



Número: **0808728-13.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GEOVANA SANTOS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)</b> <b>JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO)</b> <b>RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
37186 825	27/11/2020 11:40	<a href="#"><u>2768927_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200155621      **Cidade:** Mataraca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEOVANIA SANTOS DA SILVA      **Data do acidente:** 26/10/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 28/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

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

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>





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, 24 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155621**      **Vítima: GEOVANIA SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GEOVANIA SANTOS DA SILVA**

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

Pag. 00131/00132 - carta\_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15722246



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:40:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711405543100000035486413>  
Número do documento: 20112711405543100000035486413

Num. 37186825 - Pág. 2



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, 30 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155621**      **Vítima: GEOVANIA SANTOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GEOVANIA SANTOS DA SILVA**

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 27/10/2019, emitido pelo Dr. EVALDO SALES HONFI JUNIOR CRM nº 3985 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01249/01250 - carta\_31 - INVALIDEZ



00030625

Carta nº 15740347



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:40:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711405543100000035486413>  
Número do documento: 20112711405543100000035486413

Num. 37186825 - Pág. 3

<p>1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:</p> <p><input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVAUDÉZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MÓRTE</p>		<p>2 - Nº do síntese ou ASL:</p> <p>032-0099-20</p>	
<p>3 - CPF da vítima:</p> <p>708-611-894-00</p>		<p>4 - Nome completo da vítima:</p> <p>Geralma Souto da Silva</p>	
<p>5 - Nome completo:</p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CRUCIAL SUSP N-945/2012</p>		<p>6 - CPF:</p> <p>708-611-894-00</p>	
<p>7 - Profissão:</p> <p>Recepcionista</p>		<p>8 - Endereço:</p> <p>Rua Nossa Senhora das Graças</p>	
<p>11 - Bairro:</p> <p>Plaudete</p>		<p>12 - Cidade:</p> <p>Itapuã</p>	
<p>13 - Estado:</p> <p>SP</p>		<p>14 - CEP:</p> <p>58392-000</p>	
<p>15 - E-mail:</p> <p>itapuã@bol.com.br</p>		<p>16 - Celular:</p> <p>(16) 99999-5045</p>	
<p>17 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>(83) 98855-5045</p>			
<p>Declaro, para todos os fins de direito, ressaltar no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).</p>			
<p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <p>DATA DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENSAL ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</p>			
<p>21 - DADOS BANCÁRIOS:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</p> <p><input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)</p> <p><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (27) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> CONTA: 2009-4 CONTA: 921659</p>			
<p>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LADADO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVAUDÉZ PERMANENTE</p> <p><input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras de acidente ou da milha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</p> <p><input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras de acidente ou da milha residência, uma vez que (assinalar uma das opções):</p> <p>do Seguro DPVAT por si, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização</p> <p>Declaro, sob a pena de multa, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Seguro DPVAT, ou</p> <p><input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras de acidente ou da milha residência a 90 (noventa) dias do pedido.</p> <p><input type="checkbox"/> Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento da milha residência como base na documentação apresentada, desde que a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por si, não possa ser realizada devido a questões de saúde que impossibilitem a realização da perícia.</p> <p><input type="checkbox"/> Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento da milha residência como base na documentação apresentada, desde que a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por si, não possa ser realizada devido a questões de saúde que impossibilitem a realização da perícia.</p>			
<p>23 - ESTADO</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (não Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vívelo <input type="checkbox"/> 24 - Data da morte da vítima:</p> <p>25 - Gravidez de vítima:</p> <p><input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Vívelo <input type="checkbox"/> 26 - Vítima deixou compreender(a): <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> Nao <input type="checkbox"/> 27 - Se a vítima deixou compreender(a), informar o nome completo:</p> <p>28 - Vítima <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> Nao <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> 29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> 32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Nao <input type="checkbox"/> 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> 34 - Vítima <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> 35 - Nome legal de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legal de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>38 - 1a   Nome: <input type="text"/> Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2a   Nome: <input type="text"/> Assinatura da testemunha</p> <p>40 - Local e Data: <input type="text"/> 03/04/2010, <input type="text"/> Assinatura da testemunha</p> <p>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</p> <p>42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</p> <p>43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</p>			



