



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	
SANDRA VIRGINIO DA SILVA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38523942	19/01/2021 15:03	<a href="#">2778391_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, 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,

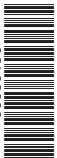
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14294055

Pag. 00911/00912 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030456





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



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. 2



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

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

**Rio de Janeiro, 30 de 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%

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, 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. 00729/00730 - carta\_30 - INVALIDEZ

00020365



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: <b>0155868/19</b>	CPF da vítima: <b>760.673.274.49</b>	Nome completo da vítima: <b>Senche Virginio de Silva</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDAMENTO DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012		
Nome completo: <b>Senche Virginio de Silva</b>		
Profissão: <b>Comerciante</b>	Endereço: <b>R. Globo</b>	CPF: <b>760.673.274.49</b>
Bairro: <b>Je. Prata rua</b>	Cidade: <b>Santa Rita</b>	Número: <b>310</b>
E-mail:	Estado: <b>PA</b>	CEP: <b>38800000</b>
		Tel.(DDD):

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDAMENTO MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3934** 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 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 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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, **Santa Rita 09/05/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Senche Virginio de Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

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





**CAIXA**  
POUPANÇA

603689 0010 54100 5633

SANDRA VIRGINIO DE BARROS

1914 013 00047533-9 11/20 678



débito



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

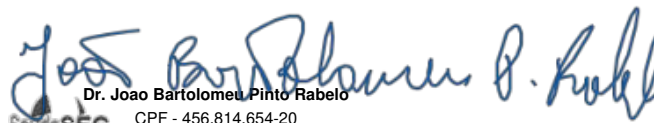
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

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 ] Joao 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, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUE COMPLICAÇÕES NESTÉ 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 DEFICIT 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 DEFICIT 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 (\*).
- |  |   |
|--|---|
| ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>JOELHO - Lado Esquerdo</b>  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):   | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo        | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518







**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) de 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 Virgínio 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, Nº 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 tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

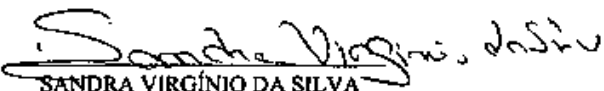
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE segundo a notificante compareceu nesta delegacia juntamente com a sua filha PRISCILLA RAFAELE VIRGINIO SOARES, portador do CPF nº 101.852.954-36, que na ocasião do acidente pilotava o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 FAN ESD1, 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 ALCÓBA 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
SANDRA VIRGÍNIO DA SILVA  
Noticante



Procedimento Policial: 00104.01.2019.1.00.420



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: <b>0155868139</b>	CPF da vítima: <b>760.673.274.49</b>	Nome completo da vítima: <b>Sanche Virginio de Silva</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>Sanche Virginio de Silva</b>		
Profissão: <b>Comerciante</b>	Endereço: <b>R. Globo</b>	CPF: <b>760.673.274.49</b>
Bairro: <b>Jequitatuba</b>	Cidade: <b>Santa Rita</b>	Número: <b>310</b>
E-mail:	Estado: <b>PA</b>	Complemento:
	CEP: <b>58800000</b>	Tel.(DDD):

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

**DADOS CADASTRAIS:**  
RENTA MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <b>1934</b>	CONTA: <b>47533</b>	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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 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 UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúva	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Pessoa 09/05/2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Sanche Virginio de Silva**  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

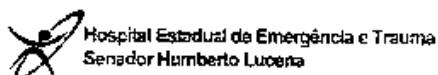
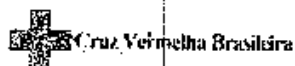
### TESTEMUNHAS

1ª   Nome: _____	CPF: _____
Assinatura: _____	
2ª   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 conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454565 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1124839



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



# 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



ENERGISA

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196

Conta referente a

Apresentação

Data prevista de  
próxima leitura

EPN/ONEI/RAN

Mar / 2019

14/03/2019

12/04/2019

288.483.544

UC (Unidade Consumidora)

5/1245633-7

Canal de contato

Como a sua empresa já dispõe o seu e-mail, para receber o e-mail, basta clicar em "Enviar e-mail" e preencher o formulário. Também é possível enviar o e-mail diretamente pelo site, clicando em "Enviar e-mail" e preenchendo o formulário. Para mais informações, consulte o site da ENERGISA.

