



Número: **0809290-22.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **14/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                               |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                                                |                   |
|--------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA (AUTOR) |                    | RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)<br>JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO)<br>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)           |                    |                                                                                                                              |                   |
| Documentos                           |                    |                                                                                                                              |                   |
| Id.                                  | Data da Assinatura | Documento                                                                                                                    | Tipo              |
| 38524<br>277                         | 19/01/2021 15:06   | <a href="#">2778240_CONTESTACAO_Anexo_02</a>                                                                                 | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165927

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15745545





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165927

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01169/01170 - carta\_2 - INVALIDEZ

00040585



Carta nº 15763371





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200165927

Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

Data do Acidente: 12/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01331/01332 - carta\_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200165927**

**Vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA**

**Data do Acidente: 12/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000036**

**Conta: 0000089815-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

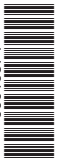
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01147/01148 - carta\_30 - INVALIDEZ

00010574



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 271-202.208-75 3 - CPF da vítima: 271-202.208-75 4 - Nome completo da vítima: Laudiceia da Silva Melo Souza

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

5 - Nome completo: Laudiceia da Silva Melo Souza 6 - CPF: 271-202.208-75  
7 - Profissão: Aduana 8 - Endereço: Rua Luiz Gonzaga Mendes Lima 9 - Número: 350 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Jd. América 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-625  
15 - E-mail: (85) 98855-1075

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0036 CONTA: 89839 3  
(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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02468.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02468.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:56 horas do dia 05 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Laudicéa da Silva Melo Sauza**, CPF nº 271.202.208-45, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Vendedora, filho(a) de Laudénice da Silva Melo e José Teodoro de Melo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/11/1971 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Gonzaga Mendes Lira, Nº 310, complemento casa térreo, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Próximo Ao Cemitério Parque das Acácias, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-3085.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Mangabeira Ii Em Frente Ao Posto Santa Maria, Mangabeira Ii, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira;  
Tipo do Local: outros; Data/Hora: 12/09/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE o notificante relata que trafegava com o veículo/motocicleta de Placa: QFU7317, -PB Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: MOTO TRAXX/JL50Q-8 Espécie/Tipo: PASSA / CICLOMOTOR Ano de Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: VERMELHA Vencimento Licenciamento: 30/09/2020 Observação: chassi 951XKBA8DB000980, registrado em nome de Tiago Moura Furtado Município: JOÃO PESSOA Situação: EM CIRCULAÇÃO; QUE RELATA QUE VINHA DE CARONA e quem pilotava era a pessoa de Anderson Lima, marido da notificante; QUE relata que seguia normalmente, quando estava fazendo o contorno em frente ao restaurante popular em mangabeira, quando um veículo/motocicleta colidiu na moto em que estava a notificante, fazendo com que notificante e carona viessem a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15/01/2020, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,1 ;

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 fê.

Procedimento Policial: 02468.01.2020.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 05 de março de 2020.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

LAUDICÉA DA SILVA MELO SAUZA  
Noticiante

Procedimento Policial: 02468.01.2020.1.00.401

2/2





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

271-202.208-75

4 - Nome completo da vítima:

Laudiceia da Silva Melo Souza

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

5 - Nome completo:

Laudiceia da Silva Melo Souza

6 - CPF:

271.202.208-75

7 - Profissão:

Recebe

8 - Endereço:

Rua Luiz Gonzaga Mendes Lima

9 - Número:

350

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

pré América

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58074-625

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(85) 98855-1075

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0036

CONTA:

89839

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

João Pessoa - PB 04/05/2020

Laudiceia da Silva Melo Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:06:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915064502500000036734604

