
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

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



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: **703.021.084-55** Nome completo da vítima: **Debora Thais Silva do Nascimento**

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

Nome completo: **Debora Thais Silva do Nascimento** CPF: **703.021.084-55**
Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua do progresso** Número: **459** Complemento: **C**
Bairro: **Bairro das Indústrias** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58000-000**
E-mail: _____ Tel(DDD): **(83) 99811-5088**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0920** CONTA: **07207** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 **assinale 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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** TESTEMUNHAS
Nome: _____ 1ª | Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Debora Thais Silva do Nascimento** 2ª | Nome: _____
Assinatura: _____ CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

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 Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Débora Thaís 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: Perimetal 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 pas/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 a 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 ALCÓBA 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DÉBORA THAÍS SILVA DO NASCIMENTO

Notificante
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
Ac. João Pessoa 01895.01.2018.1.00.420

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: **703.021.084-55** Nome completo da vítima: **Debora Thais Silva do Nascimento**

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

Nome completo: **Debora Thais Silva do Nascimento** CPF: **703.021.084-55**
Profissão: **Estudante** Endereço: **Rua do progresso** Número: **459** Complemento: **C**
Bairro: **Bairro das Indústrias** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58000-000**
E-mail: _____ Tel(DDD): **(83) 99811-5088**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0920** CONTA: **07207** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 **assinale 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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: _____ 1ª | Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Debora Thais Silva do Nascimento 2ª | Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, 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 CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

VISTO EM: 20/03/18Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

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 após 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
2ª TEN - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção

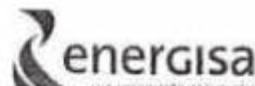
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**GOVERNO**
DA PARAIBACorpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Concim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7679 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para singles pagamento da rede fiscal/conta de energia elétrica N° 836.288.907



ENERGISA PARAIBA - 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. 16.015.923-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/466658-2

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

24/12/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

03/01/2020

TOTAL A PAGAR

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				
RUA DO PROGRESSO 459 C - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007896728	000466658201912	03/01/2020	R\$ 95,48	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

(83) 99833-5088



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)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: hematoma epidural temporal esquerdo

TRATAMENTO:

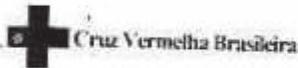
Tratamento cirúrgico de hematoma extradural + sutura de ferimento em face

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
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 Cns 210103738370008		
Local de procedência GRAMAME	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	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	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

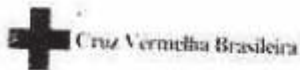
Diagnóstico

Atendido por
MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO

Tempo
01min 32seg

Imprimir

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - 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
Mãe CICERA MARIA DA SILVA	Religião	Prontuário 103047
Escolaridade	Pai PAULO SILVA DO NASCIMENTO	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988261550	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento DOCUMENTO NAO INFORMADO	DDD Fixo
Local de procedência GRAMAME	Nº Cns 210103739370008	Fone Fixo
Email	Tipo BAIRRO	UF PB
Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

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

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA 110 x 82 mmHg	SPO2 97	Temperatura 37.2	22 OUT. 2018

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos	<p>PROTOCOLO AC. JOAO PESSOA</p> <p>CHAMADO + CERVICAL 07:09:30 17 Wellington W P de Albuquerque Téc em Radiologia CRTR 006017</p>			
Diagnóstico	<p>ASS: ...</p>			
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO	<p>Tempo 01m/n 32seg</p>			

Paciente vítima de queda de moto, com lesão
to estético, queixando-se de dor em ombro
esquerdo @ face. Aquarda lesões

Imprimir

Jayra Joana W. Freitas
Enfermeira
07/09/2017 01:27

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	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 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	

anamnese

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
Assinatura
CRM 6628

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO



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	CNS 210103739370008	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 AERIAS PERVIAS COM CERVICALGIA B TORAX SIMETRICO, BOA EXPOSIBILIDADE, DOR A PALPAÇÃO EM CLAVICULAR 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

CETOPROFENO 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
T07	Traumatismos múltiplos não especificados