Anterior

Data

Consumo

Atual





## 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 números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Diversidade: 0800 022 89 85

Eu, EDUARDO GOMES DE ARAÚJO  
RG nº 3709338, data de expedição 30/09/2019  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 104.355.664-92  
com domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
NILO PEÇANHA, nº 38  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
SANTIA VIRGÍNIO DA SILVA, cujo o condutor era  
PAUSILLA RAFAELE VIRGÍNIO SOARES  
Veículo: MONICICLÍCA Modelo: FIAT UNO 1.0 500 16V (501) Ano: 2015  
Placa: QFH-3509 Chassi: 9C2KC3690FB210935  
Data do Acidente: 25/11/2019

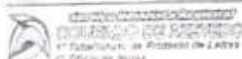
DOURADO  
AZEVEDO

Local e Data: SANTA RITA, 27 de MAR de 2019.



Eduardo Gomes de Araújo  
Assinatura do Declarante

Paussilla Rafaela Virgínio Soares  
Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



Rua São João, nº 57 - Centro  
Cep: 50000-000  
Santa Rita - Paraíba  
CNPJ nº 06.908.000/0001-22







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 Cecília 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



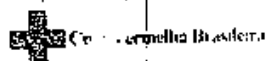


## Documento de Alta

<b>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>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
<b>Resultado de Exames:</b> PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
<b>Tratamento:</b> PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
<b>Diagnóstico:</b> S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
<b>Recomendações:</b> CARGA ZERO - TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - CURATIVO DIARIO - RETORNO HTOP 15 DIAS			

Data: 06/01/2019

DANIEL CONQUISTA ARRUDA  
CRM 11134 - PB

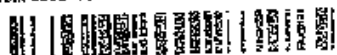


Hospital de Emergência e Trauma  
Segunda via - Hospital de Emergência

GOVERNO  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1124839



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1348103	SANDRA VIRGINIO DA SILVA	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
24/12/1972	45 anos 11 meses 1 dia	Pargão
Mãe	Pai	
CECILIA SARES RODRIGUES	SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	585054097	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	1613228	
Local de procedência		Tipo
CENTRO / SANTA RITA		BARRO
Email	Naturalidade	CBOR
	SANTA RITA	

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
56300000	SANTA RITA	PA	GLÓBO
Número	Complemento	Bairro	
21	TIBIRI	CENTRO	

### Admissão

Data e Hora	Número na pulseira	Corrente
25/11/2018 19:30:27	1000005158583	SUS

### Especialidade

CIRURGIA GERAL	Clínica	Origem do paciente
Classificação de risco		RUA
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial	Quem de saúde	Vem de ambulância
Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou	
SAMU		

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

### Exames complementares

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

### Dados clínicos

Paciente vítima de queda, queixa-se de dor no ombro e joelho esquerdo.

### Diagnóstico

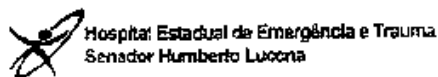
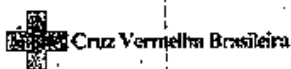
Atendido por  
LIMA VIEIRA DA SILVA

Rita de Cássia A. da Silva  
Enfermeira  
COREN/PB 484.130

Imprimir

Tempo  
Grav. 05:00



**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 <b>1124839</b>	Data/Hora Entrada <b>25/11/2018 19:30:27</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/12/1972</b>	Idade <b>46a 11m 1d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Telefone de Contato <b>(83) 986094097</b>			Prontuário
Mse <b>CECILIA SARES RODRIGUES</b>			
Endereço <b>GLOBO, 21 - TIBIRI</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO</b>	Nº Cons. Regional <b>3448/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>25/11/2018 19:30:27</b>		Data/Hora Prescrição <b>25/11/2018 19:49:02</b>	
<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 - solicito raio x do ombro e joelho esquerdo. parecer da ortopedia alta da cirurgia geral aos cuidados da ortopedia			
<b>MEDICAÇÃO</b> CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DOR)			
<b>EXAME DE IMAGEM</b> RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR) RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)			
<b>CID10</b>			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
<b>Conduta</b> Em observação			

Gilson Marcelo P. de Melo  
Cirurgião GeralGILSON MARCELO PEREIRA DE MELO  
(3448/PB)

SANDRA VIRGINIO DA SILVA



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

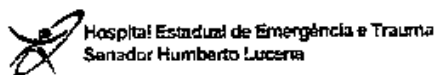
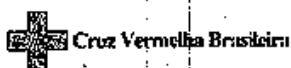


