



Número: **0800209-21.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38523 942	19/01/2021 15:03	<a href="#"><u>2778391_CONTESTACAO_Anexo_02</u></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, 10 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190314833**

**Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14294055

Pag. 00911/00912 - carta\_01 - 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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833

Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

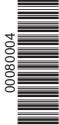
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00007/00008 - carta\_03 - INVALIDEZ



00080004

Carta nº 14294075





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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190314833      Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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. 01879/01880 - carta\_02 - INVALIDEZ



00050940

Carta nº 14456057



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>  
Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833 Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

**Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 843,75

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

Banco Fisco&Cia. | Ficha completa da  
Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000047533-9

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, retorno 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-DRVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

Nome completo:		Sandra Virginio de Souza		CPF:	760.673.274.49
Profissão:	Comerciante	Endereço:	O globo	Número:	210
Salário:	Je Prata ria	Sidade:	Sant. Rita	Estado:	RJ
E-mail:				CEP:	38800000
				Tel.(DDD):	

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

**RENDA MENSAL:**

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237)  Itaú (341)
- Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3934

CONTA:

47533

(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 Lider 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 AUSENCIA 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE UNIGOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem 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:

Santos Torre 09/05/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

09/05/2019

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

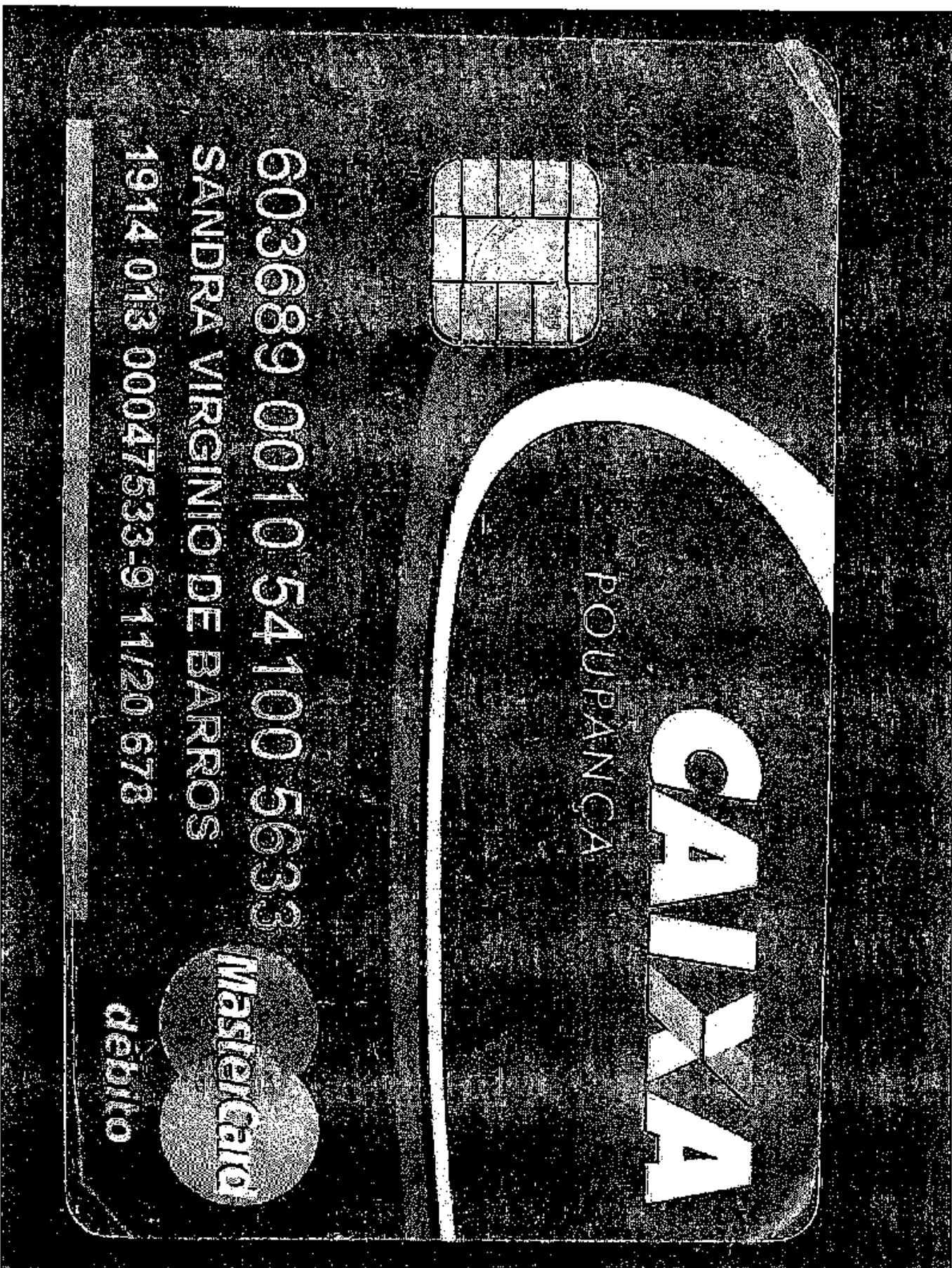
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

\* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
RIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**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: 3190314833  
Nome do(a) Examinado(a): Sandra Virginio da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): O Globo, S/N  
Municípios Santa Rita PB CEP: 58303-385  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 1513228  
Data local do acidente: [ 25/11/2018 ]  
Data local do exame: [ 17/06/2019 ] João Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 30/05/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO JOELHO ESQUERDO MEDIAL E POSTERO-MEDIAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**       Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**(X) Sim**       Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.**  
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 o 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 (\*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias	<input type="checkbox"/> "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): <b>JOELHO - Lado Esquerdo</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
---	--
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518  
Salvador Seguro  
Assessoria de Consultoria



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>  
Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 7

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 00104.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00104.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:07 horas do dia 06 de maio de 2019, 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) da Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Sandra Virgínia da Silva, CPF nº 760.673.274-49, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Comerciante, filho(a) de Cecília Soares Rodrigues e Sebastião Virgílio de Barros, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 24/12/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) O Globo, N° S/N, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Fórum, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98765-6479.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo a Delegacia de Santa Rita, Delegacia, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/11/18 18:30h. Tipificação: em lesão, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE segundo a notificante compareceu nesta delegacia juntamente com a sua filha PRISCILLA RAFAELE VIRGÍNIO SOARES, portador do CPF nº 101.852.954-36, que na ocasião do acidente pilotava o veículo, uma motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDI, de cor vermelha, ano e modelo: 2015 DE PLACA: QFH 3599/PB, CHASSI Nº 9C2KC1680FR219935; registrado em nome de Eduardo Gomes de Araújo, amigo da notificante; QUE segundo a notificante a sua filha pilotava o veículo acima citado, quando a moto veio a derrapar, vindo a notificante com a sua filha a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 26.04.2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; 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 fé.

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.

JOSE SAUL ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

SANDRA VIRGÍNIO DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00104.01.2019.1.00.420

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0155868/19	460.673.274.49	Sanche Vinícius de Souza		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMILIARES RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Comerciante	D. Gloria			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Complemento:
2º Minuta	Sant. R. L.	PA	58800000	
E-mail:				
Tel.(DDD):				

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

**DADOS CADASTRAIS**  
RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINARUMA DEGOLA DE CONTA

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

AGÊNCIA: 1934  CONTA: 47533  9  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_  CONTA: \_\_\_\_\_   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO IDÔNIO (IML) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da Vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivo(s)?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: *Joacir Penox 09/05/2019*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Sanche Vinícius de Souza*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
*8 g Jul 2019*  
 Assinatura

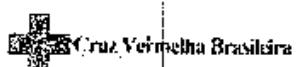
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
*8 g Jul 2019*  
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE MINHA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



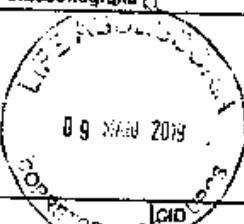
AV. ORESTES LISBOA, 5/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 3332165736

Boletim de Atendimento: 1124839



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1349103	Nome <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>			Sexo <b>Feminino</b>
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 46 anos 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 112492
Mãe <b>CECILIA SARES RODRIGUES</b>				Pai <b>SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS</b>
Escolaridade				Responsável (Parentesco) <b>ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)</b>
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988094097	DDD Fixo	[Fone Fixo]	
Tipo documento, RG (IDENTIDADE)	Número documento 1513228	Nº Cns		
Local de procedência: <b>CENTRO / SANTA RITA</b>		Tipo <b>BAIRRO</b>	UF <b>PB</b>	
Endereço				
CEP 58300000	Município de residência <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>GLOBO</b>	
Número 21	Complemento <b>TIBIRI</b>	Bairro <b>CENTRO</b>		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número da pulseira <b>1000005158583</b>	Convênio <b>SUS</b>		
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não	
Transporte SAMU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA	X mmHg	P脉	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por <b>ELMA VIEIRA DA SILVA</b>	Tempo 01min 02seg			

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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000047533-9

---

Nr. da Autenticação F3BF188DA882758B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>  
Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 11

# 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: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000047533-9

---

Nr. da Autenticação 5CDE2B2651ECAB50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>  
Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 12

卷之三

卷之三

卷之三十一

卷之三

Mai 1 / 2019 14/03/2019

1200 White Company

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos seguintes atendentes:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-012-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia) 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala) 0800-012-12-06 | Central Divulgativa 0800-021-91-85

Eu, EDUARDO GOMES DE ARAÚJO

RG nº 3709338, data de expedição 30/09/2018

Órgão SSP/PIB, portador do CPF nº 104.355.681-92

com domicílio na cidade de SANTA BÉIA no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 35,

complemento CAMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

SENZA VIRGÍNIO DA SILVA, cujo o condutor era

MOSCULLA RAFAEL VIRGÍNIO SOARES

Veículo: HONDA CIVIC Modelo: HONDA CIVIC 1.5 EX L 16V (5P) Ano: 2015

Placa: QFH-3509 Chassi: 9C2KC3690FB210935

Data do Acidente: 25/11/2018

DOURADO  
ALFREDO

Local e Data: SANTA BÉIA, 27 de maio de 2019.