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00048.01.2020.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:42 horas do dia 16 de abril de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Geovania Santos da Silva**, conhecido(a) por " Geovania ", nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Administradora do Lar, filho(a) de Maria Marques dos Santos e Gilvan Vicente da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/02/2000 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nelson Nunes Leite, Nº s/n, complemento casa, bairro Barra do Camaratuba, tendo como ponto de referência Ginásio Poli-esportivo, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Sítio Uruba, Sítio Uruba, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 26/10/19 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa)**.

Local: Zona Rural, Sítio Uruba - Mataraca-pb, Mataraca/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 26/10/19 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa)**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

**(1) Automóvel**, modelo Gol Special, marca Volks, tipo de veículo automóvel, cor branca, ano 1999, UF: PB, placa MMX-9665, chassi 9BWZZZ377XP038676, renavam 00717257916, características gerais: Cadastrado Em Nome de João Batista da Silva

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, na noite do dia 26 de outubro do ano próximo passado, se conduzia como carona no veículo Gol já discriminado, conduzido por seu companheiro Erinaldo e na sequencia, este ao tentar ultrapassar um veículo que se conduzia a sua frente, perdeu o controle e colidiu na lateral do mesmo, consequentemente, após o impacto e grávida com seis meses, foi socorrida às pressas ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado um TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA FACE + FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO D, identificado pelo CID 10 S 00.9 + S 01.7 + S 02.4, conforme Laudo Médico apresentado.

*[Handwritten signature]*  
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: 00048.01.2020.1.02.008

1/2



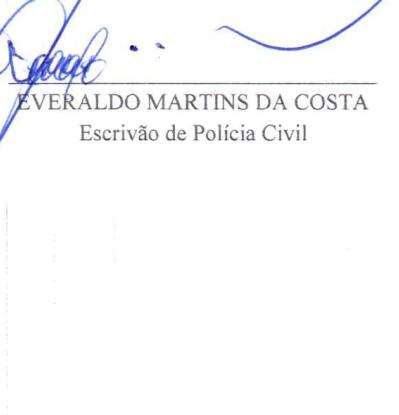
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
2<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
8<sup>a</sup> Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

  
**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 16 de abril de 2020.

  
EVERALDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia Civil

  
GEOVANIA SANTOS DA SILVA

Noticiante

Procedimento Policial: 00048.01.2020.1.02.008

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:40:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711405543100000035486413>  
Número do documento: 20112711405543100000035486413

Num. 37186825 - Pág. 6

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

37 - (a) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 12   Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 23   Nome: CPF: Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

34
----

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> Vlma <input type="checkbox"/> N30 29 - Se vítima fizes, informar <input type="checkbox"/> 30 - Vítima delou <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> 31 - Vlma <input type="checkbox"/> N30 32 - Se vítima firmos, informar <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 33 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 34 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 35 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 36 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 37 - Se a vítima delou compreender(a), informar o nome completo:
23 - Estado <input type="checkbox"/> cvil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 24 - Data da morte
25 - Grude Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 26 - Vítima delou compreender(a): <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> N30 <input type="checkbox"/> 27 - Se a vítima delou compreender(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> Vlma <input type="checkbox"/> N30 29 - Se vítima fizes, informar <input type="checkbox"/> 30 - Vítima delou <input type="checkbox"/> Slim <input type="checkbox"/> 31 - Vlma <input type="checkbox"/> N30 32 - Se vítima firmos, informar <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 33 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 34 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 35 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 36 - Vlma delou <input type="checkbox"/> Vlvo: <input type="checkbox"/> 37 - Se a vítima delou compreender(a), informar o nome completo:

DADOS CADASTRAIS

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE USO/NICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da morte responde a regras de morre a 90 (noventa) dias do pedido.
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da morte responde a regras para fins de Seguro DPVAT, ou
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atende a regras do acidente ou da morte responde a regras para fins de Seguro DPVAT, ou
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (lml) para os fins de requerimento de indenização
do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