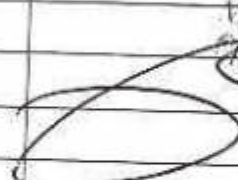
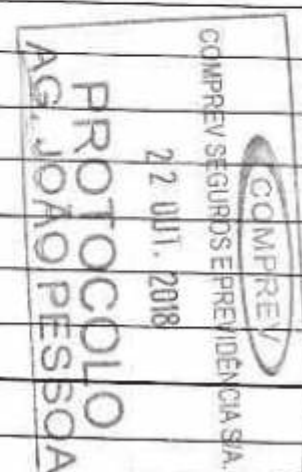
Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima
Médico
CRM-PB 9246 CRM-E 23596
THYAGO DUAVY FERRER LIMA
(9766/PB)

DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/09 2017	0800H -	<NCL>
		# 3º DO PRATAGEM DE HED.
		# Ø INTERCOMUNICAÇÃO.
		# GCS IS, SEM DEFICIÊNCIAS LOCAS APARENTES.
		PUPILA DILATADA NOZ MARGEM, NÃO SENDO POSSÍVEL.
		MANEJA A ESQUERDA DEVIDO EDEMA.
		# CD: RETORNA DO PRIMO.
		
		08/09/17 NCL
		23:30
		FEZ NOVA CT CUBA
		SEM SINAIS DE
		SANGUINAMENTO
		OTROS CONTAB 2.
		drainagem de hematomas
		epidural
		
		Dr. Ricardo A. Carvalho
		Neurocirurgia
		CRM-6628
		

BE/PRONTUÁRIO

1025852

Nome do paciente

Dibora Thuez Silva do Nascimento

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/09/17		#CTBME paciente submetido a pontose de FCC um regime substancial (E) sob cuidado geral e intervenção ortopedica al. procedimento realizado sem intercorrências paciente internado na UPA sob os cui- dados da equipe de enfermagem CP @ Sufina @ Alti da CTBME Dr. Diego Dantas M. de Paiva Cirurgia Plástica Maxilo-facial CRM 28.344
7/9/17	20:30	#URD/MEKROZOLIN H ⇒ POI: Drenagem intratecal SUBDURAL 16000 + SURTO REVISÃO KICK SOB CUIDADO GERAL S/ INTERCORRÊNCIAS ⇒ SUEU: PA = 110 x 70; PC = 85mm; SpO2 = 98% ⇒ UN USO: SINTOMAS DE; SURTO + CAS ⇒ EGR, KETOACID, COMA, DESORIENTA (+14+), ACIDOTICA, KETOACID. HEMO ESTABILIZADO, DIURÉTICO (+). ACU: NON AP: MVD DEFENSIVO. ↓ EQUILIBRIO VAS. APB: RITA ↓ S/ DEB, S/ UMC, NUNCA VET+: INTERCORRÊNCIAS FUNCIONAIS, DAN, DECONTAMINADO CUSTO (E) RISCOS HEMODINAMICOS, CUIDOS, NECESSÁRIOS. OBSERVAÇÕES → CRISE DE DAN CUSTO (E) CD ⇒ SORÇÃO DECONTAMINADA DA ORTOPEdia (Tx CERVICAL (E))

AG. JOÃO PESSOA

PROTÓCOLO

22 OUT. 2018

COMP. PREV. SEC. E PREVID. CASAL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DEBORA TAIAS SILVA do Nascimento

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
7/9/2017	03h20	# Neu TCE por acidente com moroacete, evoluindo com rebaixamento de consciência somente confuso sem pupilas mór. TCC revela HEDa de fossa mediz @ en: Ao Bloco
7/9/17	04h30	# Neu Realizada drenagem de HEDa de fossa mediz esquerda. Procedimento sem intercorrências

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SD

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700Impresso 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
Tempo de Internação 2d 1h 3min	Convênio SUS	Prontuário 103047	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

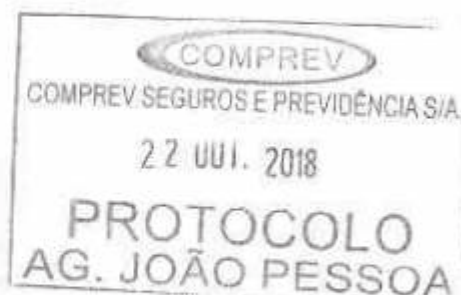
GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS
DOR INTENSA EM SITIO CIRURGICO

