

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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015224

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEBORA THAIS SILVA 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



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, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015224

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200015224

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	703.025.084-55	Débora Thais Silva do Norcimento		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
E-mail:				(83) 99811-5088

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0920** CONTA: **014204** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **João Pessoa - PB - 10/04/2020**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



2^a DSCPC

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01895.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01895.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:03 horas do dia 03 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Débora Thais Silva do Nascimento, CPF nº 701.021.084-55, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Cicera Maria da Silva e Paulo Silva do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Victor Hugo, Nº 255, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Kitanda Santa Lucia, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-1531.

Dados do(s) Fatos:

Local: Perimentral Sul, Colinas do Sul, Condomínio Irmã Dulce, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/09/17 12:55h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE a notificante trafegava no carona no pás/veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS de cor preta, placa: QFN 2634/PB, chassi nº NC2KD1000BRJ468930, registrado em nome de Elaine Alves do Nascimento; QUE segundo a notificante quem pilotava na época do acidente era a pessoa de Camila Ribeiro do Nascimento, portador do CPF nº 014.180.304-57; QUE segundo a notificante seguia normalmente quando um veículo fez uma ultrapassagem sem se quer ligar a seta para entrar em uma rua à frente; QUE segundo a notificante o piloto fez uma manobra para que não houvesse a colisão e acabou perdendo o controle do veículo(moto) vindo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 27.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo corpo de bombeiros; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S06,4

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.

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

DÉBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Comprev Seguros e Previdência S.A.
22 UUI. 2018
PROTOCOLO
Procedimento Policial 01895.01.2018.1.00.420
ACIDENTE PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	703.025.084-55	Débora Thais Silva do Norcimento		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
E-mail:				(83) 99811-5088

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0920** CONTA: **014204** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **João Pessoa - PB - 10/04/2020**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



VISTO EM: 20/03/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

TAN CEL QOBM-521.280 4

João Pessoa-PB, 20 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0128/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 07/09/2017, conforme requerimento nº 131/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h55min o/a Sr.(a) **DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO**, CPF Nº 701.021.084-55, vítima de acidente de trânsito (queda de moto), ocorrido na Perimetral Sul, Colinas do Sul – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SUBTENENTE BM RONALDO DA SILVA MENDES**, Matrícula 517.384-1. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com edema na região temporal do crânio e suspeita de fratura de clavícula. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON-DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da fatura fiscalizada da energia elétrica N° E36.288.937



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 10.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO SILVA DO NASCIMENTO
RUA DO PROGRESSO 459 C
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/466658-2

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	24/12/2019	150	03/01/2020	R\$ 95,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/01/2020				
Pagador: MARIA DO CARMO SILVA DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 486.528.304-87				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007896728	000466658201912	03/01/2020	R\$ 95,48	00.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

6099833-5088



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Debora Thais Silva do Nascimento

DATA DE NASCIMENTO 30/10/93

NOME DA MÃE Cicera Maria da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103047

POLETIM DE ENTRADA N.º 1025852

ATA DO ATENDIMENTO 07/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 01:29

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Trauma craniano com HED

CID 10 S06.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, alcoolizado, trazido pelos bombeiros, vítima de acidente de moto, não usava capacete, apresenta ferimento em órbita e hemiface esquerda, cervicalgia e vômito, dor em clavícula esquerda, glasgow 15, pupilas iso/foto. avaliado pela BMF, Neurocirurgia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, coluna cervical

Rx tórax, ombro E

USG(fast)


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: hematoma epidural temporal esquerdo


PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de hematoma extradural + sutura de ferimento em face

ALTA HOSPITALAR: 12/09/17

DATA DA EMISSÃO: 27/02/18


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1025852

**Identificação do paciente**

ID 1189240	Nome DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23 anos 10 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 103047
Mãe CICERA MARIA DA SILVA				Pai PAULO SILVA DO NASCIMENTO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988261550	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento DOCUMENTO NAO INFORMADO	Nº Cris 210103738370008		
Local de procedência GRANAME				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBOR				

Endereço

CEP 58084030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro POETA VICTOR HUGO
Número 255	Complemento	Bairro JARDIM VENEZA	