23 - DADOS BANCARIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> RECESSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00 <input type="checkbox"/> R\$2,00 A R\$2,500,00 <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00 <input type="checkbox"/> R\$2,00 A R\$2,500,00
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CP/IA).
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
20 - Nome completo do Representante Legal:
21 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENSAL ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
7 - Nome completo: <i>Edilma Souza da Silva</i> 6 - CEP: <i>635.894-00</i> 8 - Endereço: <i>Rua Edilma Souza da Silva</i> 9 - Número: <i>708</i> 10 - Complemento: <i>edilma</i> 11 - Bairro: <i>Plaudete</i> 12 - Cidade: <i>Plaudete</i> 13 - CEP: <i>58329-000</i> 14 - Estado: <i>MS</i> 15 - E-mail: <i>edilma.silva@uol.com.br</i>
5 - Nome completo: <i>Edilma Souza da Silva</i> 3 - CPF da vítima: <i>4708-635-894-00</i> 4 - Nome completo da vítima: <i>Edilma Souza da Silva</i> 5 - Nome completo: <i>Edilma Souza da Silva</i> 6 - CEP: <i>635.894-00</i> 7 - Profissão: <i>Recepcionista</i> 8 - Endereço: <i>Rua Edilma Souza da Silva</i> 9 - Número: <i>708</i> 10 - Complemento: <i>edilma</i> 11 - Bairro: <i>Plaudete</i> 12 - Cidade: <i>Plaudete</i> 13 - CEP: <i>58329-000</i> 14 - Estado: <i>MS</i> 15 - E-mail: <i>edilma.silva@uol.com.br</i>
2 - N° do Siststro ou ASL:
1 - Escolha (s) de cotação: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVÁLIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> Morte
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUITAR SUSP N°45/2012

3 - CPF da vítima: <i>4708-635-894-00</i> 4 - Nome completo da vítima: <i>Edilma Souza da Silva</i> 5 - Nome completo: <i>Edilma Souza da Silva</i> 6 - CEP: <i>635.894-00</i> 7 - Profissão: <i>Recepcionista</i> 8 - Endereço: <i>Rua Edilma Souza da Silva</i> 9 - Número: <i>708</i> 10 - Complemento: <i>edilma</i> 11 - Bairro: <i>Plaudete</i> 12 - Cidade: <i>Plaudete</i> 13 - CEP: <i>58329-000</i> 14 - Estado: <i>MS</i> 15 - E-mail: <i>edilma.silva@uol.com.br</i>
--

2 - N° do Siststro ou ASL:
1 - Escolha (s) de cotação: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVÁLIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> Morte
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUITAR SUSP N°45/2012

12 - Bairro: <i>Plaudete</i> 13 - Cidade: <i>Plaudete</i> 14 - CEP: <i>58329-000</i> 15 - E-mail: <i>edilma.silva@uol.com.br</i>
--

17 - Nome completo do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexo (ANEXAR CP/IA).
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

22 - DECLARAÇÃO DE USO/NICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da morte responde a regras de morre a 90 (noventa) dias do pedido.
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a regras do acidente ou da morte responde a regras para fins de Seguro DPVAT, ou
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IMI que atende a regras do acidente ou da morte responde a regras para fins de Seguro DPVAT, ou
do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 040.511.042



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0901-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA  
RUA NELSON NUNES LEITE S/N CASA  
MATARACA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1699898-1**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>MAR/2020</b>	<b>16/03/2020</b>	<b>139</b>	<b>26/03/2020</b>	<b>R\$ 96,70</b>

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 13279.646171 1 8206000009670				
Pagador: MARIA JOSE DA SILVA CNPJ/CPF: 705.849.344-83				
RUA NELSON NUNES LEITE S/N CASA - PLANALTO - MATARACA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120013279646	Nr Documento 001699898202003	Data Vencimento 26/03/2020	Valor do Documento R\$ 96,70	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				09.095.183/0001-40
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:40:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711405543100000035486413>  
Número do documento: 20112711405543100000035486413