Eduardo gomes de Araújo:

Assinatura do Declarante

Mosculla Rafaela Virgínia Soares.

Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 58010-000  
Santa Béia - PB  
Fone/Fax: (83) 3281-1122



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 Sandra Virginio da Silva

DATA DE NASCIMENTO 24/12/72

NOME DA MÃE Cecilia Soares Rodrigues

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112492

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1124839

DATA DO ATENDIMENTO 25/11/18

HORA DO ATENDIMENTO 19:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo

CID 10 S82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto (sic) com queixa de dor em ombro e joelho esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx ombro e joelho E

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo com consolidação viciosa

ALTA HOSPITALAR: 06/01/19

DATA DA EMISSÃO: 26/04/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira

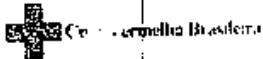
Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## Documento de Alta

Nome <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>			Número Prontuário: <b>112492</b>
<b>Data de</b> <b>24/12/1972</b>	<b>Sexo:</b> <b>Feminino</b>	<b>Data de Internação:</b> <b>25/11/2018 21:47:51</b>	<b>Data de Alta:</b> <b>06/01/2019 08:14:17</b>
<b>Motivo da alta:</b> <b>ALTA MEDICA</b>			
<b>Conduta:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Resumo da Internação:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Resultado de Exames:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Tratamento:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Diagnóstico:</b> <b>S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia</b>			
<b>Recomendações:</b> <b>CARGA ZERO - TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - CURATIVO DIARIO - RETORNO HTOP 15 DIAS</b>			

Data: 06/01/2019

DANIEL CONSOLATA ARRUDA  
CRM 11134 - PB



Hospital da Cidade de Emergência e Trauma  
Serviço de Atendimento à Cidada

GOVERNO  
ESTADO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 56 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1124839

#### Identificação do paciente

1348103	Nome <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>	Sexo Feminino
Data de nascimento: 24/12/1972	Idade 45 anos 11 meses 1 dia	Estado civil Casado
Mãe <b>CECILIA SARES RODRIGUES</b>	Pai <b>SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS</b>	Paizão ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)
Escolaridade	DDD Fixo 83	DDD Móvel 83 98509-4097
DDD Móvel 83	Número documento 1613228	Nº Cons
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		UF PB
Local de procedência <b>CENTRO / SANTA RITA</b>	Nome SANTARITA	UF PB
Email	Naturalidade SANTARITA	CEP CBO/R

#### Endereço

CEP 58300000	Município de residência <b>SANTA RITA</b>	UF PB	Logradouro <b>GLOBO</b>
Número 21	Complemento TIBIRI		Bairro CENTRO

#### Admissão

Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número de puxaria <b>1000005158583</b>
------------------------------------	---

Especialidade  
**CIRURGIA GERAL**

Classificação de risco

Centro de atendimento  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Origem da paciente  
**RUA**

Detalhe do acidente  
**QUEDA / OUTROS**

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vetor da ambulância NÃO
Meio de transporte <b>SAMU</b>		Quem transportou

#### Sinais Vitais

PA	Peso 60kg	P脉搏 Pulse	Temperatura
----	--------------	--------------	-------------

#### Exames complementares

Ralo X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

Paciente vítima de queixa de dor no membro esquerdo.

Rita de Cássia A. da Silva  
Enfermeira  
COREPB 484.130

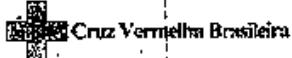
Diagnóstico

Atendido por  
**LIMA VIEIRA DA SILVA**

Tempo  
Último exame

Imprime





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>	BAE 1124839	Data/Hora Entrada 25/11/2018 19:30:27	Data Baixa
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 45a 11m 1d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 986094097
Mãe <b>CECILIA SARES RODRIGUES</b>			Prontuário
Endereço GLOBO, 21 - TIBIRI	Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2018 19:30:27		Data/Hora Prescrição 25/11/2018 19:49:02	
<b>Anamnese</b> vítima de queda de moto (sic), queixa-se de dor no ombro e joelho esquerdo, nega dor torácica e abdominal. cetoprofeno 100 mg IV conduta - sofrimento ralo x do ombro e joelho esquerdo. parecer da ortopedia alta da cirurgia geral/ao cuidados da ortopedia			