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 15:03:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915034372500000036734119>

Número do documento: 21011915034372500000036734119

Num. 38523942 - Pág. 18



POSTO I B

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

Tel:

CNES: 454547

Paciente <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>	BAE <b>1124839</b>	Data/Hora Entrada <b>25/11/2018 19:30:27</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/12/1972</b>	Idade <b>45a 11m 2d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS
Mãe <b>CECILIA SARES RODRIGUES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988094097</b>
Endereço <b>GLOBO, 21 - TIBIRI</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA</b>	Nº Cons. Regional <b>6229/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>25/11/2018 19:30:27</b>		Data/Hora Prescrição <b>25/11/2018 21:38:02</b>	
<b>anamnese</b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM JOELHO ESQUERDO + OMBRO ESQUERDO IV PRESERVADO NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO X = FRATURA DE PLANALTO TIBIAL CD: INTERNAÇÃO + 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., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N) Diluir ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H METOPRIL 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, S/N) 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 (MG/TSM)			
<b>CUIDADOS</b> Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 25/11/2018 19:31:29 CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)			

16.0.6:8080/cv/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&pcio=imprimir&id=450262&pesquisa=S&perform=im. 1/2



SSVV + CCGG

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TALA INGUINOLALEOLAR - COLOCAR APÓS TC DE JOELHO)

**EXAME LABORATORIAL**

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 AMINOTRANSFERASE/AST), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)

**EXAME DE IMAGEM**

ELETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO ANTES DE COLOCAR A TALA)

**Conduta**

Internar Paciente

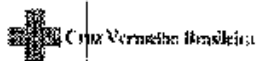
SANDRA VIRGINIO DA SILVA

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

25 MAR 2018  
06:22:29 (PB)

Dr. Heisenberg Almeida  
CRM: 20.123/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Santidade Humana e Lazer



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. DRETTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES  
CNPJ: 446385 - Tel.: 8332165700

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

Nome <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b>	Boleto de Atendimento <b>1124839</b>	Data/Hora Entrada <b>25/11/2018 19:30:27</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>24/12/1972</b>	Idade <b>45</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Procedimento <b>112492</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>25/11/2018 19:30:27</b>	Data Internação <b>25/11/2018 21:47:51</b>	Permanência na Unidade <b>11h 34min</b>	Permanência no Leito <b>9h 17min</b>

### 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.

Localização: ÁREA LARANJA - UDC A Leito: LEITO EXTRA 02  
Fissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

*Nota*  
FETSHL

Nome: Fábio Virgínia de Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 03/10/19  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura do pé direito consolidado  
Cirurgião: Arão 1º Assistente: Levi  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: Potivino Anestesista: Kellier  
Tipo de Anestesia: Agua + bloq Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura consolidada do pé direito</u>	
<u>potent</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura</u>	
<u>do pé direito consolidado</u>	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

CRM-MB/067404/05 23257  
Arão S. de Alencar  
Cirurgião 1501 7049

João Pessoa, 03/10/19

F(NG).ASCIR.009-1



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Posição e Preparo: *Deitado em decúbito dorsal horizontal*  
*com as pernas esticadas.*

**Inciso:**

Incisão: Incisão intercostal de Zalko®

**Achados:**

Achados:

- Extração de placas de latão com diâmetros maiores 1/1 quadrados e arredondados.

**Conduct:**

Conducta:

- colollosio.
- ferontare de suprafata etnului e  
prosa 1/ f. 1/11
- Ademi de f. 1/11 e f. 1/11 1/11  
an 1/11 + paraf. 1/11 + 1/11 1/11 + 1/11  
interf. 1/11 de 1/11

## Fechamento

Lógica de 4 SF, 9%  
 Fechamento  
 sistema por floor

**Observação**

Observação:  
- Presença de mosquitos durante o 1º dia de coleta.

João Pessoa, 03 01/19

Médico/CRM:

FENG, ASCIR, GONG, ...





Nome do Paciente	WILLIAM DA SILVA
Idade	46
Sexo	M
Profissão	PROFESSOR
Endereço	AV. ...
Cidade	...
Estado	...
País	...
Observações	...