Num. 37186825 - Pág. 8



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** GEOVANIA SANTOS DA SILVA

**DADOS DE NASCIMENTO** 09/02/00

**NOME DA MÃE** MARIA MARQUES DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1.199.617

#### Nº PRONTUÁRIO

**DATA DO ATENDIMENTO** 27/10/19

**HORA DO ATENDIMENTO** 00:42

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** ACIDENTE DE AUTOMÓVEL

**DIAGNÓSTICO (S)** TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA FACE + FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO D

**CID 10** S 00.9 + S 01.7 + S 02.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente gestante de 6 meses (SIC) deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (carro x caminhão), trazida pelo SAMU, apresentando trauma craniano e queixas de dor na cabeça e face + ferimento em região frontal D, lábio superior + edema importante em região submandibular D + escoriações em membros inferiores com dor discreta no joelho E. Socorrista afirma que a mesma saiu por meios próprios do veículo. Glasgow 15. Avaliada pela equipe da médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da coluna cervical

RX do tórax - AP

RX do tornozelo E - AP e P

USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Útero gravídico (BCF 152 bpm) à USG. Fratura do arco zigomático D à TC. Sem alteração à outra TC e aos RX. Realizado atendimento, sutura e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, BucoMaxiloFacial e da Cirurgia Geral.

**ALTA HOSPITALAR:** 27/10/19

**DATA DA EMISSÃO:** 14/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. **OBS:** O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1451773	Nome <b>GEOVANA DOS SANTOS SILVA</b>			Sexo Feminino
Data de nascimento 09/02/2000	Idade 19 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>MARIA MARQUES DOS SANTOS</b>				Pai <b>NAO INFORMADO</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>A MESMA - O MESMO(A)</b>
DDD Celular 83	Celular <b>999999999</b>	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência <b>MATARACA</b>				Tipo <b>MUNICIPIO</b> UF <b>PB</b>
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58292000	Município de residência <b>MATARACA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>PROJETADA</b>	
Número S/N	Complemento	Bairro <b>PLANALTO</b>		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 27/10/2019 00:42:54	Número da pulseira <b>100000728851</b>			Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>				Clinica
Classificação de risco				Origem do paciente <b>RODOVIA</b>
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Detalhe do acidente <b>VEICULO X ONIBUS</b>		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>SAMU</b>				Quem transportou
<b>Sinais Vitais</b>				
PA <input checked="" type="checkbox"/>	mmHg	P脉	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente Gestante, vítima de colisão carro x onibus, murchas, nega alergias, avaliação e encaminhamento P/ exames.</i>				
Diagnóstico				CID
Atendido por <b>MARCIO MACEDO DA SILVA</b>				Tempo 46seg

[Imprimir](#)

NCR + BMF + ORTO + GERAL



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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>GEOVANA DOS SANTOS SILVA</b>	BAE 1199617	Data/Hora Entrada 27/10/2019 00:42:54	Data Baixa
Data de nascimento 09/02/2000	Idade 19a 8m 18d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 99999999
Mãe <b>MARIA MARQUES DOS SANTOS</b>			Prontuário
Endereço <b>PROJETADA, S/N</b>	Bairro <b>PLANALTO</b>	Município <b>MATARACA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	Nº Cons. Regional <b>6028/PB</b>
Data/Hora Classificação 27/10/2019 00:42:54		Data/Hora Prescrição 27/10/2019 02:11:08	

### ANAMNESE

# NEUROCIRURGIA # PACIENTE DE 19 ANOS, GESTANTE, ADMITIDA À 00:42, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO AUTO X AUTO). APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO E FACIAL. AO EXAME: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE LESÕES QUE INDIQUEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. TC DE COLUNA CERVICAL: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD.: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA. AGUARDA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA + BMF. REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL.