## MEDICAÇÃO

**CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)**

## EXAME DE IMAGEM

**RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)**

**RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)**

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

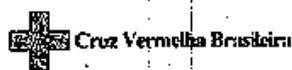
Gilson Marcelo P. de Melo  
Cirurgião Geral

**GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO**  
( 3448/PB)



Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 25/11/2018 19:31:29





**POSTO I B**

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

Tel:

CNES: 454547

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SANDRA VIRGINIO DA SILVA		1124839	25/11/2018 19:30:27	
Data de nascimento	Idade			Telefone de Contato (83) 988094097
24/12/1972	45a 11m 2d	Feminino	CNS	
Mãe				Prontuário
CECILIA SARES RODRIGUES				
Endereço		Bairro	Município	UF
GLOBO, 21 - TIBIRI		CENTRO	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA	6229/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
25/11/2018 19:30:27			25/11/2018 21:38:02	

**Iamnese**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM JOELHO

ESQUERDO + OMBRO ESQUERDO

IV PRESERVADO NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO

JX = FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

CD: INTERNACAO + TC JOELHO

<b>DIETA</b>	
DIETA LIVRE, VIA ORAL	
<b>MEDICAÇÃO</b>	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H	
Diluir	
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: S/N)	
Diluir	
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H	
PIPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU S>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H	
GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H	
Diluir	
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)	
Diluir	
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H	
PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V. 1X AO DIA	
HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,2 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)	
<b>CUIDADOS</b>	
Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 25/11/2018 19:31:20	
<b>CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)</b>	

.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&pagina=1&imprimir&id=450262&pesquisa=S&performa=sim. 1/2



SSVV + CCGG	
<b>I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TALA INGUINOLALEOLAR - COLOCAR APÓS TC DE JOELHO)</b>	
<b>EXAME LABORATORIAL</b>	
HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
GLICOSE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
UREIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
CREATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
IONOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
<b>EXAME DE IMAGEM</b>	
ELETROCARDIOGRAMA	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO ANTES DE COLOCAR A TALA)	
<b>Conduta</b>	
Internar Paciente	

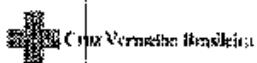
SANDRA VIRGINIO DA SILVA

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA  
(2229/PB)

Dr. Heisenberg Almeida  
Ginecologista e Obstetra

25/01/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AV. DRESTES LISBOA, 51 - PEDRO GONÇALVES  
CEP: 5332165700

Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Em: 26/11/2018 07:04:59

Nome		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
SANDRA VIRGINIO DA SILVA		1124539	26/11/2018 19:30:27	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Período
24/12/1972	45	Feminino		Noturno 112492
Tempo da Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito
25/11/2018 19:30:27	25/11/2018 21:47:51	11h 34min		9h 17min

#### Evolução médica (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 26/11/2018 07:04:46)

##### Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL, EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

Local: ÁREA LARANJA - UDC A - Leito: LEITO EXTRA 02  
Responsável responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Consulta: 4518





# RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETSHL

Nome: Sandio Virginio da Silveira BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 03/10/16

Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Indenroto com fratura do peito de lado direito consolidado.

Cirurgião: Ricardo 1º Assistente: Jean

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Pedro Anestesista: Kelly

Tipo de Anestesia: Gas + bop Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura consolidada do peito direito</u>	
<u>lateral</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Indenroto com fratura</u>	
<u>do lado direito consolidado.</u>	

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

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensiva ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: João Pessoa, 03/10/16

CRM-PB/1967-CRM-PB/23287  
CRM-PB/1967-CRM-PB/23287  
Até o S de Altemar  
Cadastrado em 15/07/2009

FONC/ASCR/009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DR. E. S. S.

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal hiperextenso sobre a mesa. Acesso e antisepse com levanite de miele.
Incisão:	Incisão anterolateral da galho.
Achados:	- Entrada do plátio lib. lateral (concluída) visorante 4/4 glandular e um lâmina.
Conduta:	- Colossal. - Segmento do trapezi estendendo-se ao longo da costela. - Noduli de fatia e fôvea 4 pleocitose. - Am. L. + parox. catarr. + blocos devad + 3 parox. + poss. 3º secund. de interstício de linfogran. Largura de 45 cm.
Fechamento:	Sutura por planos.
Observação:	- Precisou de mosquito durante o uso da cauterização.