Número do documento: 21011915064502500000036734604

Num. 38524277 - Pág. 8



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUE  
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1189665



|                                                   |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|---------|---------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                  |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| ID<br>1438243                                     | Nome<br>LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA                              |                                    |                                        | Sexo<br>Feminino     |         |                     |
| Data de nascimento<br>07/11/1971                  | Idade<br>47 anos 10 meses 24 dias                                 | Estado civil                       | Religião                               | Prontuário<br>118050 |         |                     |
| Mãe<br>LAUDENICE DA SILVA GOMES                   | Pai<br>NAO INFORMADO                                              |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Escolaridade                                      | Responsável (Parentesco)<br>ANDERSON LIMA DE OLIVEIRA - ESPOSO(A) |                                    |                                        |                      |         |                     |
| DDD Celular<br>83                                 | Celular<br>87233144                                               | DDD                                | Telefone                               |                      |         |                     |
| Tipo documento                                    | Número documento                                                  | Nº Cns<br>708008307582628          |                                        |                      |         |                     |
| Local de procedência<br>HOSPITAL DE TRAUMA        | TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)                                       |                                    | Tipo<br>UNIDADES SAUDE                 | UF<br>PB             |         |                     |
| Email                                             | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                                       | CBO/R                              |                                        |                      |         |                     |
| <b>Endereço</b>                                   |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| CEP<br>58074625                                   | Município de residência<br>JOAO PESSOA                            | UF<br>PB                           | Logradouro<br>LUIZ GONZAGA MENDES LIRA |                      |         |                     |
| Número<br>310                                     | Complemento                                                       | Bairro<br>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA  |                                        |                      |         |                     |
| <b>Admissão</b>                                   |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Data e Hora<br>12/09/2019 20:01:01                | Número da pulseira<br>100007601001                                |                                    | Convênio<br>SUS                        |                      |         |                     |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                   | Clínica                                                           |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Classificação de risco                            | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE                      |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Caráter de atendimento                            | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                  | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO |                                        |                      |         |                     |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                   |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Caso policial<br>Não                              | Plano de saúde<br>Não                                             | Veio de ambulância<br>Não          | Trauma<br>Não                          |                      |         |                     |
| Como transportado<br>AMBULANCIA                   | Quem transportou                                                  |                                    |                                        |                      |         |                     |
| <b>Sinais Vitais</b>                              |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| PA                                                | X                                                                 | mmHg                               | Pulso                                  | Temperatura          |         |                     |
| <b>Exames complementares</b>                      |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Raio X [ ]                                        | Sangue [ ]                                                        | Urina [ ]                          | TC [ ]                                 | Liquor [ ]           | EKG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
| Dados clínicos                                    |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Diagnóstico                                       |                                                                   |                                    |                                        |                      |         | CID                 |
| Atendido por<br>HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO |                                                                   |                                    |                                        |                      |         | Tempo<br>51seg      |

Imprimir



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 04/06/2020 |
|------------------------|------------|

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

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

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

CLIENTE: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000089815-3

---

---

Nr. da Autenticação 76F95A89661AF58F







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   | LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA |
| DATA DE NASCIMENTO | 07/11/71                     |
| NOME DA MÃE        | LAUDENICE DA SILVA MELO      |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| PRONTUÁRIO N.º         | 1.189.665                           |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 118.050                             |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 12/09/19                            |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 20:01                               |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA             |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO |
| CID 10                 | S82.1                               |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente do trauminha, apresentando dor em joelho esquerdo e em ombro esquerdo. Diagnóstico de fratura do plabalto tibial esquerdo, com indicação de cirurgia. Com luxação acromioclavicular esquerda G1. Realizado cirurgia da tibia. Sem alterações.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo  
RX de ombro esquerdo  
TC de joelho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade proximal de tibia esquerda.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirurgico de fratura do planalto tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 25/09/19  
DATA DA EMISSÃO: 15/01/20

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/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**