THESE





## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 03/04/18

PRONTUÁRIO: 1124839

PACIENTE: Sandra Virgínia da Silva

SEXO: F

COR:

IDADE: 45

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 18/20 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 60 GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO ( ) RISCO CIRÚRGICO: BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO ( )

## EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: Eupneico AP. CIRCULATORIO: Estável

AP. DIGESTIVO: Bom ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: 10:00 ESTADO FÍSICO: I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Teste de placa Tiliol (E)

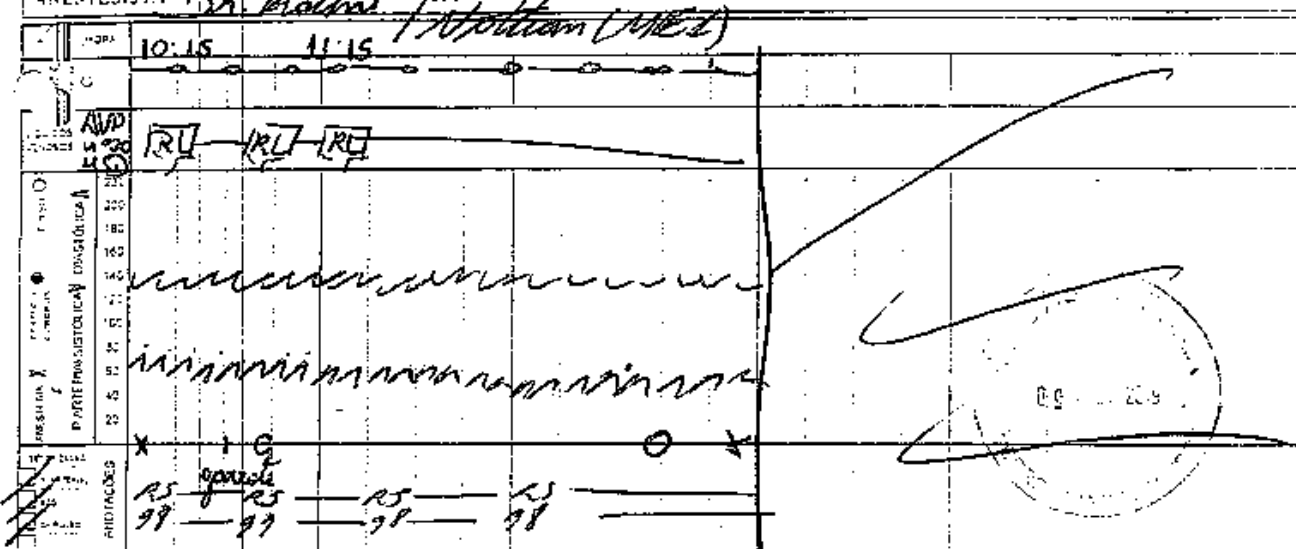
CIRURGIA REALIZADA: Gastrectomia e linfadenectomia de placa Tiliol (E)

CIRURGIÃO: Dr. João ACILIARES Dr. Kraus

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

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES ES:

ANESTESISTA: Dr. Kaline FPF CRN-PB



TESTES	ESTESIA GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	BLOQUEIO	SEDATIVOS	OUTROS
1	SPR + manutenção					
2	Descontaminação					
3	Epifaringea					
4	Blowdown de nariz					
5	Manobra de Valsalva					
6	Dilatação					
7	Manobra de Valsalva (manobra de Valsalva)					
8	Manobra de Valsalva					
9	Manobra de Valsalva					
10	Manobra de Valsalva					

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

- Descontaminação 11
- Epifaringea 12
- Blowdown de nariz 13
- Manobra de Valsalva 14
- Dilatação 15
- Manobra de Valsalva (manobra de Valsalva) 16
- Manobra de Valsalva 17
- Manobra de Valsalva 18
- Manobra de Valsalva 19
- Manobra de Valsalva 20

Assinatura: Kaline FPF, Anestesiologista, CRN-PB 2558

Observações:

1. Valsalva em MSD, pulso n° 206 e pressão
2. Pulso n° 206, pressão n° 206 e manutenção e 1 pulso 201
3. Pulso n° 206, pressão n° 206 e manutenção e 1 pulso 201
4. Pulso n° 206, pressão n° 206 e manutenção e 1 pulso 201







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRI

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 POS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ	

## ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO: BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: 

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: 27/12/2018

Art. 5º da Lei nº 13.001/2014  
Cirurgião de Mão  
CRM-PB nº 1.001.001.001



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente deitado, cabeça horizontal sobre o plano  
Assimétrico e a esquerda

Incisão:

Faixa vertical em L

Objetivos:

Exatidão de posição posterior e lateral

Conduta:

Realizar redução dentária e fratura posterior por  
plano a 15°, com tração medial  
+ tração superior e lateral

Reclamação:

Só por plano  
Custo lateral

Observação:

09/01/2021

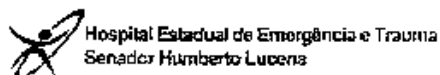
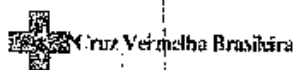
Data, João Pessoa

24/12/18

Assinatura e carimbo

Carimbo circular com o nome SUELIO MOREIRA TORRES e a data 24/12/18.