### Conduta

Em observação

Leonardo P. C. Matias  
Neurocirurgião  
CRM-PB 6028

Enfermeiro

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
(CRM: 6028/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/10/2019 00:43:40





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>GEOVANA DOS SANTOS SILVA</b>	BAE 1199617	Data/Hora Entrada 27/10/2019 00:42:54	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/02/2000</b>	Idade <b>19a 8m 18d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 99999999</b>
Mãe <b>MARIA MARQUES DOS SANTOS</b>			Prontuário
Endereço <b>PROJETADA, S/N</b>	Bairro <b>PLANALTO</b>	Município <b>MATARACA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA</b>	Nº Cons. Regional <b>9690/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/10/2019 00:42:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/10/2019 02:29:25</b>	

### ANAMNESE

ORTOPEDIA PCTE GESTANTE, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO CARRO X CARRETA COM RELATO DE N ESTAR USANDO CINTO DE SEGURANÇA QUEIXA-SE DE DOR NA FACE E CABEÇA SOCORRISTA AFIRMA QUE A MESMA SAIU PR MEIOS PROPRIOS DO VEICULO EFO - TRAUMA DE FACE + TCE - ESCORIAÇÕES NOS MMSS E MMII - ADM DOS MEMBROS PRESERVADAS, DOR DISCRETA A PALPAÇÃO DO JOELHO ESQ, MEC EXTENSOR INTEGRO - SEM DOR A PALPAÇÃO DA BACIA RX TNZ SEM ALT CD: ALTA DA ORTOPEDIA AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

### Conduta

Em observação

*Dr. Teofilo Vanomark  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9690  
TETO: 16216*

Enfermeiro

**TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
(CRM: 9690/PB)**

Boletim registrado por MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/10/2019 00:43:40





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente  
**GEOVANA DOS SANTOS SILVA**

Data de nascimento  
**09/02/2000**

Mãe

**MARIA MARQUES DOS SANTOS**

Endereço  
**PROJETADA, S/N**

Acidente  
**VEICULO X ONIBUS**  
Data/Hora Classificação  
**27/10/2019 00:42:54**

Idade  
**19a 8m 18d**

BAE  
**1199617**

Sexo  
**Feminino**

Data/Hora Entrada  
**27/10/2019 00:42:54**

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato  
**(83) 99999999**

Prontuário

Bairro  
**PLANALTO**

Município  
**MATARACA**

Motivo  
**ACIDENTE DE AUTOMOVEL**

Profissional  
**BRUNO DA SILVA MESQUITA**

Data/Hora Prescrição  
**27/10/2019 02:36:19**

UF

**PB**

Nº Cons. Regional  
**5126/PB**

### ANAMNESE

# BMF PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 4 HORAS, GESTANTE DE 6 MESES (SIC) EFG: BEG, CONTACTANTE, EUPNEICA, DDH, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA EFEFO: FCC EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA E EM LÁBIO SUPERIOR, SEM COMPROMETIMENTOS FUNCIONAIS, EDEMA IMPORTANTE EM REGIÃO SUBMANDIBULAR DIREITA. EFO: SEM DÉBITOS, OCCLUSÃO HABITUAL TC: SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS EM OSSOS DA FACE CD: 1) AV+OT 2) AGUARDO SALA DE SUTURA

### Conduta

Em observação

Dr. Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

CRM-PB 5126

BRUNO DA SILVA MESQUITA  
(CRM 5126/PB)

Enfermeiro

Boletim registrado por MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/10/2019 00:43:40





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>GEOVANA DOS SANTOS SILVA</b>	BAE <b>1199617</b>	Data/Hora Entrada <b>27/10/2019 00:42:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/02/2000</b>	Idade <b>19a 8m 18d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>MARIA MARQUES DOS SANTOS</b>			
Endereço <b>PROJETADA, S/N</b>	Bairro <b>PLANALTO</b>	Município <b>MATARACA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/10/2019 00:42:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/10/2019 08:59:17</b>	

### ANAMNESE

\*\*\*\*\* NEUROCIRURGIA \*\*\*\*\* PACIENTE DE 19 ANOS, GESTANTE, ADMITIDA À 00:42, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO AUTO X AUTO), APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO E FACIAL. EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS CONSCIENTE, ORIENTADA, SEM DÉFICIT APENDICULAR TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE LESÕES QUE INDIQUEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. TC DE COLUNA CERVICAL: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD.: ALTA DA NEUROCIRURGIA/ LIBERO PARA BUCOMAXILOFACIAL