**SEGUE  
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO:O PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1189665



| Identificação do paciente                         |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|---------|---------------------|
| ID<br>1438243                                     | Nome<br>LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA                              |                                    |                                        | Sexo<br>Feminino     |         |                     |
| Data de nascimento<br>07/11/1971                  | Idade<br>47 anos 10 meses 24 dias                                 | Estado civil                       | Religião                               | Prontuário<br>118050 |         |                     |
| Mãe<br>LAUDENICE DA SILVA GOMES                   | Pai<br>NAO INFORMADO                                              |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Escolaridade                                      | Responsável (Parentesco)<br>ANDERSON LIMA DE OLIVEIRA - ESPOSO(A) |                                    |                                        |                      |         |                     |
| DDD Celular<br>83                                 | Celular<br>87233144                                               | DDD                                | Telefone                               |                      |         |                     |
| Tipo documento                                    | Número documento                                                  | Nº Cns<br>708008307582628          |                                        |                      |         |                     |
| Local de procedência<br>HOSPITAL DE TRAUMA        | TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)                                       |                                    | Tipo<br>UNIDADES SAUDE                 | UF<br>PB             |         |                     |
| Email                                             | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                                       | CBO/R                              |                                        |                      |         |                     |
| Endereço                                          |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| CEP<br>58074625                                   | Município de residência<br>JOAO PESSOA                            | UF<br>PB                           | Logradouro<br>LUIZ GONZAGA MENDES LIRA |                      |         |                     |
| Número<br>310                                     | Complemento                                                       | Bairro<br>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA  |                                        |                      |         |                     |
| Admissão                                          |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Data e Hora<br>12/09/2019 20:01:01                | Número da pulseira<br>100007601001                                |                                    | Convênio<br>SUS                        |                      |         |                     |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                   | Clínica                                                           |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Classificação de risco                            | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE                      |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Caráter de atendimento                            | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                  | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO |                                        |                      |         |                     |
| Indicadores e Transporte                          |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Caso policial<br>Não                              | Plano de saúde<br>Não                                             | Velo de ambulância<br>Não          | Trauma<br>Não                          |                      |         |                     |
| Que transporte<br>AMBULANCIA                      | Quem transportou                                                  |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Sinais Vitais                                     |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| PA                                                | X                                                                 | mmHg                               | Pulso                                  | Temperatura          |         |                     |
| Exames complementares                             |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Raio X [ ]                                        | Sangue [ ]                                                        | Urina [ ]                          | TC [ ]                                 | Liquor [ ]           | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
| Dados clínicos                                    |                                                                   |                                    |                                        |                      |         |                     |
| Diagnóstico                                       |                                                                   |                                    |                                        |                      |         | CID                 |
| Atendido por<br>HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO |                                                                   |                                    |                                        |                      |         | Tempo<br>51seg      |

Imprimir





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGRE**  
*o trabalho*

**Documento de Alta**

|                                                                                                              |                          |                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA                                                                 |                          | <b>Número Prontuário:</b><br>118050               |                                             |
| <b>Data de Nascimento:</b><br>07/11/1971                                                                     | <b>Sexo:</b><br>Feminino | <b>Data de Internação:</b><br>13/09/2019 00:03:23 | <b>Data de Alta:</b><br>25/09/2019 06:59:37 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                                                                        |                          |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL                                                             |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>TRAUMA EM MEMBRO INERIOR COM FRATURA EM JOELHO OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>RX MOSTRA FRATURA                                                             |                          |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL                                                          |                          |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia                                      |                          |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>USO DE MEDICAÇÃO E RETORNO AMBULATORIAL                                             |                          |                                                   |                                             |

Data: 25/09/2019

SAVIO BRUNO SILVA BARROS  
CRM: 5615 - PB

Savio Bruno  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 5615





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGRE  
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1189665