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

Boletim de Atendimento: 1124839



Identificação do paciente					
ID 1348103	Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Sexo Feminino	
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 46 anos 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 112492	
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES	Pai SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988094097	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1513228	Nº Cns			
Local de procedência CENTRO / SANTA RITA	Tipo BAIRRO		UF PB		
Idade	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58300000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro GLOBO		
Número 21	Complemento TIBIRI	Bairro CENTRO			
Admissão					
Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número da pulseira 1000005158583		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Modo de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]
Ultrasonografia [ ]					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA					Tempo 01min 02seg

Imprimir

0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perfrom=imprimir&id=1124839

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

# Nota de Sala Cirúrgica



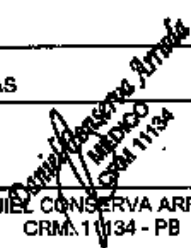
HISTÓRICO

NOME DO PACIENTE		Sandra Virgínia da Silva	
IDADE	45	IDENTIFICADOR	11174838
CIRURGIÃO	Prostoma de P. Lobo Távora	ANESTESISTA	Roberto
COLABORADOR	Thalles	ANESTESISTA	Roberto
ANESTESIA	Prostoma de P. Lobo Távora	ANESTESISTA	Roberto
ANESTESISTA	Roberto	ANESTESISTA	Roberto
INSTRUMENTADOR	Roberto	INSTRUMENTADOR	Roberto
DATA	27-12-18	DATA	27-12-18
INÍCIO CIRÚRGICO	08:20	FIM CIRÚRGICO	11:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA I AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE CIRURGIA - ASA I			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)			
MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS			
ALFENTANIL		MATERIAIS CONT	QTD
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	6 ML	JELCO Nº18	1
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº20	1
CETAMINA	5F	JELCO Nº22	1
DROPERIDOL		JELCO Nº24	1
ETOMIDATO	SOLUCOES	OUT SIST DREN TORACICA Nº	2
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº1	1
FENTANILA	PIPI DEGRIMANTE	LÂMINA BISTURI Nº5	1
FLUMAZENIL	PIPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº3	1
ISOFLURANO	PIPI TÓPICO	LÂMINA BISTURI Nº4	1
OBUPIVACAÍNA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE DERMATOMO	1
OBUPIVACAÍNA S VASO		LÂMINA DE ENXERTO	1
LIPOCAÍNA C VASO	MATERIAIS	LAVA DE PROCEDIMENTO PAR	10
LIPOCAÍNA S VASO	AGULHA 15X4,5	LAVA ESTERIL Nº1	1
MILOCAÍNA	AGULHA 25X07	LAVA ESTERIL Nº3	1
MILOCAÍNA	AGULHA 25X09	LAVA ESTERIL Nº5	1
MILOCAÍNA	AGULHA 40X12	LAVA ESTERIL Nº8	1
MILOCAÍNA	AGULHA PERIDURAL Nº10	MASCARA CIRURGICA	1
MILOCAÍNA	AGULHA PERIDURAL Nº11	MULTIVIAS	1
MILOCAÍNA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	1
MILOCAÍNA	AGULHA RAQUID Nº25G	SCALP Nº18	1
MILOCAÍNA	AGULHA RAQUID Nº26G	SCALP Nº21	1
MILOCAÍNA	AGULHA RAQUID Nº27G	SERINGA 3ML	1
MILOCAÍNA	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML	1
MILOCAÍNA	ATADURA DE CREPON	SERINGA 10ML	1
MILOCAÍNA	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	1
MEDICAMENTOS		QTD	
ADRENALINA	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº8	1
AGUA DESTILADA	CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP TRAQUEAL Nº10	1
ATROPINA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP TRAQUEAL Nº12	1
BENTIL	CATETER EMBOLEO ALTERNA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº14	1
CEFALOTRINA	CATETER EPIDURAL Nº15	SONDA ASP TRAQUEAL Nº16	1
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY Nº12	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY Nº14	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº19	SONDA FOLEY Nº16	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº20	SONDA FOLEY Nº18	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº21	SONDA FOLEY Nº20	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº22	SONDA FOLEY Nº22	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº23	SONDA FOLEY Nº24	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº24	SONDA FOLEY Nº26	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº25	SONDA FOLEY Nº28	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº26	SONDA FOLEY Nº30	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº27	SONDA FOLEY Nº32	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº28	SONDA FOLEY Nº34	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº29	SONDA FOLEY Nº36	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº30	SONDA FOLEY Nº38	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº31	SONDA FOLEY Nº40	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº32	SONDA FOLEY Nº42	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº33	SONDA FOLEY Nº44	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº34	SONDA FOLEY Nº46	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº35	SONDA FOLEY Nº48	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº36	SONDA FOLEY Nº50	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº37	SONDA FOLEY Nº52	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº38	SONDA FOLEY Nº54	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº39	SONDA FOLEY Nº56	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº40	SONDA FOLEY Nº58	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº41	SONDA FOLEY Nº60	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº42	SONDA FOLEY Nº62	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº43	SONDA FOLEY Nº64	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº44	SONDA FOLEY Nº66	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº45	SONDA FOLEY Nº68	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº46	SONDA FOLEY Nº70	