CT DE CRANIO SEM HEMATOMA RESIDUAL, DISCRETAS CONTUSÕES CONTRALATERAIS

CD: OTIMIZAÇÃO DA ANALGESIA

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

Número Conselho: 7650



Preencher quando não houver etiqueta

Paciente: Debora Thais do Nascimento
Enfermaria/Leito: _____

Cirurgia: Trat. cirúrgico de drenagem de hematoma

Cirurgião: Dr. George Mendes

Data: 07/09/2017 Sala: 03

Circulante de Sala: Maíldes M. Oliveira
1163.403

Cx: Rec. cirurgia plástica = 32 peças
06/09/17

ectomia 68 peças F= 08-Kelly e uma
tos gavra tos atast 9/11 tos tesoura
9/13/09/17 A/C 5º loop cirurgia (brut)
honda

Sandra) loop 05/11/17 A1

CX PER. STRAYKER espaço
seguro

ectomia F= 01 Bakman 01 Kerrison
01 gepp
01 agulha p/ pinça 02 loop
01 moncler 01 cor
01 Dent. duramater 01 per
01 per

LAP CIRURGICO
AUTO: 01 CICLO: 5 134 C
DATA: 05/09/2017
VAL.: 15/09/2017
TECNICA: LOURDES
COREN: 307727

CX.: PERE. STRAYKER
AUTO: 01 CICLO: 10 121C
DATA: 05/09/2017
VAL.: 05/12/2017
TÉC. ENF.: JACQUELINE
COREN: 12165-1

LAP CIRURGICO
AUTO: 01 CICLO: 8
DATA: 05/09/2017
VAL.: 15/09/2017
TECNICA: LOURDES
COREN: 307727

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

Nome: Deborah Theres Sales de Vasconcelos BE/Prontuário: 1025852
 Idade: 23 Sexo: () Masculino (☒) Feminino Cor: _____ Data: 07/09/17
 Clínica/Setor: CTB WF EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Sintese de formento um fore.
 Cirurgião: Dr. Rochelgo 1º Assistente: Dr. Andre
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Genel Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Formento carbonizado um fore</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Sintese de formento carbonizado um fore.</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. de Paiva
 Cirurgia Bucodentofacial
 CRO-PB: 5424

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 07/09/17

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DPH, sob anestesia geral intubada e monitorizada.
- 2) Antissepsia extensa oral com PVP
- 3) Incisão com anestésico local com constritor.

Incisão:

- 4) Hemograma e captação de ferro.
- 5) Suturas + curativos na face.
- 6) Fim

Achados:

Conduta:

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

22 JUL 2018

PROTOCOLO

Observação:

JOÃO PESSOA


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

João Pessoa

Médico/CRM:

Nome: DEBORA TITAIS SILVA DO NASCIMENTO BE/Prontuário: 1025852
 Idade: 23 Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 7/9/2011
 Clínica/Setor: Neurocirurgia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Drenagem de hematoma extradural
 Cirurgião: George Mendes 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: George Horário: Início 03:50 Término 07:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hematoma extradural (Pessoa Médica) (E)</u>	

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

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 7/9/11

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição supino, sob anestesia geral
2. Assépsie + antissepsie + aposição de campos
3. Bloqueio anestésico locorregional

Incisão:

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


Achados:

7. Drenagem do HENa
8. Termos coagulados de artérias meníngeas médias
9. Amolecimento da dura mater

Conduta:

10. Instalação de dreno de sucção
11. Sutura do músculo temporal
12. Sutura da pele
13. Curativo asséptico
14. Procedimento sem intercorrências

Fechamento:


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

Observação:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Médico/CRM:

João Pessoa



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

HERTSHL

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HERTSHL

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Deborah Aísa Silva de nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1025852