|                                                                                                                        |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-----------|--------|--------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                                       |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
| ID<br>1438243                                                                                                          | Nome<br>LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA                              |                                    | Sexo<br>Feminino                       |           |        |                    |
| Data de nascimento<br>07/11/1971                                                                                       | Idade<br>47 anos 10 meses 5 dias                                  | Estado civil                       | Religião                               |           |        |                    |
| Mãe<br>LAUDENICE DA SILVA GOMES                                                                                        | Pai<br>NAO INFORMADO                                              |                                    | Prontuário                             |           |        |                    |
| Escolaridade                                                                                                           | Responsável (Parentesco)<br>ANDERSON LIMA DE OLIVEIRA - ESPOSO(A) |                                    |                                        |           |        |                    |
| DDD Celular<br>83                                                                                                      | Celular<br>87233144                                               | DDD                                | Telefone                               |           |        |                    |
| Tipo documento                                                                                                         | Número documento                                                  | Nº Cns<br>708008307582628          |                                        |           |        |                    |
| Local de procedência<br>HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)                                                | Tipo<br>UNIDADESAUDE                                              |                                    | UF<br>PB                               |           |        |                    |
| Email                                                                                                                  | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                                       | CBO/R                              |                                        |           |        |                    |
| <b>Endereço</b>                                                                                                        |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
| EP<br>074625                                                                                                           | Município de residência<br>JOAO PESSOA                            | UF<br>PB                           | Logradouro<br>LUIZ GONZAGA MENDES LIRA |           |        |                    |
| Número<br>310                                                                                                          | Complemento                                                       | Bairro<br>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA  |                                        |           |        |                    |
| <b>Admissão</b>                                                                                                        |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
| Data e Hora<br>12/09/2019 20:01:01                                                                                     | Número da pulseira<br>100007601001                                | Convênio<br>SUS                    |                                        |           |        |                    |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL                                                                                        | Clínica                                                           |                                    |                                        |           |        |                    |
| Classificação de risco                                                                                                 | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE                      |                                    |                                        |           |        |                    |
| Caráter de atendimento                                                                                                 | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                  | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO |                                        |           |        |                    |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                                                        |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
| Caso policial<br>Não                                                                                                   | Plano de saúde<br>Não                                             | Veio de ambulância<br>Não          | Trauma<br>Não                          |           |        |                    |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA                                                                                       | Quem transportou                                                  |                                    |                                        |           |        |                    |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                                                   |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
| PA<br>x mmHg                                                                                                           | Pulso                                                             | Temperatura                        |                                        |           |        |                    |
| <b>Exames complementares</b>                                                                                           |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
| Raio X []                                                                                                              | Sangue []                                                         | Urina []                           | TC []                                  | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| <p>Dados clínicos</p> <p>paciente trazido do RHM em RUTUJA</p> <p>com queixa de dor no abdome e náuseas e vômitos.</p> |                                                                   |                                    |                                        |           |        |                    |
| Diagnóstico                                                                                                            |                                                                   |                                    |                                        |           |        | CID                |
| Atendido por<br>HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO                                                                      |                                                                   |                                    |                                        |           |        | Tempo<br>51seg     |

Marcelo  
Enfermeiro  
109100101

Handwritten signature: *Handwritten signature*





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUE  
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

|                                                       |                                          |                                                    |                                             |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Paciente<br><b>LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA</b>       | BAE<br><b>1189665</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>12/09/2019 20:01:01</b>    | Data Baixa                                  |
| Data de nascimento<br><b>07/11/1971</b>               | Idade<br><b>47a 10m 6d</b>               | CNS<br><b>708008307582628</b>                      | Telefone de Contato<br><b>(83) 87233144</b> |
| Mãe<br><b>LAUDENICE DA SILVA GOMES</b>                | Sexo<br><b>Feminino</b>                  |                                                    | Prontuário                                  |
| Endereço<br><b>LUIZ GONZAGA MENDES LIRA, 310</b>      | Bairro<br><b>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA</b> | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                             |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>          | Nº Cons. Regional<br><b>10075/PB</b>        |
| Data/Hora Classificação<br><b>12/09/2019 20:01:01</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>12/09/2019 22:53:04</b> |                                             |

## ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR EM JOELHO E OMBRO ESQUERDOS ENCAMINHADA PELO TRAUMINHA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA PLANALTO TIBIAL E LAC GI RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO COM FRATURA DE PLATO TIBIAL CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ODILON

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT <60)