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº47	SONDA FOLEY Nº72	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº48	SONDA FOLEY Nº74	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº49	SONDA FOLEY Nº76	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº50	SONDA FOLEY Nº78	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº51	SONDA FOLEY Nº80	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº52	SONDA FOLEY Nº82	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº53	SONDA FOLEY Nº84	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº54	SONDA FOLEY Nº86	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº55	SONDA FOLEY Nº88	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº56	SONDA FOLEY Nº90	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº57	SONDA FOLEY Nº92	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº58	SONDA FOLEY Nº94	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº59	SONDA FOLEY Nº96	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº60	SONDA FOLEY Nº98	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº61	SONDA FOLEY Nº100	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº62	SONDA FOLEY Nº102	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº63	SONDA FOLEY Nº104	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº64	SONDA FOLEY Nº106	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº65	SONDA FOLEY Nº108	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº66	SONDA FOLEY Nº110	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº67	SONDA FOLEY Nº112	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº68	SONDA FOLEY Nº114	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº69	SONDA FOLEY Nº116	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº70	SONDA FOLEY Nº118	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº71	SONDA FOLEY Nº120	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº72	SONDA FOLEY Nº122	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº73	SONDA FOLEY Nº124	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº74	SONDA FOLEY Nº126	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº75	SONDA FOLEY Nº128	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº76	SONDA FOLEY Nº130	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº77	SONDA FOLEY Nº132	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº78	SONDA FOLEY Nº134	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº79	SONDA FOLEY Nº136	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº80	SONDA FOLEY Nº138	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº81	SONDA FOLEY Nº140	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº82	SONDA FOLEY Nº142	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº83	SONDA FOLEY Nº144	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº84	SONDA FOLEY Nº146	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº85	SONDA FOLEY Nº148	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº86	SONDA FOLEY Nº150	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº87	SONDA FOLEY Nº152	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº88	SONDA FOLEY Nº154	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº89	SONDA FOLEY Nº156	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº90	SONDA FOLEY Nº158	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº91	SONDA FOLEY Nº160	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº92	SONDA FOLEY Nº162	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº93	SONDA FOLEY Nº164	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº94	SONDA FOLEY Nº166	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº95	SONDA FOLEY Nº168	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº96	SONDA FOLEY Nº170	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº97	SONDA FOLEY Nº172	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº98	SONDA FOLEY Nº174	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº99	SONDA FOLEY Nº176	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº100	SONDA FOLEY Nº178	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº101	SONDA FOLEY Nº180	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº102	SONDA FOLEY Nº182	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº103	SONDA FOLEY Nº184	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº104	SONDA FOLEY Nº186	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº105	SONDA FOLEY Nº188	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº106	SONDA FOLEY Nº190	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº107	SONDA FOLEY Nº192	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº108	SONDA FOLEY Nº194	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº109	SONDA FOLEY Nº196	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº110	SONDA FOLEY Nº198	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº111	SONDA FOLEY Nº200	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº112	SONDA FOLEY Nº202	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº113	SONDA FOLEY Nº204	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº114	SONDA FOLEY Nº206	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº115	SONDA FOLEY Nº208	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº116	SONDA FOLEY Nº210	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº117	SONDA FOLEY Nº212	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº118	SONDA FOLEY Nº214	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº119	SONDA FOLEY Nº216	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº120	SONDA FOLEY Nº218	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº121	SONDA FOLEY Nº220	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº122	SONDA FOLEY Nº222	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº123	SONDA FOLEY Nº224	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº124	SONDA FOLEY Nº226	