Admissão

Data e Hora 07/09/2017 01:29:41	Número da pulseira 1000006009440	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []	COMPREV
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------	----------------

Dados clínicos

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

22 OUT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CID

CNPJ

CNAE



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 80 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1025852



Identificação do paciente

ID 1189240	Nome DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23 anos 10 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 103047
Mãe CICERA MARIA DA SILVA				Pai PAULO SILVA DO NASCIMENTO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988261550	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento DOCUMENTO NAO INFORMADO	Nº Crns 210103739370008		
Local de procedência GRAMAME				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CEB/R				

Endereço

CEP 58084030	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro POETA VICTOR HUGO
Número 255	Complemento	Bairro JARDIM VENEZA	

Admissão

Data e Hora 07/09/2017 01:29:41	Número da pulseira 1000006009440	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 QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

out. lesão face + HED

Sinais Vitais

PA 110 x 82	mmHg	P脉搏 97	Temperatura 22 UUT 2018
----------------	------	-----------	----------------------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Jornada []	ECG []	Ultrassonografia []	PROTOCOLO FIX
Dados clínicos:	IPIPO ... <i>Oriântio</i> DATA ... <i>07/09/17</i> HORA ... NOME TÉC. RAD: <i>elvane</i>				<i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS (02) 22 UUT 2018 N9</i>
Diagnóstico	ASS: <i>Wellington W.P. de Abreu</i> Téc em Radiologia CRM-006017				CID: Tempo 01min 32seg
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO					

Paciente vítima de queda de moto, com lesão torácica, queixando-se de dor em ombro esquerdo + face. Aguarda exames.

Imprimir

Jayra José V. Freire
07/09/2017 01:27
07/09/2017 01:27
350



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

POSTO II

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 4545454

Paciente DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO	BAE 1025852	Data/Hora Entrada 07/09/2017 01:29:41	Data Baixa
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23	Sexo Feminino	CNS 210103739370008
Mãe CICERA MARIA DA SILVA			
Endereço POETA VICTOR HUGO, 255	Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 07/09/2017 01:29:41			
	Data/Hora Prescrição 08/09/2017 22:05:38		

1amnese

PÓS OPERATÓRIO DE HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDO; PACIENTE JÁ COM TOMOGRAFIA DE CONTROLE DO DIA 7/9/17 SEM COLEÇÕES RESIDUAIS; VEIO PARA O POSTO II COM QUADRO DE AGITAÇÃO CD: SOLICITO NOVA TOMOGRAFIA DE CRANIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

Dr. Ricardo R. Carvalho
CRM 6628
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A

22 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO	BAE 1025852	Data/Hora Entrada 07/09/2017 01:29:41	Data Baixa
Data de nascimento 30/10/1993	Idade: 23	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988261550
Mãe CICERA MARIA DA SILVA			Prontuário 103047
Endereço POETA VICTOR HUGO, 255	Bairro JARDIM VENEZA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THYAGO DUAVY FERRER LIMA	Nº Cons. Regional 9766/PB
Data/Hora Classificação 07/09/2017 01:29:41		Data/Hora Prescrição 07/09/2017 01:48:08	

Anamnese

PACIENTE ALCOOLIZADA VEM AO SERVIÇO TRAZIDA PELO BOMBEIRO VITIMA DE QUEDA DE MOTO (NAO FAZIA USO DE CAPACETE) APRESENTANDO FERIMENTO CORTE CONTUSO EM REGIÃO DE ORBITA E HEMIFACE ESQUERDA, CERVICALGIA E VÔMITO. AO EXAME A. VIAS AEREAS PERTIVAS COM CERVICALGIA B TORAX SIMETRICO, BOA EXPONSIBILIDADE, DOR A PALPAÇÃO EM CLAVICUAL ESQUERDA. SAT 98%. EM AR AMBIENTE C SEM FOCO HEMORRAGICO ATIVO, ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA . SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL D GLASGOW 15 PUPILAS FOTO REAGENTE E APRESENTANDO FCC EM ORBITA ESQUERDA, ESCORIAÇÕES EM FACE E OMBRO ESQUERDO CD= ANALGESIA TC DE CRANIO E CERVICAL RADIOGRAFIA TORAX, OMBRO ESQUERDO FAST PARECER DA NEURO. CBMF E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