João Pessoa, 03/01/2021

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.99991

Assinatura

Digitized by srujanika@gmail.com

REF ID: A

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/02/18

PRONTUÁRIO: 11.24839

SENO: 5 COR:

IDADE: 450

PACIENTE: Sandra Lúcia da Silva

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 70 RESPIRAÇÃO 16 TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL BOM FREGULAR / MUITO PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO BOM FREGULAR / MUITO PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO Espasmo AP. CIRCULATORIO Estatico

AP. DIGESTIVO Espasmo ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO

TRE-ANESTÉSICO

DOSE HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fractura aberta placa fibular (E)

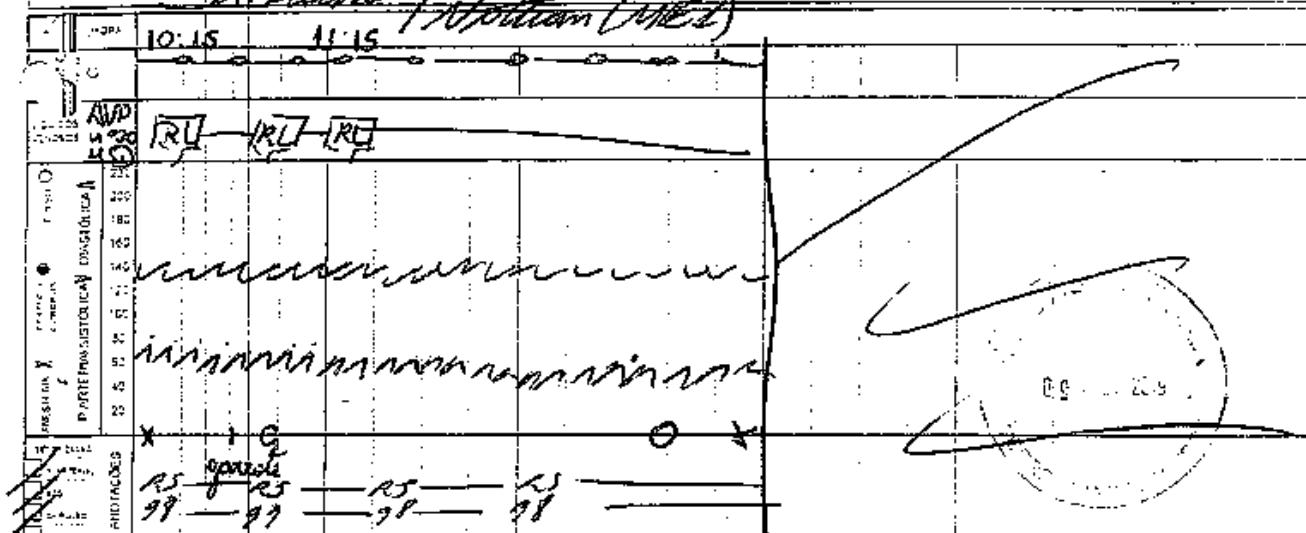
CIRURGIA REALIZADA Gastroenterologista cirurgião de fratura aberta placa fibular (E)

CIRURGIÃO Dr. Bruno AUXILIARES Dr. Resende

INÍCIO DA ANESTESIA 10:15 TÉRMINO DA ANESTESIA 13:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Kaline (Anesthetist MEC) CRM-PB



ESTADO GERAL	RADIOPA.	EPOCA.	BLOCO-FAD	BLOCO-DEVOS	CABINAS
1. SPA + monitorização					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATC ANESTÉSICO					
1. Sopro	2. Epinefrina	3. Bicarbonato	4. Mannitol	5. Dipropofor	6. Noradrenalin (Kwast, 25) - Kwast
7. Atropina	8. Fentanil	9. Metoclopramida	10. 20		Anestesiólogo: Dr. Kaline CRM-PB: 2558
2. Venoclisis no ABD perito n° 206 e peitoral					
3. Poliaxial Nefelada oxigênio e anestesia e 1 aberto 1701					
4. mediana 1713, tórax n° 26 LCR, nádegas n° 3					
5. Bloqueio do nervo splanchnicus e farínge via cervical e 15					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>  
Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 26

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF ID: HL

NOME: SANDRA VIRGINIA DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1124839  
 IDADE: 45 SEXO: F COR: \_\_\_\_\_ DATA: 27/12/2018  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA  
 CIRURGIÃO: DR THALES 1º ASS: DR ARAO  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-CIRURGICO	CÓDIGO
<u>FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

Descrição: \_\_\_\_\_

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
 ENFERMARIA       TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA       ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 27/12/2018

#### DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente deitado sobre hospital sob rogas  
Assessor + auxílio

Incisão:

Fazendo paralelo ao I

Extatos:

Festino de plástico posterior e total

Conduta:

Prévio redim dentro e juntar partes  
plano e teto, tornando mais  
- parcer auxílio e lombos

Encerramento:

Selar por plástico  
com fita adesiva

Observação:

Data: João Pessoa - 27/12/18

Assinatura/carimbo:





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454551 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1124839

**Identificação do paciente**

ID 1349103	Nome <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>			Sexo Feminino
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 46 anos 18 dias	Estado civil	Religião	Pronunciado 112492
Mãe <b>CECILIA SARES RODRIGUES</b>	Pai <b>SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)</b>			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988094097	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1513228	Nº Crn		
Local de procedência CENTRO / SANTA RITA		Tipo BAIRRO	UF PB	
nat	Naturalidade <b>SANTA RITA</b>	CBO/R		