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº125	SONDA FOLEY Nº228	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº126	SONDA FOLEY Nº230	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº127	SONDA FOLEY Nº232	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº128	SONDA FOLEY Nº234	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº129	SONDA FOLEY Nº236	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº130	SONDA FOLEY Nº238	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº131	SONDA FOLEY Nº240	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº132	SONDA FOLEY Nº242	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº133	SONDA FOLEY Nº244	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº134	SONDA FOLEY Nº246	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº135	SONDA FOLEY Nº248	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº136	SONDA FOLEY Nº250	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº137	SONDA FOLEY Nº252	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº138	SONDA FOLEY Nº254	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº139	SONDA FOLEY Nº256	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº140	SONDA FOLEY Nº258	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº141	SONDA FOLEY Nº260	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº142	SONDA FOLEY Nº262	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº143	SONDA FOLEY Nº264	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº144	SONDA FOLEY Nº266	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº145	SONDA FOLEY Nº268	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº146	SONDA FOLEY Nº270	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº147	SONDA FOLEY Nº272	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº148	SONDA FOLEY Nº274	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº149	SONDA FOLEY Nº276	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº150	SONDA FOLEY Nº278	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº151	SONDA FOLEY Nº280	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº152	SONDA FOLEY Nº282	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº153	SONDA FOLEY Nº284	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº154	SONDA FOLEY Nº286	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº155	SONDA FOLEY Nº288	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº156	SONDA FOLEY Nº290	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº157	SONDA FOLEY Nº292	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº158	SONDA FOLEY Nº294	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº159	SONDA FOLEY Nº296	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº160	SONDA FOLEY Nº298	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº161	SONDA FOLEY Nº300	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº162	SONDA FOLEY Nº302	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº163	SONDA FOLEY Nº304	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº164	SONDA FOLEY Nº306	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº165	SONDA FOLEY Nº308	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº166	SONDA FOLEY Nº310	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº167	SONDA FOLEY Nº312	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº168	SONDA FOLEY Nº314	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº169	SONDA FOLEY Nº316	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº170	SONDA FOLEY Nº318	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº171	SONDA FOLEY Nº320	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº172	SONDA FOLEY Nº322	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº173	SONDA FOLEY Nº324	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº174	SONDA FOLEY Nº326	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº175	SONDA FOLEY Nº328	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº176	SONDA FOLEY Nº330	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº177	SONDA FOLEY Nº332	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº178	SONDA FOLEY Nº334	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº179	SONDA FOLEY Nº336	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº180	SONDA FOLEY Nº338	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº181	SONDA FOLEY Nº340	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº182	SONDA FOLEY Nº342	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº183	SONDA FOLEY Nº344	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº184	SONDA FOLEY Nº346	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº185	SONDA FOLEY Nº348	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº186	SONDA FOLEY Nº350	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº187	SONDA FOLEY Nº352	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº188	SONDA FOLEY Nº354	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº189	SONDA FOLEY Nº356	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº190	SONDA FOLEY Nº358	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº191	SONDA FOLEY Nº360	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº192	SONDA FOLEY Nº362	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº193	SONDA FOLEY Nº364	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº194	SONDA FOLEY Nº366	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº195	SONDA FOLEY Nº368	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº196	SONDA FOLEY Nº370	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº197	SONDA FOLEY Nº372	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº198	SONDA FOLEY Nº374	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº199	SONDA FOLEY Nº376	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº200	SONDA FOLEY Nº378	1
CEFTAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº201	SONDA FOLEY Nº380	1
CEFTAZOLINA	C		