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/10/1993

MASC

9 - SEXO

FEM

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

- Surgical / avacel
- Braxa / mesa Smith

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Deborah Thais Silva de Nascimento
 IDADE: 93 DE 10/25/82 CONTÚRIO: DE INFERMARIA: LEITE
 CIRURGI: Dr. George Mendes Dr. George Fernandes
 CIRURGI: Dr. George Mendes Dr. Rodolfo Sr. Dr. André
 ANESTESIA: Geral
 ANESTESISTA: Dr. George Fernandes
 INSTRUMENTADOR: Gilvanete
 DATA: 04/09/19 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 08:00 FIM: 08:10 IM: 05:00
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)
 ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS		QTD.
ALFENTANILA		SFO, 97, 500-uf		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA ISOBARICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº		
BUPIVACAÍNA PESADA		SL 500-uf		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº		
CETAMEN				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº		
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 3-0 D		
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº 5-0 L		
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%	80	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº		
FENTANIL	1	PVPI DEGERMANTE	85	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº 0 U		
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA	80	LÂMINA BISTURI Nº24	L	FIO POLIGLACTINA Nº		
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO	80	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº 40 L		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	15	FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	U	FIO POLIPROPILENO Nº		
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	U	FIO POLIGLECAPRONE Nº		
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	U	FIO SEDA Nº		
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA		
NIMBILM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	U	MATERIAL ESPECIAL		QTD.
PANCURÔNIO	1	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº		
SEVOFLURANO	1	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	U	FIO STEINMAN Nº		
SUXAMETÔNIO	1	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	U	FIO STEINMAN Nº		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	U	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES		QTD.	ROLA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HFMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA			CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA			CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR		
ATROPINA			CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM		
BEXTRA			CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO		
CEFAZOLINA			CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA		
DENAMETASONA	1		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	1			
DIPIRONA SÓDICA	L		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS		
EFEDRINA			COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS		
FUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº 24	1	PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOSE 50%			COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	L	PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CÁLCIO			DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº20	1	PARAFUSOS MALEOLAR		
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUÇÃO 3,2	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR		
LIDOCAÍNA GELÉIA			ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA		
ONDASENTRONA	1		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	L	PLACA		
PLASIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE	Surgical (cancel)	1			
PROSTIGMINE			EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS		
PROTAMINA			ESPONJA DE PVPI			ASPIRADOR		
TENDOCAN			ESPARADRAPO			BISTURI ELÉTRICO		
			GAZES			CAPNÓGRAFO		
			GAZES ALGODOADAS			CARDIOMONITOR		
			GEL ELETROLÍTICO			DESFIBRILADOR		
			JELCO Nº14			FOCO AUXILIAR		
			JELCO Nº16			FOCO CENTRAL		

MACOM
 FABRICANTE: MACOM INSTRUMENTAL
 CIRÚRGICO INDUSTRIAL LTDA
 CNPJ: 06.982.888/0001-79 - Fone: 308.722.788-111
 Av. João Siqueira, 1520-917
 Av. João Siqueira, 275 - Fone: 308.722.788-111
 Fone: 308.722.788-111
 E-mail: macom@macominstrumental.com.br
 04-08-2014

FRESA E BROCA DESCARTÁVEL MACOM
 NOME TÉCNICO: BROCA CIRÚRGICA
 DESCRIÇÃO: FRESA AUTOMÁTICA HIGH PERFORMANCE Ø 12mm - SMITH
 MODELO COMERCIAL: MA-1014B Nº LOTE: 115464/17
 CONTÉM: 1 UNIDADE
 DATA DE FABRICAÇÃO: 28/07/2017
 REGISTRO ANVISA Nº 10143070028
 RESPONSÁVEL TÉCNICO: ALEXANDRE ENALAN M. JZ
 CREA-SP: 52225H/10

PRODUTO ESTÉRIL
 Proibido de uso único
 FORTISSIMO REPROCESSADA
 NÃO REUTILIZE
 "VER INSTRUÇÕES DE USO"

ESTERILIZADO POR ÓXIDO DE ETILENO

LOTE: 280717/06

Data de Esterilização:
 28/07/2017

Data de Validade:
 28/07/2022

ESTERILIZADO POR ACBCL CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO COM ENG. LTDA