**Endereço**

CEP 58300000	Município de residência <b>SANTA RITA</b>	UF PB	Logradouro <b>GLOBO</b>
Número 21	Complemento <b>TIBIRI</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	

**Admissão**

Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número da pulseira <b>1000005158583</b>	Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	

**Indicadores e Transporte**

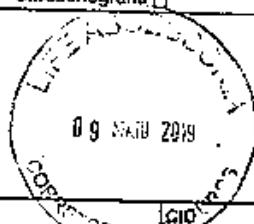
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Loco de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

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

**Exames complementares**

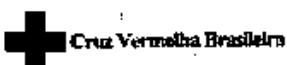
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

**Dados clínicos****Diagnóstico****Atendido por**  
**ELMA VIEIRA DA SILVA****Imprimir**

## Nota de Sala Cirúrgica



NOSSO DE PACIENTE:	<i>Somaria Virginie do silva</i>			
IDADE:	45	SEXO:	MASCULINO	
CIRURGIA:	Fratura de P. do oso ilíaco			
CIRURGÃO:	Thalles	DATA:	08/12/18	
ANESTESIA:	Geral			
ANESTETISTA:	Cleomira			
INSTRUMENTADOR:				
DATA:	27-12-18	TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:	08:20:05	
TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA FIM:	11:00	TIPO CIRÚRGICO INÍCIO:		
TIPO CIRÚRGICO FIM:		TIPO CIRÚRGICO INÍCIO:		
CLASSE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA I = ASA II = ASA III = ASA IV = ASA V				
GRADUAÇÃO DE CONTAMINAÇÃO (CLASSIFICAÇÃO DE CONTAMINAÇÃO INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA)				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD	
ALFENTANILA		SELCO Nº18	FIO CAT GEL CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	<i>600</i>	SELCO Nº20	FIO CAT GEL CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PRASADA		SELCO Nº22	FIO DE AGO Nº	
CETAMINA	<i>50</i>	SELCO Nº24	FIO DE AGO Nº	
DROPERIDOL		ALV SIST DREN TORACICA Nº	FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURIANTES	FIO DE NYLON Nº	
FENDANITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURIANTES	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PAPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURIANTES	FIO POLIOLACTINA Nº	
HUMAZENIL	PAPI TINTURA	LÂMINA BISTURIANTES	FIO POLI LACTINA Nº	
ISOFLURANO	PAPI TOPOCO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO PR ATACÔTOA Nº	
OBUPIVACAÍNA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO PVC PROPYLENO Nº	
OBUPIVACAÍNA S VASO	MATERIAIS	QTD. LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO PVC PROPYLENO Nº	
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 15X4,5	LÂMINA ESTERIL Nº7,0	FIO PVC PROPYLENO Nº	
LIDOCAINA S VASO	AGULHA 25X6	LÂMINA ESTERIL Nº7,5	FIO PVCOLICAPONE Nº	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X9	LÂMINA ESTERIL Nº8,0	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LÂMINA ESTERIL Nº8,5	FITA CANDIADA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	
PANICURONO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTITIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUÍNICO	SCALP Nº19	CLIP ITÁNO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍNICO	SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURONIO	AGULHA RAQUÍNICO	SERINGA 1ML	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	FIO DE NYLON Nº	
SEXEAMETONO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº	
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRANDEIRO CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº8	RENOST ABSURVIEL
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PROTESE VASCULAR
ATROFINA		CATETER EMBOLE DE ALIMENTAÇÃO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT FAM
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº15	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIM FUR ESTRNG
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 21MAS Nº12	EMPRESA
AMETASDNA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 21MAS Nº14	
IRONA SODICA		CERA PARA OSO	SONDA NASO CURTA	PARAFUSOS CORTICais
FEVRUNA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASO LONGA	PARAFUSOS CORTICais
EUROSENDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPINHO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPINHO
GLICONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALARIA
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALARIA
LIDOFACINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICON (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PUPI	FIOS	1) ASPIRADOR
FENOTICAN		ESPARADRAPO	QTD.	1) BISTURI CIRÚRGICO
		GAZES		1) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODADAS		1) CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		1) DESFIBRILADOR
		SELCO Nº14		1) FOTO AUXILIAR
		SELCO Nº16		1) FOTO CENTRAL
				1) MICROSCOPIO
				1) VOLTMETRO DE PULSO
				1) VIDA INVASIVAO NIVASIVA
				1) PUPURADOR ELÉTRICO
				1) SERRA



Documento de Alta

Nome <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>			Número Prontuário: <b>112492</b>
Data de <b>24/12/1972</b>	Sexo: <b>Feminino</b>	Data de Internação: <b>25/11/2018 21:47:51</b>	Data de Alta: <b>06/01/2019 08:14:17</b>
<b>Motivo da alta:</b> <b>ALTA MEDICA</b>			
<b>Conduta:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Resumo da Internação:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Resultado de Exames:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Tratamento:</b> <b>PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.</b>			
<b>Diagnóstico:</b> <b>382.1 - Fratura de extremidade proximal da fibia</b>			
<b>Recomendações:</b> <b>CARGA ZERO - TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - CURATIVO DIARIO - RETORNO HTOP 15 DIAS</b>			