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

ELETROCARDIOGRAMA

## EXAME LABORATORIAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:06:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915064502500000036734604>

Número do documento: 21011915064502500000036734604

Num. 38524277 - Pág. 16

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

### Conduta

Internar Paciente

*Dr Bruno de Luna Roma*  
MÉDICO  
CRM: 10075

Enfermeiro

BRUNO DE LUNA ROMA  
(CRM: 10075/PB)

Letim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 12/09/2019 20:01:52





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**SEGUE  
o trabalho**

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

Tel:

CNPJ: 08778268003771

Paciente  
**LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA**  
Data de nascimento  
07/11/1971  
Idade  
47a 10m 5d  
Mãe  
**LAUDENICE DA SILVA GOMES**  
Endereço  
**LUIZ GONZAGA MENDES LIRA, 310**  
Acidente  
**MOTO X MOTO**  
Data/Hora Classificação  
12/09/2019 20:01:01

BAE  
1189665  
Sexo  
Feminino

Bairro  
**JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA**

Motivo  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Data/Hora Entrada  
12/09/2019 20:01:01  
CNS  
708008307582628

Município  
**JOAO PESSOA**  
Profissional  
**EDSON DELGADO TINOCO**  
Data/Hora Prescrição  
12/09/2019 20:22:39

Data Baixa  
Telefone de Contato  
(83) 87233144  
Prontuário

UF  
**PB**  
Nº Cons. Regional  
7142/PB

## ANAMNESE

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTA DOR EM JOELHO E OMBRO ESQUERDOS ENCAMINHADA PELO TRAUMINHA COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA PLANALTO TIBIAL E LAC GI SOLICITO RX DO JOELHO ESQUERDO ( SEM TALA ), OMBRO ESQUERDO, BACIA, TC DO JOELHO ESQUERDO

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RETIRAR A TALA ANTES DO RX)  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO  
RADIOGRAFIA DE BACIA

## CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

**EDSON DELGADO TINOCO**  
(CRM: 7142/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 12/09/2019 20:01:52





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO  
DA PARAÍBA



SEGUE  
o trabalho

Impresso por: LUCIANO  
JOSE LIRA MENDES  
Em: 13/09/2019 08:07:25

|                                               |                                               |                                                 |                                         |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nome<br><b>LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA</b>   | Boletim de Atendimento<br><b>1189665</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>12/09/2019 20:01:01</b> | Data/Hora Saída                         |
| Data de nascimento<br><b>07/11/1971</b>       | Idade<br><b>47</b>                            | Sexo<br><b>Feminino</b>                         | CNS<br><b>708008307582628</b>           |
| Tempo de Internação<br><b>8h 4min</b>         | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        | Prontuário<br><b>118050</b>             |
| Data de Entrada<br><b>12/09/2019 20:01:01</b> | Data Internação<br><b>13/09/2019 00:03:23</b> | Permanência na Unidade:<br><b>12h 6min</b>      | Permanência no Leito:<br><b>8h 4min</b> |

## EVOLUÇÃO MEDICA (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 13/09/2019 08:07:19)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

FRATURA DO PLATOR TIBIAL

EXAME LAB OK

AGUARDANDO RISCO

CD: SUPORTE CLINICO E ANALGESIA

Seção: AREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano J. Lira Mendes  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 4290  
Número Conselho: 4290



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Laudiceia da Silva Melo Souza BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino (X) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 23/09/19  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fratura de Platô Tibial Esquerda  
 Cirurgião: Dr. Stefferson Diniz 1º Assistente: Dr. Luiz Portela  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Camila  
 Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório              | CID          |
|-----------------------------------------|--------------|
| <u>Fratura de Platô Tibial Esquerda</u> | <u>S82.1</u> |
|                                         |              |
|                                         |              |
|                                         |              |
|                                         |              |
|                                         |              |

| Procedimentos Cirúrgicos              | Código |
|---------------------------------------|--------|
| <u>RAFI com placa em L de 5 furos</u> |        |
|                                       |        |
|                                       |        |
|                                       |        |
|                                       |        |
|                                       |        |