PROTÓCOLO
 AG. JOÃO SIQUEIRA
 EQUIPAMENTOS
 () ASPIRADOR
 () BISTURI ELÉTRICO
 () CAPNÓGRAFO
 () CARDIOMONITOR
 () DESFIBRILADOR
 () FOCO AXILAR
 () FOCO CENTRAL
 () MICROSCÓPIO
 () OXÍMETRO DE PULSO
 () P.A. INVASIVA
 () P.A. NÃO INVASIVA
 () PERFURADOR ELÉTRICO
 () SERRA
 CIRCULANTE
 4163.403

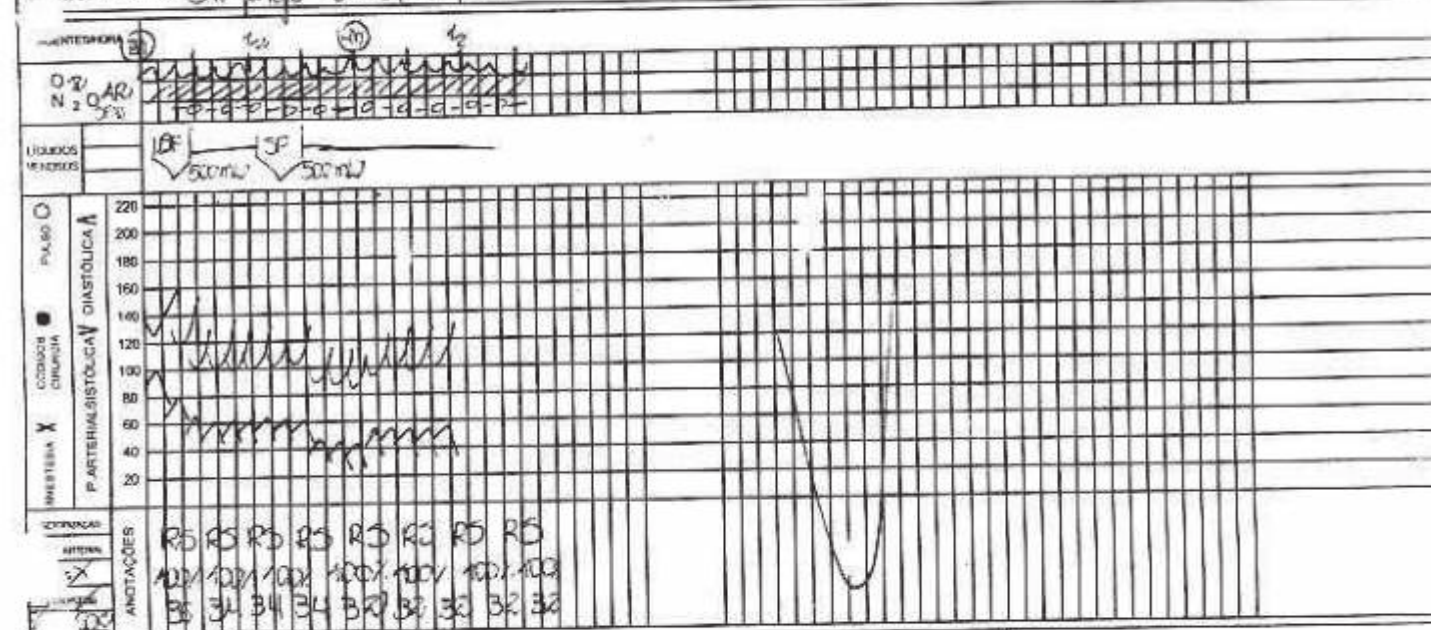
FINGO ASCR 011-5

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/09/17




PRONTUÁRIO: 1025858

PACIENTE: <u>Débora Thays Silva do Nascimento</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u></u>	IDADE: <u>23a</u>
PRESSÃO ARTERIAL: <u>130/80mmHg</u>	PULSO: <u>100bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>espontânea</u>	TEMPERATURA: <u>36,4°C</u>	GRUPO SANGÜÍNEO: <u></u>
ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: <u>hemograma, VPH</u>				
AP. RESPIRATÓRIO: <u>NDN</u>		AP. CIRCULATÓRIO: <u>NDN</u>		
AP. DIGESTIVO: <u>Duodeno</u>		ESTADO MENTAL: <u>Duodeno</u>		DROGAS EM USO: <u>VPH</u>
PRÉ-ANESTÉSICO: <u></u>				ESTADO FÍSICO (ASA): <u>I</u>
DOSE/HORA: <u></u>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Hematoma subdural agudo</u>				
CIRURGIA REALIZADA: <u>Duodeno de hematoma subdural</u>				
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jorge</u>		AUXILIARES: <u></u>		
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>3h</u>		TÉRMINO DA ANESTESIA: <u></u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u></u>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u></u>		QUANT. DE CH.: <u></u>		VALORES RS: <u></u>
ANESTESISTA: <u>Dr. Jorge + Jara (R)</u>		CPF: <u></u>		CRM-PB: <u></u>



<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOC. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOC. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS		RE: 001, monitorizada, uni-exigência 9/10 100% 3min, manuf. 9, 1, 2, 3, 10 abnormidade, 100% de TET.
LEGIADOS VALOR DO PR: <u></u>		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE:	1. Fentanyl 200µg	11
NAU:	2. Succinilcolina 50mg	12
SANGUE:	3. Propofol 150mg	13
PROPR:	4. Rocuronio 30mg	14
TOTAL:	5. Dexametasona 10mg	15
DESTINO DO PACIENTE:	6. Diprivena 2g	16
<input type="checkbox"/> ART	7. Narcoxylon 8mg	17
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	8.	18
<input type="checkbox"/> UTI	9.	19
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	10.	20