Data: 06/01/2019

DANIEL CONSERVA ARRUDA  
CRM: 11134 - PB





AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA  
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcção da agenda 08/01/2019 09:47:51	Convênio SUS	
Nome do paciente SANDRA VIRGINIO DA SILVA	Data de Nascimento 24/12/1972	
Dados do agendamento		
Data e Hora 21/01/2019 13:00:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Séção -- CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR
Procedimento	Exame	
Observações		



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Sondro Vicenzo  
do sítio

DATA DO ATENDIMENTO: 06/01/14

Nº PRONTUÁRIO: FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Amorim

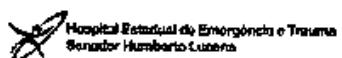
DIAGNÓSTICO: Se pôde tráio / ②

PROCEDIMENTO: Se pôde tráio / ②

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<u>15/01</u>			





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.:

**Atestado Médico**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)  
**SANDRA VIRGINID DA SILVA**

RG (IDENTIDADE):  
1513228

FOI ATENDIDO (A) POR DANIEL CONSERVA ARRUDA

DO (A) SALA DE ESTABILIZAÇÃO

NO DIA 06/01/2019 08:16:14 , NECESSITANDO DE 30 - TRINTA  
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S82.1  
T14.9

OSSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS  
NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE  
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Daniel Conserva Arruda  
MÉDICO  
CRM-PB  
011340PB

DANIEL CONSERVA ARRUDA  
(011340PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

09 - 01 - 2019



  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>		  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>
<b>Receituário de Controle Especial</b>		
<p><b>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b></p> <p><b>Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000</b></p> <p><b>190</b> <b>H124839</b></p>		
<p><b>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b></p> <p><b>Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000</b></p> <p><b>190</b> <b>H124839</b></p>		
<p><b>RX</b> <b>VIA ORAL</b></p> <p><b>1-) TRAMADOL 100MG/CP —— 01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)</b></p> <p><b>SE DOR FORTE</b></p> <p><i>Daniel Conserva Arruda</i> MÉDICO CRM 11134</p> <p><b>06/01/2019</b></p> <p><b>Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA</b> <b>11134/PB</b></p>		
<p><b>RX</b> <b>VIA ORAL</b></p> <p><b>1-) TRAMADOL 100MG/CP —— 01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)</b></p> <p><b>SE DOR FORTE</b></p> <p><i>Daniel Conserva Arruda</i> MÉDICO CRM 11134</p> <p><b>06/01/2019</b></p> <p><b>Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA</b> <b>11134/PB</b></p>		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>  
 Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 35

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 Sandra Virginio da Silva

DATA DE NASCIMENTO 24/12/72

NOME DA MÃE Cecilia Soares Rodrigues

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112492

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1124839

DATA DO ATENDIMENTO 25/11/18

HORA DO ATENDIMENTO 19:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo

CID 10 S82.1



### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto (sic) com queixa de dor em ombro e joelho esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx ombro e joelho E

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo com consolidação viciosa

ALTA HOSPITALAR: 06/01/19

DATA DA EMISSÃO: 26/04/19



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



*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clinica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

LAUDO MÉDICO :

A paciente Sandra Virginio da Silva é portador do CID : S 82.1 proveniente de fratura do platô tibial esquerdo ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :



Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

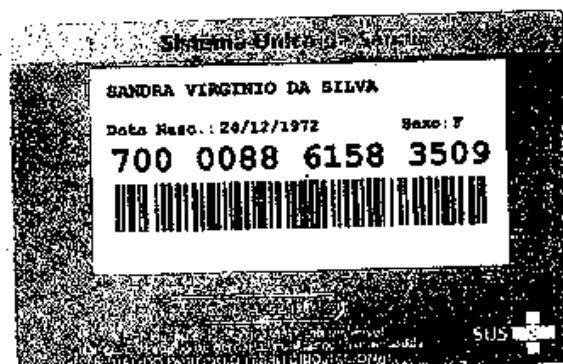
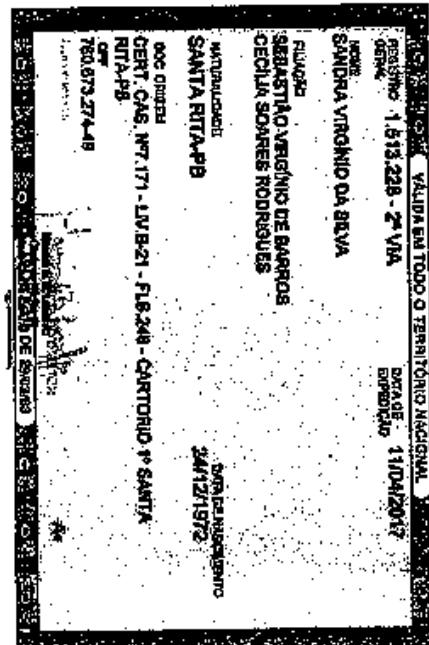
10-06-2019