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

CETOPIRFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., ACM, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML SF0,9%)

EXAME DE IMAGEM

OGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

MOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição	COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA
T07	Traumatismos múltiplos não especificados	

Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer
Medico
CAMIPA 9766 COMPTE 2396

THYAGO DUAVY FERRER LIMA
(9766/PB)

PROTOCOLO	AG. JOÃO PESSOA
72 JUN 2018	COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA	



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/09/2017	08:00H - (NUR)	
		# JATO DENTAL SEM UT HEM.
		# Ø INTERCONEXOES.
		# GCS 5, SEM DEFESA FONÉTICAS AFRONTAIS.
		PUPILAS DIFERENCIADAS, NO MARGEM, NÃO SÃO POSSÍVEIS.
		MALAIXA E BOUTONNA DIREITO E DIREITA.
		# CD: RETINOSA DO PAREN.
		
		8/9/17 NUR 23-361 FEZ NOVA CTC CÚSIS. SEM SINUS. Sangramento. Otros controles 2. draining to hemostasis 10.10.18 Dr. Rômulo R. Carvalho Vitória/ES 6628
		
		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA. 22/01/2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

COMPREV SÉGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

27 DECEMBER 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BE/PRONTUÁRIO

1025852

Nome do paciente

Dilma Thais Silveira do Nascimento

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
7/09/17		#CTBWF paciente submetido a sente de Fco em região subternal (E) sem evolução grave e intubação endotraqueal. procedimento cirúrgico para intervenção frouxa liberando a VAPF sob os cuidados da equipe de enfermagem CD @ Sefura ② alta da CTBWF
7/9/17	20:30	#URGI MESTRESA + ⇒ POI descoberto com tam subdural agudo + surto reagudo knee sob mestresia grossa SI interconexões ⇒ SVU: PA = 110x70; FC = 85pm; SpO ₂ = 98% ⇒ em uso: sedativa do; suportes ⇒ EGR, toracostomia, DGSITAB (14+1), acuratela, reanom. Itens esvaziar si bala, copiavase (+). COMP: NO-N
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	22 OUT. 2018	AP: m.d. difusamente. ↓ respiratória lento. NFB: n.a + SI degr., SI VBG, nenhuma. Rx: - hiperemia facial, dor, edema do rosto (E) - pulsos normais, curtos, leves. - oculos -> exoftalmia de dor curta (E) CD => Socorro diretor da ortopedia (Rx cervical (E))



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BEETSHI

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Deiborina Tavares Siqueira Nascimento

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
7/9/2017	# Ncn	
03h20		TCE por acidente com moto aplete, evoluindo com rebaixamento da consciência sono lento confusão sem perda mnese
		TCC revelou HEDa da fossa medial (E)
		<u>en:</u> Ab Bloco
7/9/17	# Ncn	
04h30		Drenagem de HEDa da fossa medial esquerda. Procedimento sem intubação
		<u>cn:</u> A OTI / UPPA 22 OUT. 2018
		PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
		CD



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/04/17	10:20	<p>Nenhum.</p> <p>Paciente evoluindo claramente.</p> <p>ECG LS, sem déficit.</p> <p>PIFR.</p> <p>Relata dor em ombro à esq.</p> <p>CD: Anel. da ortopedia-ombro (TC) com o contínuo.</p> <p>Retirar SUD.</p>
		<p style="text-align: right;">Tomas Catão Monte Hasso Neurocirurgião CRM/PB 1742</p>
7/9/17	20:30	# URG/ NEUROLOGIA #
07/9/17	20:30	<p>A Ons pedi</p> <p>paciente apresenta fadiga</p> <p>distância e perda de 50 mts</p> <p>num desvio.</p> <p># Condit. - T. pern / hem - T. E</p> <p>- TTO com náuseas</p>
		<p style="text-align: right;">Dr. Heliosmar B. Dias Jr. Médico CRM/PB 10251</p>
		<p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 22 VIII. 2018</p> <p>PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel: 8332165700

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 09/09/2017 09:38:08

Paciente DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1025852	Data/Hora Entrada 07/09/2017 01:29:41	Data/Hora Saída	
Data de nascimento 30/10/1993	Idade 23	Sexo Feminino	CNS 210103739370008	Prontuário 103047
Tempo de Internação 2d 1h 3m in		Convênio SUS		Plantão DIURNO