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: <u>sem visualização distal, confirmação de capnografia + auscultar. Manutenção e/ou ventilação + oxigenação. Tubo preso e espandido. Olhos fechados e imobilizados. Auxílio de pontos de punção</u>		ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>Jorge</u> DATA: <u>07/09/17</u>



					
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Seropédica - Humaitá - Lúcia					
Documento de Alta					
Nome: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO		Número Fronteiriço: 103547		Data de Alta: 12/09/2017 09:36:38	
Data de Nascimento: 30/07/1993		Sexo: Feminino		Data de Internação: 07/09/2017 08:35:26	
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR					
Condição: TCE HEMATOMA EXTRA-DURAL (HED) SUBMETIDA A DRENAGEM CIRURGICA.					
Resumo da Internação: BOA EVOLUÇÃO CLÍNICA-NEUROLÓGICA					
Resultado de Exames: TC DE CRÂNIO: HED					
Tratamento: DRENAGEM CIRURGICA HED					
Diagnóstico: S06.4 - Hemorragia epidural					
Recomendações: RETORNO 30 DIAS AMBULATORIO HTOP RETORNO AO PS SE PIORA CLINICA					
Data: 12/09/2017				TOMAS CATÃO MONTE RASO CRM: 7742 - PB	



Sistema
Nacional de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. NOME DO PACIENTE	2. NOME DO RESPONSÁVEL
3. ENDEREÇO DO PACIENTE	4. CIDADE DO PACIENTE
5. ESTADO DO PACIENTE	6. DATA DE NASCIMENTO
7. SEXO DO PACIENTE	8. DATA DE SOLICITAÇÃO
9. DATA DE RECEBIMENTO	10. DATA DE AUTORIZAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1. NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	2. NOME DO RESPONSÁVEL
------------------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

1. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	2. NOME DO RESPONSÁVEL
3. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	4. NOME DO RESPONSÁVEL
5. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	6. NOME DO RESPONSÁVEL
7. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	8. NOME DO RESPONSÁVEL
9. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	10. NOME DO RESPONSÁVEL

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

1. JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)	2. JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)
--	--

SOLICITAÇÃO

1. NOME DO RESPONSÁVEL	2. NOME DO RESPONSÁVEL
3. NOME DO RESPONSÁVEL	4. NOME DO RESPONSÁVEL
5. NOME DO RESPONSÁVEL	6. NOME DO RESPONSÁVEL
7. NOME DO RESPONSÁVEL	8. NOME DO RESPONSÁVEL
9. NOME DO RESPONSÁVEL	10. NOME DO RESPONSÁVEL