## Documento de Alta

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

Data: 06/01/2019

  
DANIEL CONSERVA ARRUDA  
CRM: 11134 - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

DADOS GERAIS		
Marcação 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	Seção - CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR
Procedimento	Exame	
Observações		





## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Sandra Virginia  
do Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 06/01/18

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

MÉDICO (CARIMBO): D. A. G. V.

**DIAGNÓSTICO:**

PROCEDIMENTO: 60.966.431/2013

**SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO**

[illegible]



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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 VIRGINIO 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  
OBSERVAÇÃO  
  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL  
  
LOCAL E DATA  
  
ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)  
  
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS  
NO ART. 27 DE CLIPS, 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 11134

DANIEL CONSERVA ARRUDA  
(11134/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



  	  
<b>Receituário de Controle Especial</b>	<b>Receituário de Controle Especial</b>
<b>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av.</b> <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b> <b>190</b> <b>Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000</b> <b>R124839</b>	<b>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av.</b> <b>SANDRA VIRGINIO DA SILVA</b> <b>190</b> <b>Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000</b> <b>R124839</b>
RX VIA ORAL  1-) TRAMADOL 100MG/CP ----- 01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)  SE DOR FORTE  <div style="text-align: center;">   <i>Daniel Conserva Arruda</i>  MEDICO CRM 11134 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>06/01/2019</span> <span>Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA 11134/PB</span> </div>	RX VIA ORAL  1-) TRAMADOL 100MG/CP ----- 01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)  SE DOR FORTE  <div style="text-align: center;">   <i>Daniel Conserva Arruda</i>  MEDICO CRM 11134 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>06/01/2019</span> <span>Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA 11134/PB</span> </div>





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 Cecília 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

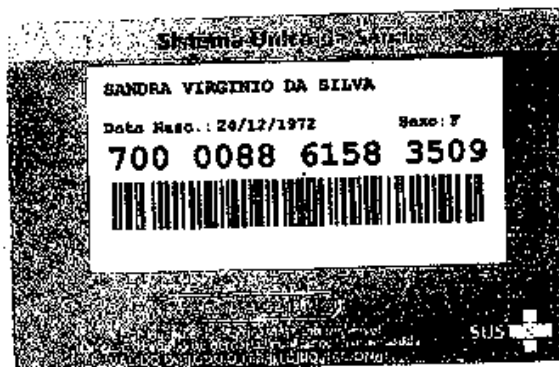
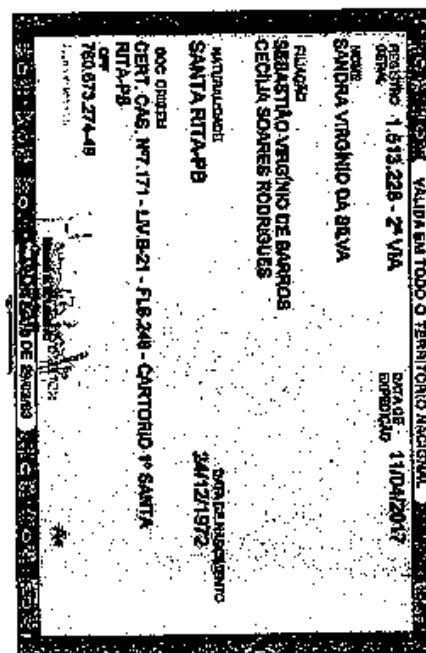
10-06-2019

Dr. Anuar Murad Filho  
Médico  
CRM-PB 8742

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

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







Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Suelio, Vinícius de Silva  
DATA DO ACIDENTE 25/11/2018 CPF DA VITIMA 760.873.274-49  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM  
A VITIMA É  
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Glória  
Nº 311 COMPLEMENTO BAIRRO de Pinheirópolis  
CIDADE Santa Rita UF TO CEP 588.00000  
E-MAIL TELEFONE (83) 911928028

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM 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 VITIMA 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 OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 022 1294

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/05/2019

IDENTIDADE 4.513.228

ASSINATURA Suelio Vinícius de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 09/05/2019

NOME

ASSINATURA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.709.338 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/2008

NOME EDUARDO GOMES DE ARAUJO

FILIAÇÃO JOSE PONCIANO DE ARAUJO  
ANTONIA GOMES DE ARAUJO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
PAREUX-PB 14/01/1992

DOC ORIGEM NASC.N.49404 FLS.006 LIV.A-44

CPF CARTORIO SANTA RITA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

EDUARDO GOMES DE ARAUJO

POLEGAR DIREITO

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

916

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



## Solicitação de Reanálise

Solicito que seja reanalisado o meu sinistro com número de ASL 0155868/19, 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 pois a avaliação documental da junta médica da seguradora não conseguiu ser justa quanto a minha deficiência permanente.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Grata,

Sandrie Virgínia do Silo

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