Evolução do Paciente (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 09/09/2017 09:38:00)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

DRENAGEM DE HEDA 07/09/17

GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCais
DOR INTENSA EM SITIO CIRURGICO

CT DE CRANIO SEM HEMATOMA RESIDUAL, DISCRETAS CONTUSOES CONTRALATERAIS

CD: OTIMIZAÇÃO DA ANALGESIA

Seção: POSTO II - ENF 17 Leito: 0003 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 VIII. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Identificação de Caixas de Cirurgias

SEPTEN

SOCIETATIS
BRAZILIANA

Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Dilma Thais do nascimento
Enfermaria/Leito:Cirurgia: Tratamento cirúrgico de drenagem de hematomaCirurgião: Dr. George MendesData: 07/09/2017 Sala: 03Circulante de Sala: Maria da M. Oliveira

NAB: 403

Cx.: Rog. cirurgia plástica = 30 PeçosVerifica: Veronica Data: 06/09/17

Retomia el 68 Peços F: 08-Kelly punta
+01 gelva +01 sonda +01 fita +01 tesoura plástica
nissen +01 sonda +01 fita +01 duramater
03/09/17 A/1 C 5º loop cirurgico (front)

(Sombra) DOP 05/09/17 C 5º cir

ex perf. strayer etiologia
germinal

ex anestesia e utr
 ④ = 01 BAFANAN 1 Keweenaw
01 geppa 02 loor
01 aquela p/ plástico 01 cor
01 memória 01 quer
01 memória 01 viva
01 DEX. clorometetra
01 TEC. clorometetra

LAP CIRÚRGICO
 AUTO: 01 CICLO: 5 134 €
 DATA: 05/09/2017
 VAL.: 15/09/2017
 TÉCNICA: LOURDES
 COREN: 307727

CX.: PERF. STRAYER
 AUTO: 01 CICLO: 10 121€
 DATA: 05/09/2017
 VAL: 05/12/2017
 TEC. ENF.: JACQUELINE
 COREN: 121651

LAP CIRÚRGICO
 AUTO: 01 CICLO:
 DATA: 05/09/2017
 VAL.: 15/09/2017
 TÉCNICA: LOURDES
 COREN: 307727

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COMPRES
 SEGURO E PREVIDÊNCIA SIA

22 OUT. 2018

COMPRES

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Debora Thais Souza do Nascimento BE/Prontuário: 1025857

Idade: 23 Sexo: (Masculino) (Feminino) Cor: _____ Data: 07/09/17

Clínica/Setor: CTB/UF EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Síntese de ferimento em face.

Cirurgião: Dr. Rochelly 1º Assistente: Dr. André

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ferimento confortável em face</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Síntese de ferimento confortável</u>	
<u>em face.</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. Diego Dantas M. da Riva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRM-PB: 5424

Médico/CRM: [Signature]

João Pessoa, 07/09/17



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Posição e Preparo:**

 - (1) Pagueie um DDFH, sob anestesia geral intubando com endotraqueial.
 - (2) Fixe o paciente entre os braços com PUPs.
 - (3) Fixação com anestésicos locais com Incisão: constrictor.
 - (4) Lâmina de bisturi de ferro fundido.
 - (5) Sutura + curvatura da face.
 - (6) Fim

Achados:

Conducta:

Fechamento: **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 VIII, 2018

PROTÓCOLO MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

Observação:

Dr. Diego Dantas M. de Paiva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRC-PB 5424

João Pessoa

Médico/CRM:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Debora Titais Silva do Nascimento BE/Prontuário: 102 5852
 Idade: 23 Sexo: (Masculino) (Feminino) Cor: _____ Data: 7/9/2011
 Clínica/Sector: Neurocirurgia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Drainagem de hematoma extradural
 Cirurgião: George Mendes 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: George Horário: Início 03:50 Término 04:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hematoma extradural Posso médica</u> (E)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Drainagem de HEDa.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (Sim) (Não) Descrição: _____
 Biópsia de Congelação: (Sim) (Não)
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 (Enfermaria) (Terapia Intensa) (Residência) (Óbito durante Ato Cirúrgico)