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Stefferson Diniz  
Traumato-ortopedista  
CRM-PB 5762

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



João Pessoa, 23/09/19

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em DDH sob raquiomanetria;  
deformação de todo memb. inf. erg. e presença de gesso;  
anestesia e antiespasmódicos com campo estéril;

Incisão:

póstero medial em tibia proximal erg. de aprox. 10  
cm;

Achados:

Fratura de platô tibial medial

Conduta:

1. Dreneção por plano até pro de fratura
2. Redução sob escopia e fixação com placa em L  
de 5 furos, com 3 parafusos corticais e 2 esponjosos;
3. Retirada do gesso e fechamento por planos;
4. Curativo com gaze e enfaixamento expem;

Fechamento:

- com vicryl n.º 0 e mononylon 20;  
- retirada de gesso;

Observação:

Stefferson Pinheiro Diniz  
Traumato-ortopedista  
CRM-PB 5762

João Pessoa, 23/09/19

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: Franciscina da Silva Melo Souza  
 IDADE: 47a INSC: 1189666 ONTURIÁRIO: 10 ENFERMARIA: 10 LEITO: 02  
 CIRURGIÃO: Dr. Ciro Furtado PLATO: Isabel Esquerdo  
 CIRURGIÃO: Dr. Douglas Dr. Sampaio  
 ANESTESIA: Raquel  
 ANESTESISTA: Dr. Kamila Quirino  
 INSTRUMENTADOR: Leonorina  
 DATA: 23/09/19 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INÍCIO: 08:10 CIRURGIA INÍCIO: 08:45 FIM: 09:30  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE):  
 ASA 1 ( ) 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             |      | JELCO Nº18                  |      | FIO CAT GUT CROMADO Nº  |      |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA   | 1    | JELCO Nº20                  |      | FIO CAT GUT CROMADO Nº  |      |
| BUPIVACAÍNA PESADA      |      | JELCO Nº22                  |      | FIO DE AÇO Nº           |      |
| CETAMINA                |      | JELCO Nº24                  |      | FIO DE AÇO Nº           |      |
| DROPERIDOL              |      | KIT SIST DREN TORAXICA Nº   |      | FIO DE NYLON Nº 2,0     | 1    |
| ETOMIDATO               |      | LÂMINA BISTURI Nº11         |      | FIO DE NYLON Nº         |      |
| FENOBARBITAL            |      | LÂMINA BISTURI Nº15         |      | FIO DE NYLON Nº         |      |
| FENTANILA               | 1    | LÂMINA BISTURI Nº23         | 1    | FIO POLI GLACTINA Nº 10 | 1    |
| FLIMAZENIL              |      | LÂMINA BISTURI Nº24         |      | FIO POLI GLACTINA Nº 20 | 1    |
| ISOFLURANO              |      | LÂMINA DE DERMATÓMIO        |      | FIO POLI GLACTINA Nº    |      |
| LEVOPUPIVACAÍNA C/ VASO |      | SABÃO ANTISÉPTICO           |      | FIO POLIPROPILENO Nº    |      |
| LEVOPUPIVACAÍNA S/ VASO |      | MATERIAIS                   | QTD. | FIO POLIPROPILENO Nº    |      |
| LIDOCAÍNA C/ VASO       |      | AGULHA 13X4,5               |      | FIO POLIPROPILENO Nº    |      |
| LIDOCAÍNA S/ VASO       |      | AGULHA 25X07                | 1    | FIO POLI GLACTAPRONE Nº |      |
| MIDAZOLAN               | 1    | AGULHA 25X08                | 1    | FIO SEDA Nº             |      |
| MORFINA                 | 1    | AGULHA 40X12                | 1    | FITA CARDIACA           |      |
| NIMBILUM                |      | AGULHA PERIDURAL Nº16       |      | MATERIAL ESPECIAL       | QTD. |
| PANCURÔNIO              |      | AGULHA PERIDURAL Nº17       |      | CATETER DE PIC          |      |
| PETIDINA                |      | AGULHA PERIDURAL Nº18       |      | CIMENTO CIRÚRGICO       |      |