AUTORIZAÇÃO

1. NOME DO RESPONSÁVEL	2. NOME DO RESPONSÁVEL
3. NOME DO RESPONSÁVEL	4. NOME DO RESPONSÁVEL
5. NOME DO RESPONSÁVEL	6. NOME DO RESPONSÁVEL
7. NOME DO RESPONSÁVEL	8. NOME DO RESPONSÁVEL
9. NOME DO RESPONSÁVEL	10. NOME DO RESPONSÁVEL

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
 04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

CONTROLE DA PRIMA		CONTROLE DA PREVIDENCIA	
Recibido PRIMA DEBIDA TMS-AVALUO JACUAREMA Data: 10/09/2017 08:15:43 - Sem Fim: 10/09/2017 A LUIS RETORNA PONTOS DE F.D. DE CUBAO DO DIA 18/09	MASSA RAE 102.853 CPF: 166.116.116-11 1742PB	Recibido PRIMA DEBIDA TMS-AVALUO JACUAREMA Data: 10/09/2017 08:15:43 - Sem Fim: 10/09/2017 A LUIS RETORNA PONTOS DE F.D. DE CUBAO DO DIA 18/09	MASSA RAE 102.853 CPF: 166.116.116-11 1742PB
DR. TOMAS CATAO MONTE BASO 1742PB		DR. TOMAS CATAO MONTE BASO 1742PB	



Recatório Médico



07 2004 1000 1000 do N

USO ORAL

01 Paciente 2004 1000 1000 do N

Taken 010 1000 1000 do N



010 1000 1000 do N

010 1000 1000 do N

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
04 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AL. JOÃO PESSOA



Receituário Médico



Dr. Debra Thais Silva do N

Enfermeiro

Residência

no setor de emergência

2.000.000 em
medica
CRM 7857

09/10/2017

Data: / /

Médico CRM



Recetário Médico

P/ Debra Thaís Barão Nogueira

Exames -

Outros -

Dr. Manoel Antônio de
Medeiros
CRM 7857

09/10/2017

Méico - CRM





Receituário Médico



P/ Maria Thais Silva do Nascimento

Tratamento

Dr. Brevinaxib

2

0

09/10/11

Dr. Maria Thais
Médica
CRM 7857



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 JUL 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Detona Thais S. da S. de Almeida

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

12 JUL 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REGISTRO
GERAL

3.998.255

EXPEDICAO

04/10/1993

NOME DÉBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO PAULO SILVA DO NASCIMENTO

CICERA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOC-ORIGEM

NASC.N. 59092 ELS. 167V LIV. A55

CARTORIO 4. DE J. PESSOA PB

CPF

701.021.084-55

JOÃO PESSOA - PB

DATA DE NASCIMENTO

30/10/1993

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

COMPRENSIVOS E PREVIDENTES
EMPREGO

ASSINATURA DE *[assinatura]* LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

DEFINITION

DETRAN - PB
Nº 013430877383

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

2018	0000000000
2018	0000000000

Y	0111578960-8	00/00000000	2018
---	--------------	-------------	------

EIGHTH ALIVE DO NASCIMENTO

91120076439 91120076439

[illegible]

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

EXPIRATION DATE	2017	2017
MONTH / YEAR	6 / 2017	2017

	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005
1	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005

00/00/0000

7-11-12 (Continued)

DEPARTMENT OF THE ARMY - HEADQUARTERS, DISTRICT OF COLUMBIA

***** SEGURO P A G O 30/04/2018

DAIRY/CASE

JOAO PESSOA-PB LOCAL DATA

419471100

CONTINUED

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

continued:

CAUTIONS TO QUALITY ASSURANCE

CPI: 014.110.304-57

**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?

[☒] 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 [☒] 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

(X) "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

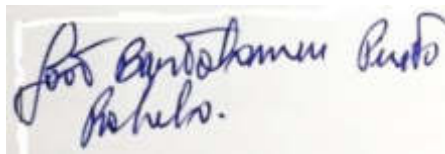
Região Corporal (Sequela):

% 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/09/2017

Titular do CPF: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Data da apresentação: 10/01/2020
Nome: DEBORA THAIS SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 701.021.084-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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