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 7/9/11



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição supina, sob anestesia geral
2. Assepsie + hipersepsie + aposição de campos
3. Bloqueio anestésico facorregional

Incisão:

4. Incisão linear temporal (E)
5. Dissecção subperiosteal do músculo temporal
6. Craniectomia temporal (E)

Achados:

7. Dranagem do HEDa
8. Tumor coagulado da arteria meningea media
9. Aneurisma de dura-máter

Conduta:

10. Instalação de dreno de succção
11. Sutura do músculo temporal
12. Sutura de pele /
13. Curativo cirúrgico
14. Procedimento sem intercorrência

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA
22 VIII. 2018

Observação:
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pess

Médico/CRM:

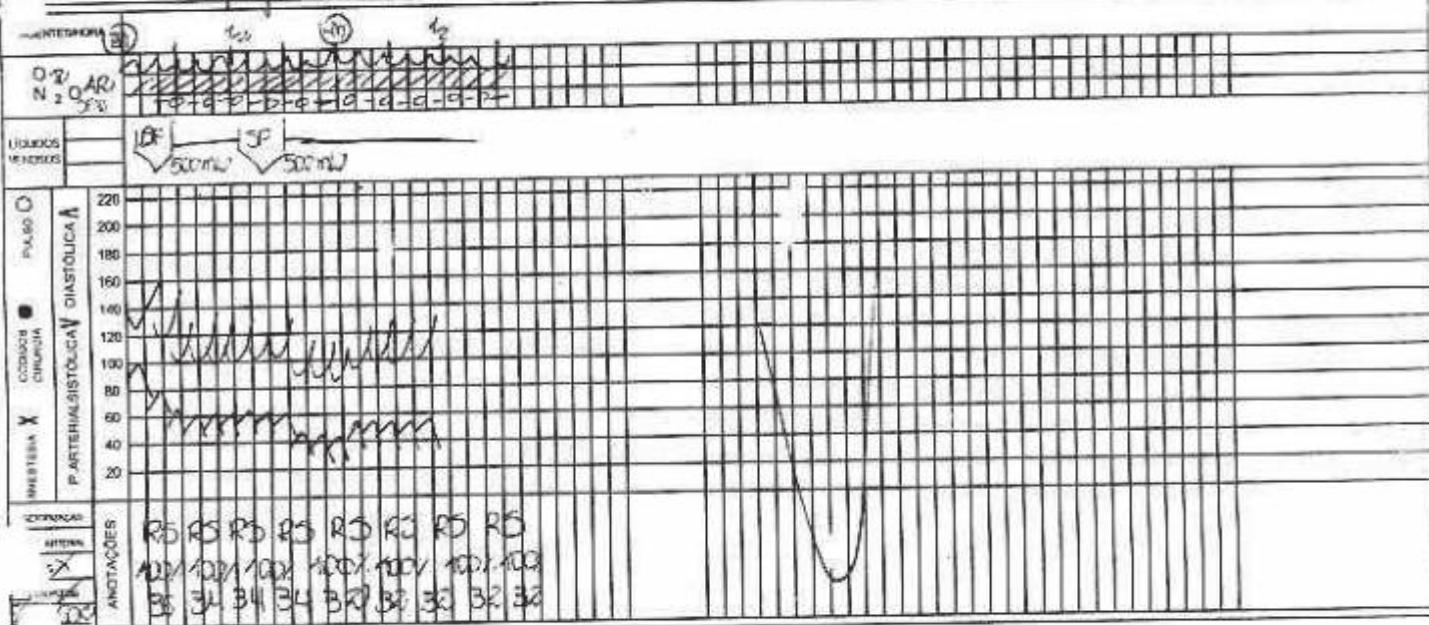
 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HERTSUL			2 - CNES <input type="text"/>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HERTSUL			4 - CNES <input type="text"/>	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE Doberonhois Silva de nascimento			5 - N° DO PRONTUÁRIO 1025852	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text"/>			8 - DATA DE NASCIMENTO 30/10/1993	
9 - SEXO Masc. 1 Fem 3				
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <input type="text"/>			11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE <input type="text"/>	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO) <input type="text"/>				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/>			14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO <input type="text"/>	
15 - UF <input type="text"/>			16 - CEP <input type="text"/>	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <input type="text"/>			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR <input type="text"/>	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <input type="text"/>			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA <input type="text"/>	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL <input type="text"/>			23 - CID 10 PRINCIPAL <input type="text"/>	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/>			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/>	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <input type="text"/>	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 31-OTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 34-OTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/>			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <input type="text"/> 37-OTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<p>- Surgical Curacel</p> <p>- Broca / fresa Smith</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> COMPREV COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A. 22 OUT. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/>			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <input type="text"/>	
41 - DOCUMENTO (CNS)		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/>		43 - ASSINATURA E CARIMEO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR <input type="text"/> 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/>	
47 - DOCUMENTO (CNS)			48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input type="text"/>	
49 - ASSINATURA E CARIMEO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text"/>				