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

*Ricardo Rodrigues de Carvalho*  
Neurocirurgia  
CRM: 6628

**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**  
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/10/2019 00:43:40



obs ner 1 GONAL



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



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>GEOVANA DOS SANTOS SILVA</b>	BAE <b>1199617</b>	Data/Hora Entrada <b>27/10/2019 00:42:54</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/02/2000</b>	Idade <b>19a 8m 18d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 999999999</b>
Mãe <b>MARIA MARQUES DOS SANTOS</b>		Bairro <b>PLANALTO</b>	Prontuário
Endereço <b>PROJETADA, S/N</b>		Município <b>MATARACA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEL</b>	Profissional <b>EVALDO SALES HONFI JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>3985/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>27/10/2019 00:42:54</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/10/2019 05:30:14</b>	

### ANAMNESE

# BMF EM TEMPO: TC: APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO. CD: 1 REALIZADO SUTURA DE FERIMENTOS EM FAÇA 2 PRESCRIÇÃO PARA CASA 3 ALTA BMF COM RETORNO DIA 02.11.19 PARA REAVALIAÇÃO.

### Conduta

Em observação

DATA: 27/10/2019  
PACIENTE: GEOVANA DOS SANTOS SILVA  
MEDICO: EVALDO SALES HONFI JUNIOR  
CRM: 3985/PB

Enfermeiro

**EVALDO SALES HONFI JUNIOR**  
(: 3985/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 27/10/2019 00:43:40





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>GEOVANA DOS SANTOS SILVA</b>	BAE 1199617	Data/Hora Entrada 27/10/2019 00:42:54	Data Baixa 2019-10-27 09:18:10.0
Data de nascimento 09/02/2000	Idade 19a 8m 18d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 99999999
Mãe <b>MARIA MARQUES DOS SANTOS</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>PROJETADA, S/N</b>	Barrio PLANALTO	Municipio MATARACA	UF PB
Acidente <b>VEICULO X ONIBUS</b>	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional THYAGO DUAVY FERRRER LIMA	Nº Cons. Regional 9766/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2019 00:42:54		Data/Hora Prescrição 27/10/2019 09:18:16	

## ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COLISAO CARRO-CARRO , APRESENTA TRAUMA CRANIANO E ESCORIAÇÕES EM MMII. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. MV+ AHT SEM RA. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA. E: ESCORIACOES EM MMII CONDUTA TC CRANIO/USG ABDOMEN/ RX PARECER NEUROCIRURGIA/ORTOPEDIA  
(27/10/2019 00:54:50-GILVANDO CARNEIRO LEAL)

# NEUROCIRURGIA # PACIENTE DE 19 ANOS, GESTANTE, ADMITIDA À 00:42, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO AUTO X AUTO), APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO E FACIAL, AO EXAME: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA SEM CERVICALGIA A PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE LESÕES QUE INDIQUEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA. NO MOMENTO. TC DE COLUNA CERVICAL: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD.: OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA. AGUARDA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA + BMF.  
REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL.  
(27/10/2019 02:11:08-LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS)

# BMF PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 4 HORAS, GESTANTE DE 6 MESES (SIC) EFG: BEG, CONTACTANTE, EUPNEICA, DDH, ACIANÓTICA. ANICTÉRICA EFE: FCC EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA E EM LÁBIO SUPERIOR, SEM COMPROMETIMENTOS FUINCTIONAIS, EDEMA IMPORTANTE EM REGIÃO SUBMANDIBULAR DIREITA. EFIO: SEM DÉBITOS, OCLUSÃO HABITUAL TC: SEM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURAS EM OSSOS DA FACE CD: 1) AV+OT 2) AGUARDO SALA DE SUTURA PARA LIMPEZA, REAVALIAÇÃO E SÍNTSE TECIDUAL  
(27/10/2019 02:36:19-BRUNO DA SILVA MESQUITA)