*Dr. Anuar Murad Filho  
Médico  
CRM-PB 8742*

*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )*

*Rua : Antônio Rafaelo Junior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*







## SEGURADO: PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: Sandrinha Virginia de Souza  
 DATA DO ACIDENTE: 25/11/2018 CPF DA VÍTIMA: 760.673.274-49  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR:  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR: O Globo

Nº 510 COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_  
 CIDADE: Santos R. de: \_\_\_\_\_ UF: SP BAIRRO: SC Maritimica  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELFONE: (12) 991928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO EXTRASSE:

## 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)
  - MA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AFTA DEFINITIVA
  - BOLETOUM 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)
  - DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

## 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)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- Morte - R\$ 13.500,00
  - Invalidez Permanente - Até R\$ 23.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.134/74.
  - 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 OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACCOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSSEGURODAMSCOM.BR](http://www.dpvatsseguro.com.br) OU LIGUE GRÁTIS 54 3890 0322 1204.

## 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

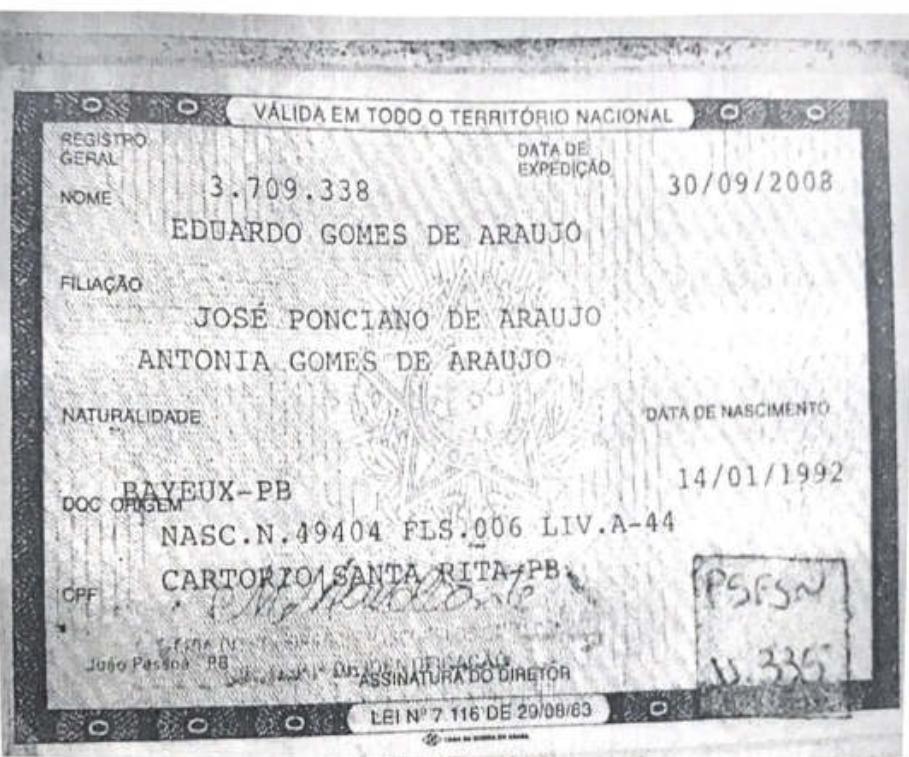
## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 09/05/2019DATA: 09/05/2019IDENTIDADE: J. S. M. S. 2008IDENTIDADE: J. S. M. S. 2008

NOME: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: Assinatura



Solicitação de Reembolso

Solicito que seja reembolsado o meu sinistro com número de ASL 0155868119, em virtude de não concordar com o valor pago pois segundo a tabela de invalidez utilizada para a indenização do seguro DPVAT, a perda da função de uma perna vale R\$ 9.450,00.

Envio novamente laudos médicos que comprovam a existência das sequelas permanentes. Em caso de dúvida, favor agendar perícia médica para a avaliação documental da junta médica da seguradora e/ou não conseguir ser justa quanto a minha deficiência permanente.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Grata,

Sandie Virginio de Siqueira

João Pessoa, 11 de Junho de 2019



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190314833      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SANDRA VIRGINIO DA SILVA      **Data do acidente:** 25/11/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 22/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.  
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PLATÔ TIBIAL (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2, 8, 13

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

**Sequelas:** Com sequela

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190314833      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SANDRA VIRGINIO DA SILVA      **Data do acidente:** 25/11/2018      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO JOELHO ESQUERDO MEDIAL E POSTERO-MEDIAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/06/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>  
Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 43