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/09/17

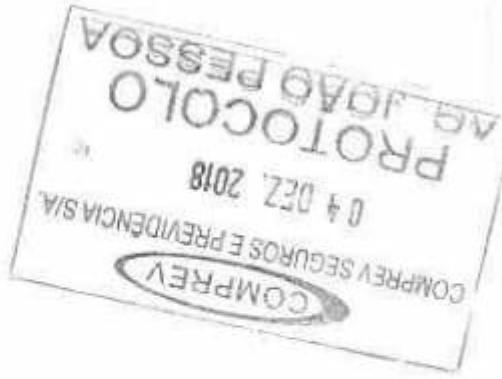
PRONTUÁRIO: 1025852

PACIENTE: Débora Thays Oliveira de Novais Monteiro	SEXO: M	COR:	IDADE: 23	
PRESSÃO ARTERIAL 130/80 mmHg	PULSO 100pm	RESPIRAÇÃO Espontânea	TEMPERATURA 36,8°C	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	() PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES VDRL, VPH				
AP. RESPIRATÓRIO NDN	AP. CIRCULATÓRIO NDN			
AP. DIGESTIVO Despejado	ESTADO MENTAL Desorientada	DROGAS EM USO VPH		
PRÉ-ANESTÉSICO —			ESTADO FÍSICO (ASA) I (S)	
DOSE / HORA				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Hemotoma subdural agudo.				
CIRURGIA REALIZADA Drenagem de hematoma subdural.				
CIRURGIÃO Dr. George	AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA 07/09/17	TÉRMINO DA ANESTESIA	DURAÇÃO DA ANESTESIA		
ÍNDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$		
ANESTESISTA Dr. George + Jotte (R)	CPF	CRM-PB		



ANESTESIA GERAL		RACHIDIANA	EPIDURAL	BLOQUEO PLEXO	BLOQ. NERVOS	OUTROS
<i>ANESTÉSICA Rg 200, monitorizada, upi-enxaimida c/0,1% 3ml, umidificada c/ ① + ② + ③, Ld alveolar, IUT c/ TOT</i>						
USUÁRIOS	VOLUME INHALADO	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				
DESILO		1. Fentanil 200ug	11	COMPREV		
NFL	L	2. Sunitumimab 50mg	12	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A,		
VALOR		3. Propofol 100mg	13	22/09/2018		
HISTER		4. Rotarodeno 30mg	14	PROTÓCOLO		
TOTAL		5. Dicumarol 50mg	15	AG. JOÃO PESSOA		
DESTINO DO PACIENTE		6. Dipirona 2g	16			
<input type="checkbox"/> APT	<input type="checkbox"/> ENFERMAGA	7. Nauroxifen 3mg	17			
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8.	18			
<input type="checkbox"/> OUTROS		9.	19			
		10.	20			

INSTRUÇÕES IMPORTANTES: Verificar visualização clara, hemostasia c/ coagulação + curvatura. Manutenção c/ manobra + intubação. Tubo fixado c/ suspensórios. Outros aparelhos c/ manutenção. Ausculta de soproto c/ pressão +