ORTOPEDIA PCTE GESTANTE, VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO CARRO X CARRETA COM RELATO DE N ESTAR USANDO CINTO DE SEGURANÇA QUEIXA-SE DE DOR NA FACE E CABEÇA SOCORRISTA AFIRMA QUE A MESMA SAIU PR MEIOS PROPRIOS DO VEICULO EFO - TRAUMA DE FACE + TCE - ESCORIAÇÕES NOS MMSS E MMII - ADM DOS MEMBROS PRESERVADAS, DOR DISCRETA A PALPAÇÃO DO JOELHO ESQ. MEC EXTENSOR INTEGRITO - SEM DOR A PALPAÇÃO DA BACIA RX TNZ SEM ALT CD: ALTA DA ORTOPEDIA AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES  
(27/10/2019 02:29:25-TEOFILO VIANOMARK CHAVES BEZERRA)

# BMF EM TEMPO: TC: APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO. CD: 1 REALIZADO SUTURA DE FERIMENTOS EM FACE 2 PRESCRIÇÃO PARA CASA 3 ALTA BMF COM RETORNO DIA 02.11.19 PARA REAVALIAÇÃO.  
(27/10/2019 05:30:14-EVALDO SALES HONFI JUNIOR)

\*\*\*\*\* NEUROCIRURGIA \*\*\*\*\* PACIENTE DE 19 ANOS, GESTANTE, ADMITIDA À 00:42, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO AUTO X AUTO), APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO E FACIAL. EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS CONSCIENTE, ORIENTADA, SEM DÉFICIT APENDICULAR TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE LESÕES QUE INDIQUEM CONDUTA NEUROCIRÚRGICA DE URGÊNCIA, NO MOMENTO. TC DE COLUNA CERVICAL: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD.: ALTA DA NEUROCIRURGIA/ LIBERO PARA BUCOMAXILOFACIAL  
(27/10/2019 08:59:17-RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

\*\*\*\*\* CIRURGIA GERAL \*\*\*\*\* PACIENTE DE 19 ANOS, GESTANTE, ADMITIDA À 00:42, VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO AUTO X AUTO), APRESENTANDO TRAUMA CRANIANO E FACIAL. EVOLUI ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE SEM QUEIXA NO MOMENTO, REFERE MOVIMENTO FETAL HJ PELA MANHA. AO EXAME: BEG, EUPNEICA, CORADA, CONSCIENTE, ORIENTADA, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE ABD= FLACIDO , INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. UTERO PALPÁVEL ACIMA DA CICATRIZ UMBILICAL. OSB: FAST SEM EVIDÊNCIA DE LÍQUIDO LIVRE, FETO UNICO, VIVO, COM BCF 152BP, CD= ALTA HOSPITALAR  
(27/10/2019 09:18:16-THYAGO DUAVY FERRRER LIMA)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DO TORNOCOLO ARTICULACAO TIBIO TARSICA ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

27/10/2019 09:13



ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL E PELVE FEMININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PACIENTE GESTANTE)

CID10

S09.9 - Traumatismo não especificado da cabeça

Dados coletados anteriormente      utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário  
THYAGO DUAVY FERRER LIMA  
Motivo de Alta  
ALTA MEDICA

Data e Hora  
27/10/2019 09:18:10  
Observações:

Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima  
CRM-PB 9766 RQE 6428

Enfermeiro

THYAGO DUAVY FERRER LIMA  
(CRM: 9766/PB)





Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
GEOVANA DOS SANTOS SILVA	19A 8M 18D	
<b>Boletim de Atendimento</b>	<b>Data de Entrada</b>	<b>Permanência na Unidade</b>
1199617	27/10/2019 00:42:54	11min
<b>Convênio</b>	<b>Leito</b>	<b>Permanência no Leito</b>
SUS	CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade	Profissional
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 27/10/2019 00:53:16
TRAUMA	
Parecer	Data de Resposta:

Dra. Alana Diogo  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PB 22591  
CRA-PB 2251





Atendimento: **201932435709**

Data Nasc: **09/02/2000 - 19 anos**

Paciente: **GEOAVANA DOS SANTOS SILVA**

Data Exame: **27/10/2019**

### **ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST**

**\*\*\* Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

Útero gravídico, com feto único e vivo (BCF 152 bpm).

