DA ANESTESIA: 9:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 15 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R5: ANESTESISTA: KALLINE ESPINDOLA CPF: CRM-PB: 8558



ANESTESIA GERAL ☒ ANESTESIA REGIONAL ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEURO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS: SEDACAP
 TÉCNICA: MONITORIZADA, AVP em MVD (20G) - SENTADA, ASSEPSIA + ANESTESIA COM ALCOOL
 ITENS: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 1. JELCO 20G - 01 | 11. TRANSDERMAL 50 ng/ml - 02 |
| 2. CEFALOTINA - 2g + 1g | 12. GOMME: |
| 3. DERMETOPOL - 10mg | 13. Início - 9:50 |
| 4. NEOLUXEON - 8mg | 14. fim - 12:05 |
| 5. MEDICINA ISOBARICA 0,5% - 02 | 15. Propofol 10% - 30 mg |
| 6. MORFINA 0,2mg - 80mcg | 16. Kalline Espindola - CRM-PB 8558 |
| 7. EPIDURAL - 2g | 17. Anestesiologista |
| 8. CLOPROPENO - 100mg | 18. CRM-PB 8558 |
| 9. Quincke - 20mg | 19. |
| 10. Quincke 25g - 02 | 20. |

(X1) PUNÇÃO MEDIANA EM L3-L4 COM QUINCKE 25g. INJETADO 20mg MEDICINA ISOBARICA 0,5% + 80 MCG MORFINA. FALHA PARCIAL DO PROPOFOL
 (X2) PUNÇÃO MEDIANA, ÚNICA, EM L-1, COM QUINCKE 25g. LÍQUIDO LIMPIDÃO E NORTROPENO INJETADO 10mg DE MEDICINA ISOBARICA 0,5%.

ASSINATURA DO ANESTESISTA:

RESIDENTES: FLORES (R2)
 Aguiar (R1)

#PUE, EXAMES, CIRURGIA E MEMBRO REVISADOS ANTES DO PROCEDIMENTO



Documento de Alta

NOME: NARCISO LUCENA			Numero Prontuario: 110559
Nome do Paciente: NARCISO LUCENA	Sexo: Feminino	Data de Internação: 27/08/2019 22:53:29	Data de Alta: 03/08/2019 11:36:35
Motivo da alta: MEDICA			
História da doença: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE TIBIA PROXIMAL			
Motivo da internação: PACIENTE COM FRATURA GRAVE DE TIBIA PROXIMAL, EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA PELO PERÍODO DE ESPERA PELO PROCEDIMENTO, REALIZADO O TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA COM ORIENTAÇÕES A SEGUIR			
Exames realizados: RX TBC FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL			
Diagnóstico: PACIENTE COM FRATURA GRAVE DE TIBIA PROXIMAL, EVOLUINDO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA PELO PERÍODO DE ESPERA PELO PROCEDIMENTO, REALIZADO O TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA COM ORIENTAÇÕES A SEGUIR			
Tratamento: CIRURGIA: DR. ARAO ALENCAR E DR. THALES SEABRA			
Medicamentos: Fratura da extremidade proximal da tibia			
Orientações: CURATIVO DIARIO COM ALCOOL A 70% OU CLOREXIDINA ALCOOLICA - NÃO PISAR - AGENDAR RETORNO			

ARAQ SANTOS DE ALENCAR
2019 7967 - PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0171263/20

Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES

CPF: 993.081.774-34

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 27/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VERONICA DE ARAUJO GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VERONICA DE ARAUJO GOMES : 993.081.774-34

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: 22/06/2020
Nome: VERONICA DE ARAUJO GOMES
CPF: 993.081.774-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/06/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

VERONICA DE ARAUJO GOMES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200221182 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VERONICA DE ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 27/06/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.3,6,13,14,15)
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