| PROPOFOL                |      | AGULHA RAQUI Nº25G          |      | CLIP TITÂNIO LIGADURA   |      |
| RAMIFENTANILA           |      | AGULHA RAQUI Nº26G          | 1    | FIO DE KIRSCHNER Nº 20  | 1    |
| ROCURÔNIO               |      | AGULHA RAQUI Nº27G          |      | FIO DE KIRSCHNER Nº     |      |
| SEVOFLURANO             |      | ALODÃO ORTOPÉDICO           | 1    | FIO STEINMAN Nº         |      |
| SUXAMETÔNIO             |      | ATADURA DE CREPOM           | 1    | FIO STEINMAN Nº         |      |
| TIOPENTAL               |      | ATADURA GESSADA             |      | GRAMPEADOR CIRÚRGICO    |      |
| MEDICAÇÕES              | QTD. | BOLSA P/ COLOSTOMIA         |      | HEMOST. ABSORVÍVEL      |      |
| ADRENALINA              |      | CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº  |      | KIT DERIVA VENTRICULAR  |      |
| ÁGUA DESTILADA          |      | CATETER DE OXIGÊNIO         | 1    | PROTESE VASCULAR        |      |
| ATROPINA                |      | CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº |      | KIT PAM                 |      |
| BEXTRA                  |      | CATETER EPIDURAL Nº16       |      | FIXADOR EXTERNO         |      |
| CEFALOXILINA            | 1    | CATETER EPIDURAL Nº17       |      | EMPRESA                 |      |
| DEXAMETASONA            | 1    | CATETER EPIDURAL Nº18       |      | PARAFUSOS ORTÓFICOS     |      |
| DIPIRONA SÓDICA         | 1    | CERA PARA OSSO              |      | PARAFUSOS ORTÓFICOS     |      |
| EUFEDRINA               |      | COLET. URINA FECHADO        |      | PARAFUSOS ESPONJOSOS    |      |
| FIROSEMIDA              |      | COMPRESSAS CIRÚRGICAS       | 10   | PARAFUSOS MALEOLAR      |      |
| GLICOSE 50%             |      | COMPRESSAS CIRÚRGICAS       | 10   | PARAFUSOS MALEOLAR      |      |
| GILICONATO DE CÁLCIO    |      | DRENO DE PENROSE            |      | PLACA                   | 01   |
| HIDROCORTISONA          |      | DRENO DE SUÇÃO              |      | PLACA                   | 01   |
| LIDOCAÍNA GEL           |      | ELETRODOS                   | 1    |                         |      |
| ONDASETRONA             | 1    | EQUIPO MACROGOTAS           | 1    |                         |      |
| PLASIL                  |      | EQUIPO TRANSF. SANGUE       |      |                         |      |
| PROSTIGMINE             |      | EQUIPO MICROGOTAS           |      |                         |      |
| PROTAMINA               |      | ESPONJA DE PVPI             | 1    |                         |      |
| TENOXICAN               |      | ESPARADRAPO                 | 1    |                         |      |
|                         |      | GAZES                       | 10   |                         |      |
|                         |      | GAZES ALGODOADAS            | 10   |                         |      |
|                         |      | GEL ELETROLÍTICO            | 1    |                         |      |
|                         |      | JELCO Nº14                  |      |                         |      |
|                         |      | JELCO Nº16                  |      |                         |      |

Paraf. Esponjoso Resex 32, 01 n. 60  
 Paraf. Esponjoso Resex 16, 01 n. 60  
 Paraf. corticais, 01 n. 3,0, 01 n. 32, 01 n. 42  
 1. na Lucina da Silva  
 1. na Enfermagem  
 1. na PB 349 341

usado como guia





# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 23/09/19

PRONTUÁRIO: U89665

ACIDENTE: Laudraa da Silva M. Souza

SEXO: F

COR:

IDADE: 42

RESSÃO ARTERIAL PULSO 62 RESPIRAÇÃO livre TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO  
ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO  
EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO NBU AP. CIRCULATÓRIO NBU

AP. DIGESTIVO Jejum 8h NE ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO - ESTADO FÍSICO (ASA) I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura pato tibial (E)

CIRURGIA REALIZADA fixação cirúrgica da fratura do pato tibial (E)

CIRURGIÃO Dr. Luiz Portela AUXILIARES Dr. Stephenson

INÍCIO DA ANESTESIA 08:20h TÉRMINO DA ANESTESIA 10h DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h40min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. Camilla+ CPF CRM-PB

AGENTES/HORA HRL Hibelu

0 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23



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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

**Documento de Alta**

|                                                                                                              |                          |                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome:</b><br>LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA                                                                 |                          |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>118050         |
| <b>Data de Nascimento:</b><br>07/11/1971                                                                     | <b>Sexo:</b><br>Feminino | <b>Data de Internação:</b><br>13/09/2019 00:03:23 | <b>Data de Alta:</b><br>25/09/2019 06:59:37 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                                                                        |                          |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL                                                             |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>TRAUMA EM MEMBRO INERIOR COM FRATURA EM JOELHO OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL |                          |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>RX MOSTRA FRATURA                                                             |                          |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL                                                          |                          |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia                                      |                          |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>USO DE MEDICAÇÃO E RETORNO AMBULATORIAL                                             |                          |                                                   |                                             |

Data: 25/09/2019

SAVIO BRUNO SILVA BARROS  
CRM: 5615 - PB

Savio Bruno S. Barros  
CRM: 5615 - PB  
25/09/2019





SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAOC - SEGURO DPVAT

PB Nº 012824914485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1294

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 25/10/2016

1 04558011342 QFUT317/PB

01099479689 MOTO TRAXX/JL50Q-8

ANEXO 1 2012 8 951BXKBA8DB000980

PRÊMIO TARIFÁRIO

|                           |                  |                           |
|---------------------------|------------------|---------------------------|
| PREMIO PSI *****          | DEBITO PSI ***** | CUSTO DO SEGURO PSI ***** |
| CUSTO DO SEGURO PSI ***** | PREMIO PSI ***** | DEBITO PSI *****          |
| PREMIO PSI *****          | DEBITO PSI ***** | CUSTO DO SEGURO PSI ***** |
| PREMIO PSI *****          | DEBITO PSI ***** | CUSTO DO SEGURO PSI ***** |

SEGURO PAGO

11/10/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

34584-1531502-20161025

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 012824914485  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PRT 20160000447115-1

1 0109947968-9 00/00000000 2016

TIAGO MOURA FURTADO

04558011342 QFUT317/PB

NOVO PB 951BXKBA8DB000980

PAS/CILINDRO/VALVAS 2/11/12 CILINDROS 12V

MOTO TRAXX/JL50Q-8 2012 2013

2 P/49 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA ISENTA 00/00/0000

\*\*\*\*\* 0

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 11/10/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

JORO PESSOA - PB 41955 25/10/2016

34584



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200165927 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA **Data do acidente:** 12/09/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 07/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/9 A 12

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS            | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                     |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3200165927 3 - CPF da vítima: 271.202.208-45 4 - Nome completo da vítima: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

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

5 - Nome completo: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA 6 - CPF: 271.202.208-45  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA LUIZ GONZAGA MENDES LIRA 9 - Número: 310 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58074-625  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 988551045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 89815 3 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA-PB, 27/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC 001 V002/2019





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSISTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129329/20

**Vítima:** LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

**CPF:** 271.202.208-45

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LAUDICEA DA SILVA  
MELO SOUZA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA : 271.202.208-45**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/05/2020  
Nome: LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA  
CPF: 271.202.208-45

LAUDICEA DA SILVA MELO SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/05/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