Demais órgãos abdominais passíveis de análise sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

*\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 27/10/2019 01:32.

  
**Dra. Norma C. M. F. Montenegro**  
**CRM: 9697- PB**



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 540042

Nome GEOVANA DOS SANTOS SILVA	Data de Nascimento 09/02/2000	Nº Boletim Emergência 1199677	Prontuário
Material a examinar			

Data Prescrição:  
27/10/2019 00:54:50

ULTRASSONOGRAFIA
DATA ... 27/10/19
HORA ... 02:20
NOME ENF... 102019
ASS... _____

*GEOVANA SILVA*

TIPO	RAIOS-X
DATA	27/10/19
HORA	04:39
NOME TEC. RAD.	<i>Maria Dalton S Gomes</i>
RADIOLÓGICA	<i>Radiologista</i>
CRTR-02862 T	

Reimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher colunas separadas para imagem e laboratório análices clínicas





Atendimento: 201932435709

Paciente: GEOAVANA DOS SANTOS SILVA

Data Nasc: 09/02/20 - 19 anos

Data Exame: 27/10/2019

## **ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST**

**\*\*\* Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

Útero gravídico, com feto único e vivo (BCF 152 bpm).

Demais órgãos abdominais passíveis de análise sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

*\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 27/10/2019 01:32.

**Dra. Norma C. M. F. Montenegro**  
**CRM: 9697- PB**





**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA**  
**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE**  
**HUETSHL**

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Guadalupe Santos

DATA DO ATENDIMENTO: 22/10/19

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: Enfermedad de Sjögren

PROCEDIMENTO: NOVA taxa para *Phytolacca*  
Novas subespécies

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

E(NG) APC 035-1





## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

**DETAN - PB** N°  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO. RENAVAM R.T.S. EXERCÍCIO  
2017

NOME / ENDEREÇO  
\*\*\*\*\*

PLACA MMX9665

PLACA ANT./UF CHASSIS

ESPECIE / TIPO: PASSA / AUTOMÓVEL  
MARCA / MODELO: VW/GOL SPECIAL  
ANO FAB. 1999 ANO MOD. 1999  
CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: BRANCA  
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
IPVA 31/07/2020 1<sup>ª</sup>  
PARCELAMENTO/COTAS 2<sup>ª</sup>  
3<sup>ª</sup>

PRÉMIO LIQUIDADO: PREMIO TOTAL INI: DATA DE PAGAMENTO: 0  
**SEGURÓ CIRIGATO**

OBSERVAÇÕES

LOCAL: MATARACA DATA: 23/04/2020

**MMX9665**[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: **MMX9665**Combustível: **GASOLINA**Marca/Modelo: **VW/GOL SPECIAL**Espécie/Tipo: **PASSA / AUTOMÓVEL**Ano de Fabricação: **1999**Ano Modelo: **1999**Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **BRANCA**Vencimento Licenciamento: **31/07/2020**

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: **MATARACA**Situação: **EM CIRCULACAO**Data da Consulta: **23/04/2020**

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200155621      **Cidade:** Mataraca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEOVANIA SANTOS DA SILVA      **Data do acidente:** 26/10/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 28/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO À DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

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

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121099/20

**Vítima:** GEOVANIA SANTOS DA SILVA

**CPF:** 708.611.894-00

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**Data do acidente:** 26/10/2019

**Titular do CPF:** GEOVANIA SANTOS DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**GEOVANIA SANTOS DA SILVA : 708.611.894-00**

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: 23/04/2020  
Nome: GEOVANIA SANTOS DA SILVA  
CPF: 708.611.894-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

GEOVANIA SANTOS DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 11:40:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112711405543100000035486413>  
Número do documento: 20112711405543100000035486413

Num. 37186825 - Pág. 26