Hospital Estadual do Emergência e Trauma Senador Manoel Luizeno		GOVERNO DA PARAÍBA	
Documento de Alta			
Nome: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO		Número Protocolo: 103047	
Data de nascimento: 30/05/1993	Sexo: Feminino	Data de Internação: 07/09/2017 00:35:25	Data de Alta: 12/09/2017 03:36:38
Motivo da Alta: ALTA HOSPITALAR			
Condução: TCE HEMATOMA EXTRA-DURAL (HED) SUBMETIDA A DRENAGEM CIRÚRGICA.			
Resumo da Internação: BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA NEUROLOGICA			
Resultado de Exames:			
TC DE CRÂNIO - HED			
Tratamento: DRENAGEM CIRÚRGICA HED			
Diagnóstico: SGB 4 - Hemorragia epidural			
Recomendações: RETORNO 30 DIAS AMBULATORIO/HTOP RETORNO AO PS SE PICORA CLINICA			
TOHAS CATÃO MONTE RASO CRM 7742 - PB			
Data: 12/09/2017			

SUS	Unidade de Saúde	Município	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)					
Identificação do Paciente					
Nome do paciente: ...					
Data de nascimento: ...					
Sexo: ...					
Endereço: ...					
CEP: ...					
Município: ...					
UF: ...					
Identificação do procedimento:					
Procedimento(s) secundário(s):					
Justificativa do(s) procedimento(s) solicitado(s):					
SOLICITAÇÃO					
Data da solicitação: ...					
Assinatura: ...					
AUTORIZAÇÃO					
Data da autorização: ...					
Assinatura: ...					



RECOLHIMENTO		RECOLHIMENTO	
DATA: 04/12/2018	SACRIFÍCIO	DATA: 04/12/2018	RECIBIDO
VALOR:	R\$ 1000,00	VALOR:	R\$ 1000,00
AUXÍLIO		AUXÍLIO	
RECIBO O VALOR DE R\$ 1000,00 DA COMPRAV		RECIBUÍDO PAGAMENTO FAMÍLIA DO MIGRANTE DATA: 04/12/2018 / R\$ 1000,00 AVISO RECOLHIMENTO DE F.D. DE CRUZADO NO DIA 19/06	
		JORNAL CORREIO DATA: 19/06/2018 ASSINATURA	
		DR. TOMAS GAYAO MONTE RAIS	
		DR. TOMAS GAYAO MONTE RAIS 7729PB	
		N.R.F.S.A. - Presidente Executivo de Empresa - DR. TOMAS GAYAO MONTE RAIS	



Receituário Médico



D1 Drog. Tábu. Nro do N

uso CRM

01 Frascos 20mg ——. 01 cx.

Tabs 01g VO 12:12h por 5d

PROTÓCOLO
SEGURANÇA
CRM/PB

04/10/2017





Receituário Médico



D) Debora Thales M.V. Cl. N.

Emissor:

Protocolo

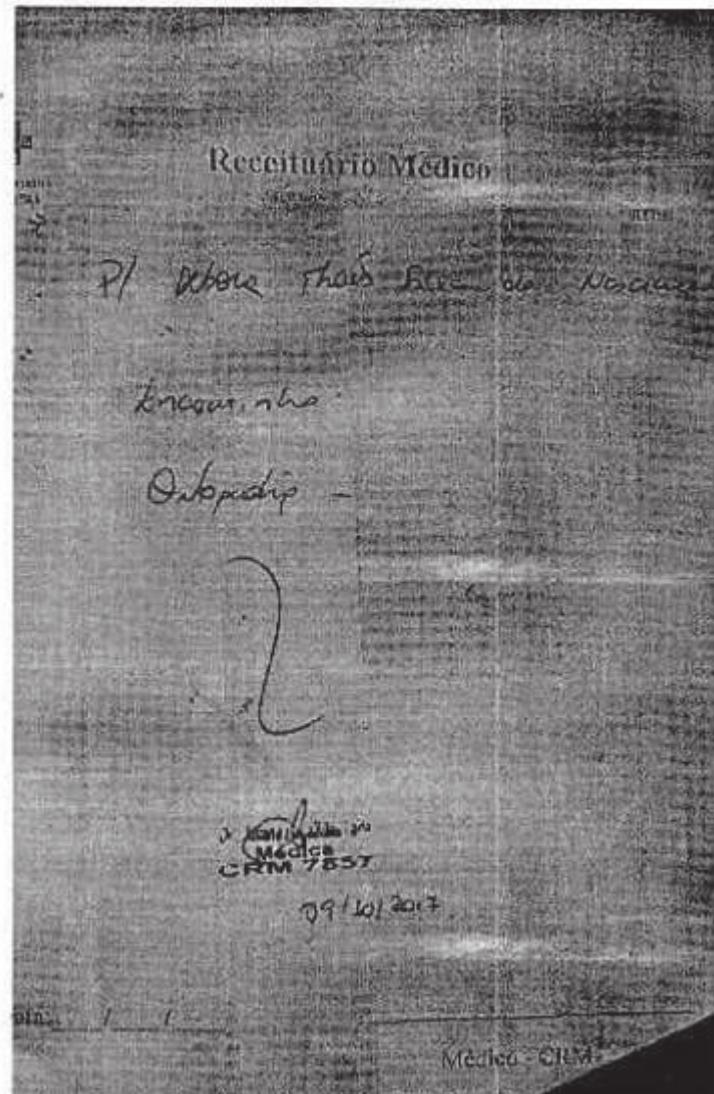
Nº Stück portaria:

2 - Série 1^o
MÁDIA
CRM 7857

09/10/2017

Data: _____ / _____ / _____







Receituário Médico



P/ Júlio Cesar da Silva do Sacramento

- Encaminho -

Ds. Procurado.

2

08
29/10/14

Hospital
Medico
FMM/BBT



FEDERATIVA DO BRASIL

DO MUNICÍPIO DE

BRASILEIRAS SÓA

P-236

SIGLA DA POLÍCIA FEDERAL

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

12.222.2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIRETORIA DE
ASTRAZENCA

ASTRAZENCA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GEPAI
3.998.255

REGISTRO
GEPA

NOME DÉROBA THAIS SILVA DO MASCIMENTO

EDUCAÇÃO PAULO SILVA DO NASCIMENTO
CITCERA MARIA DA SILVA

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE ENTREGA
30/10/1993

30/10/1993

DOC ORIGEM
NASC.N. 59092 FL
CARTORIO 4.DE J
CFF 701.021.084-55

17-N-11092226/08/01/2018

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES**

191117B266-9 00/0000000 2018

ESTATE PLANNING FOR AGENTS

013200076429
013200076429
013200076429

May 1996

PASS / NOTIFICATION APPLIC GASOLINA

2017 2717

2 F/162 /C1 PARTIC PRETA

卷之三

***** SEGURO PAGO 30/04/2018

A. E. BANCO HONDA S.A.

JOAO PESSOA-PB

4194

卷之三



contents:

卷之三

CPN: 04.110.304-57

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200015224**

Nome do(a) Examinado(a): **DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA DO PROGRESSO, 459 - Distrito Industrial - João Pessoa - PB - CEP 58082-058

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3998255**

Data e local do acidente: [**07/09/2017**]

Bairro Colinas do Sul Cidade de João Pessoa PB

Data e local do exame: [**17/01/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE com Hematoma Epidural Temporal Esquerdo.

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

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica na região temporal esquerda. Refere queixas de cefaleia, tontura, refere diminuição da acuidade visual do olho esquerdo.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Realizado tratamento cirúrgico com drenagem de hematoma.

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

[] Sim [**X**] Não

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

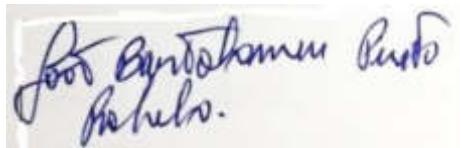
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015224 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com Hematoma Epidural Temporal Esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica na região temporal esquerda. Refere queixas de cefaleia, tontura, refere diminuição da acuidade visual do olho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com drenagem de hematoma.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Vítima refere diminuição da acuidade visual do olho esquerdo, porém não foi apresentada documentação comprobatória.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015224 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRÂNIO - DRENAGEM DO HEMATOMA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200015224 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ESQUERDO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRÂNIO - DRENAGEM DO HEMATOMA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: * SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013290/20

Vítima: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 701.021.084-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/09/2017

Titular do CPF: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO : 701.021.084-55

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 10/01/2020

Nome: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 701.021.084-55

Data do cadastramento: 10/01/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA