



Número: **0827293-46.2022.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/10/2022**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELIANE DIAS DA SILVA (AUTOR)	WAMBERTO BALBINO SALES (ADVOGADO) KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
79945 082	29/09/2023 10:38	Petição	Petição
79945 083	29/09/2023 10:38	2879692_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
79945 085	29/09/2023 10:38	2879692_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

em anexo



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	03/05/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011557601
VALOR TOTAL:	3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIANE DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00707

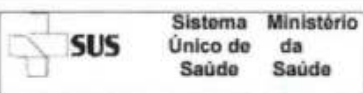
CONTA: 000854637139

Número da Autenticação

594842A172FD5DDB



8160



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2299364
7 - CARTÃO DO SUS 702000865764193	8 - DATA DE NASCIMENTO 14/10/1982	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Mãe das Dores da Silva		11 - TELEFONE DE CONTATO 000 N° DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) R. Diogo da Costa - 302 - M.510		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA C. grande	14 - CÓDIGO Município 20400	15 - UF PB
16 - CEP 5840002		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR + DEFORMIDADE + FERIMENTO EM COTOVELO E E TORNOZELO E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRURGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RAIO X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO E COTOVELO E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
part. de traumatismo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0415030013

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016004346719

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
24/12/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

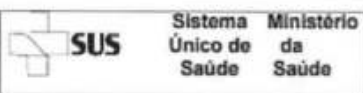
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2299364
7 - CARTÃO DO SUS 702000865764993	8 - DATA DE NASCIMENTO 14/10/1982	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Mãe das Dias da Silva		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Diogo da Costa - 302 - M. STO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA C. Grande	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 08040	15 - UF RS
		16 - CEP 91040000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR + DEFORMIDADE + FERIMENTO EM COTOVELO E E TORNOZELO E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRÚRGICO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RAIO X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO E COTOVELO E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Part. de 06 traqueostomia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
44030013

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016004346719

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
24/12/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
/ /

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR





EVOLUÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/12/2020

Horas: 04:08:16

Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De O

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299364 Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS Idade: 02021

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Sexo:

Admissão: 24/12/2020 DIH - 0

Clínica:AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCACAO Enfermaria: Leito: Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO E COTOVELO D Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA:24/12/2020 HORA:04:03:19

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSSINTESE DE OLECRANO DIREITO DEVIDO A FRATURA EXPOSTA DO MESMO. QUANTO AO TORNOZELO ESQUERDO OPTOU-SE POR LAVAR E COLOCAR TALA BOTA, ORIENTAÇÕES DADAS POR DR RODRIGO AMORIM.
CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE CONTROLE

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753





Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 24/12/2020

Número do Atendimento: 2299364 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS

Data da Internação: 24/12/2020

Atendimento:2299364

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE OLECRANO DIREITO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:OSTEOSSINTESE Data da Cirurgia:24/12/2020

Equipe:

Cirurgião:RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

Aux 1:NATTAN SANTOS ROZENDO DE

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:NÃO

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NÃO

Descrição da Operação:1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3) AMPLIAÇÃO DA FERIDA + LAVAGEM MECANICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS

4) REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE OLECRANO DIREITO + FIXAÇÃO COM 2 FIOS DE K E FIO DE CERCLAGEM

5) SUTURA + CURATIVO

6) A URPA

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753

Data 24/12/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira





Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/12/2020

Horas: 00:07:51

Médico (a) Diarista : Andre Ribeiro Araujo De Menezes

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299364 Paciente: **ELIANE DIAS DA SILVA: 38 ANOS** Idade: 02021 Sexo: **F**

Nome da Mãe: Data de Nascimento: 31/12/1969 Admissão: 24/12/2020 DIH - 0

Clínica: AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCAÇÃO Enfermária: **6** Leito: **4** Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO E COTOVELO D

DIA 24/12/2020

MÉDICO(A): Andre Ribeiro Araujo De Menezes /

Item	Prescrição	Aprazamento
1		
2	DIETA ZERO	
3	DIETA ZERO. livre APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	
4	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	06 18/06
5	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/2D	06 18/06
	Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	06 18/06
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
7	Reconstituir 2ML ABD,	06 18/06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	06 18/06
9	OMEPRAZOL 20 MG 01 CAPS, 24h/24h (ADM AS 8h)	06 06

EVOLUÇÃO

DATA: 24/12/2020 HORA: 00:06:24

PCTE ADMITIDA COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO, E COTOVELO DIREITO PARA TTO CIRURGICO

CD: AO BLOCO CIRURGICO

ASSINATURA + CARIMBO

Andre Ribeiro Araujo De Menezes

epós liberação de limpo frnt

 Gram. 08 5720





Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 26/12/2020

Número do Atendimento: 2299364 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS

Data da Internação: 24/12/2020

Atendimento:2299364

Diagnostico Pré-Operatório: FX TNZ E

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia:OSTEOSSINTESE Data da Cirurgia:26/12/2020

Equipe:

Cirurgião:ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1:MATHEUS PEDROSO C DE SOUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:DIEGO HENRIQUE G SILVA

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NAO

Descrição da Operação:01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
04- OBSERVADO FERIDA CONTAMINADA COM PRESENÇA DE VÁRIOS
DETRITOS.DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS,LIMPEZA MECÂNICO
CIRURGICA E IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9%.
05- REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSINTESE MALÉOLO LATERAL COM PLACA DCP 3.5
mm E PARAFUSOS CORTICAIS
06- REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSSINTESE MALÉOLO MEDIAL COM DOIS
PARAFUSOS ESPONJOSOS.
07- SUTURA DE FERIDAS OPERATÓRIAS E CURATIVOS

Data 26/12/2020


Assinatura/Carimbo
Eldiman Soares De Araujo

Dr. Eldiman Soares de Araujo
Médico - Ortopedia-Ortomobilidade
CRM: 69890
CPF: 033.079.784-20



contornem

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Elaine Dias Da Silva - AN?</i>						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<i>Sala 04</i>	<i>SUS</i>	<i>38 anos</i>	<i>229 9364</i>		
CIRURGIA <i>Cateterização de Silexano</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Rodrigo Amorim + Dr. Nathan R.</i>			
ANESTESIA <i>Raqui + Bloqueio</i>			ANESTESIA <i>Dr. Suddanta</i>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
<i>Anchy</i>		<i>24/12/2020</i>	<i>02:30</i>	<i>04:05</i>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Catel. p/ O ₂ .		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	<i>04</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	Dimor ^o amp. <i>0.2mg</i>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
<i>01</i>	Mercaina <i>Reação</i> ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond	
<i>01</i>	Nubatin amp. <i>lunapocaine</i>		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp. <i>Cl Vaso</i>		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>015</i>	Esparadrappo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>015</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml	<i>03</i>	Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
<i>03</i>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
<i>02</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
<i>02</i>	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.	<i>03</i>	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	<i>02</i>	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	<i>015</i>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>015</i>	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>06</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>04</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>04</i>	SG fr 500 ml <i>p/ limpeza</i>	
	Revivan amp.		Sonda			
	Suptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>02</i>	<i>Ceftriaxone</i>		Sonda Nasogátrica	<i>02</i>	<i>Fios K. Cheimex n= 3.0</i>	
<i>01</i>	<i>Tetraciclina</i>		Sonda Uretral nº			
<i>01</i>	<i>lidocaine</i>		Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS	
<i>04</i>	Agulha desc. 25x790x12		Gelcon 18		(X) Oxímetro de Pulso	
	Agulha desc. 28 x 28		Latase		() Serra	
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>			() Desfibrilador	
<i>02</i>	Agulha p/ raque nº 27				() Foco Frontal	
<i>015</i>	Álcool de Enfermagem				(X) Fonte de Luz	
	Álcool Iodado ml				(X) Foco Auxiliar	
	Ataduras de Crepon				() Eletrocáuterio	
<i>03</i>	Ataduras de Gessada <i>15cm</i>				() Oxícapiógrafo	
	Avil metileno amp				(X) Cardiomonitor	
					(X) Perfurador Elétrico	





RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA

Data da Internação: 24/12/2020 Data da Alta: 27/12/2020

Registro: 2299364

Tempo de Permanência: -18621

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Diagnóstico Final: FX TORNOZELO ESQ

Cirurgia: LMC + OSTEOSINTESE Data: 24/12/2020

Equipe:

Cirurgião: RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: RETORNO AMB + CEFALEXINA + ARFLEX + FISIOTERAPIA

Condições de Alta: Melhorado

Data: 27/12/2020

Assinatura/Carimbo
Hallisson Barros De Almeida

RESPONSÁVEL : Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 3562





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 27/12/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03

Logado em:

Hallisson Barros De Almeida

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :ELIANE DIAS DA SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Hallisson Barros De Almeida

DATA : 27/12/2020

ALA : ORTOPEDIA 2

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 27/12/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03

Logado em:

Hallisson Barros De Almeida

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :ELIANE DIAS DA SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Hallisson Barros De Almeida

DATA : 27/12/2020

ALA : ORTOPEDIA 2

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____





PACIENTE:	ELIANE DIAS DA SILVA
DATA DO EXAME:	23/12/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

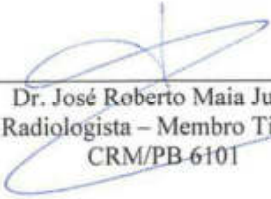
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB-6101





SECRETARIA DE SAÚDE
PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATÓLOGIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 2299339

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATÓLOGIA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Pessoa, 4700 - Malétrans, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Atendimento: Evêline De Fátima Costa Neves Barbosa

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Data: 23/12/2020

PACIENTE: ELIANE DIAS DA SILVA, 38 ANOS

CPF: 58400002

Nascimento: 31/12/1969

Endereço:

Sexo: F

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade: 02/21

Bairro:

Nome da Mãe:

RG:

Nº 9

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de Anad: 23/12/2020

CNS:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE

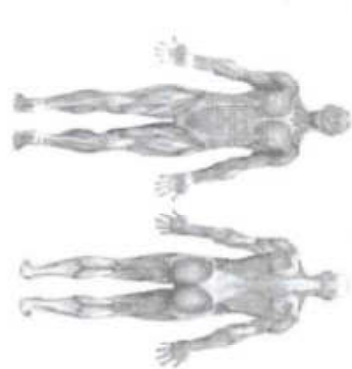
Hora: 22:32:17

CONVÊNIO: SUS

MOTIV. PCTA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empatamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enrijecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coriúso
15. F. Cortane
16. F. Corte-contuse
17. F. Ferir-cortuse
18. F. Ferir-cortante
19. F. Ferir-cortante
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordeadura
27. Movimento torçico paradosal
28. Objeto Encravado
29. Chorrada
30. Paralisia
31. Perfora
32. Perfora
33. Queimadura
34. Riorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grav

() 1º Grav

() 2º Grav

() 3º Grav

DIAGNOSTICO / CID: Coluna vertebral - amolho

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

ALERGIA: sem

MEDICAMENTOS: sem

PATOLOGIAS: sem

EXAME FISICO

PUPILAS () Fotoregêntes () Isocôricas () Anisocôricas ()

Glasgow

HGT: 1,60 PA 100 Snt02

AB: MM, AT, S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, S15, S16, S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24, S25, S26, S27, S28, S29, S30, S31, S32, S33, S34, S35, S36, S37, S38, S39, S40, S41, S42, S43, S44, S45, S46, S47, S48, S49, S50, S51, S52, S53, S54, S55, S56, S57, S58, S59, S60, S61, S62, S63, S64, S65, S66, S67, S68, S69, S70, S71, S72, S73, S74, S75, S76, S77, S78, S79, S80, S81, S82, S83, S84, S85, S86, S87, S88, S89, S90, S91, S92, S93, S94, S95, S96, S97, S98, S99, S100

EXAMES SOLICITADOS:

() Ultrassonografia

() Radiografia

() Tomografia Computadorizada

ULTRASSONOGRAFIA realizada em: 23/12/2020

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>Voluntário - Obj + AD EV aberta</u>	
2	<u>Tilidil 10mg + AD EV aberta</u>	
3	<u>SPL - 1000 - 12</u>	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres

AE SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

19/12/20 # Cir. Geral
00:30 a

Sem prejuizo toraco-
esdo. na

FAST - rel. pte. Cir. Geral
Cod. k. pte. Cir. Geral

- Ao. cur. cir. geral.
de cir. geral.

Dr. Antonio Gaudim Neto
Cirurgia Geral
R. 1001 PB 5197

INO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ de ____ de ____ hs.

nitro cintárgico
armação (setor) ____ () Alta hospitalar / () JA revela
niferência a outro SETOR ou HOSPITAL ____ () Decisão Médica
____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
____	____	____
____	____	____
____	____	____
____	____	____





SECRETARIA DE SAÚDE
PARAÍBA
Governo do Estado

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 2299339

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Matriz - Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/12/2020

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Eveline De Fátima Costa Neves Barbosa

PACIENTE: ELIANE DIAS DA SILVA: 38 ANOS

CPF: 58400002 Nascimento: 31/12/1969

Endereço: Sexo: F Telefone:

Cidade: Campina Grande Idade: 02/21 Bairro:

Nome da Mãe: RG: Nº: 3 Profissão:

Responsável: CPF: Profissão:

Estado Civil: Data de Anel: 23/12/2020 CNS:

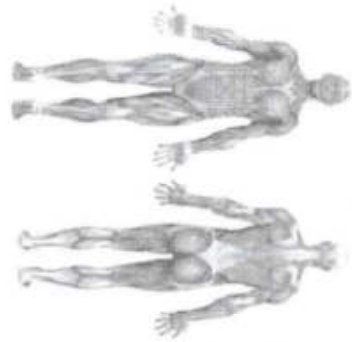
Horas: 22:32:17 CONVENIÊN: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE

MOTO PISTA - SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crêpeção
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalmeamento
- 9. Entalhe subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Contusão
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corto-contuso
- 17. F. Perfuro-contuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injuriamento venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Moradura
- 27. Movimento torçico paradoxal
- 28. Objeto Encravado
- 29. Ocorrência
- 30. Paralisia
- 31. Perfora
- 32. Paratetania
- 33. Queimadura
- 34. Rinoorragia
- 35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID: Colisão motor - veículo

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

ALERGIA: *nenhuma*

MEDICAMENTOS: *nenhuma*

DIAGNOSTICO: *nenhuma*

EXAME FISICO

PUPILAS () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glaucoma: *PA*

HGT: *Sa02*

NO: *REAUT EM E S/S*

AB: *MUDANÇA DE SINAIS, SINAIS EG. E TENSÃO SINTÓTICA*

VED: *VEDADO, VEDADO, VEDADO E SINAIS DE DEPRESSÃO*

EXAMES SOLICITADOS:

() Hematologia

() Hemograma

() Radiografia

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografia

Realizada em: *20/20*

23/12/2020

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *ORTOPEDIA* At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

Especialista: At: / Dia: /

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres
Rég. Prof. 10004

AE SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

19/12/20 # Cir. Geral

00:30 a

Sem prejuizo torcao -
esdo. para

FAST - repetitivo

Col: k. Alte Cir. Geral

- Ao cuidados
de cir. geral.

Dr. Antonio Capim Neto
Cirurgia Geral
RJM-PB 3767

INO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

Centro cirúrgico _____

armação (setor) _____ () Alta hospitalar / () A revelia

inferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário) _____

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



Data: 23/12/2020

Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA, 38 ANOS Idade: 02021 Nº AEND: 22993139

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 23/12/2020 HORA: 22:36:15

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTOCICLETA

SINAIS DE EMBRAGUEZ: NÃO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT: 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM/NÃO) HAS (SIM/NÃO)
DEF. MOTORA (SIM/NÃO)

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

CONVULSÃO INCONSCIENTE CONSCIENTE ORIENTADO
 DESORIENTADO AGITADO COOPERATIVO DEPRESSIVO APÁTICO
 IRRITADO DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

FEBRE VÔMITO DIARRÉIA EXANTEMA
 PRURIDO DISPNEIA DOR INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 ANAFILAXIA FLUÍDEZ INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 ERGASTRALGIA CONSTIPAÇÃO MIELÊNIA SIBILOS TOSSE



ESCALA DE DOR:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DI

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
Eveline De Fátima Costa Neves Barbosa





PARAÍBA
 Governo do Estado

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRATAMENTO LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.568/0018-52
 Av. Mal. Francisco Pessoa, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58433-809
 Data: 23/12/2020

Paciente: ELIANE DIAS DA SILVA:38 ANOS Idade: 03071 N° ATEND: 2.799339

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
 DATA: 23/12/2020 HORA: 22:36:15

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO

SINAIS VITAIS
 HGE SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES (SIM/NÃO) HAS (SIM/NÃO)
 DEF. MOTORA (SIM/NÃO)

ALERGIAS:

MEDICACÃO EM USO:
 ESTADO GERAL:
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

CONVULSÃO INCONSCIENTE CONSCIENTE ORIENTADO
 DISORIENTADO AGITADO COOPERATIVO DEPRESSIVO APÁTICO
 ERITADO DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

* SINTOMAS REFERIDOS

FEBRE VÔMITO DIARRÉIA EXANTEMA
 DOR INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 PRURIDO DISPNEIA DOR INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 ANAFILAXIA FEBRE INAPETÊNCIA ALTERAÇÕES VISUAL
 TOSSE
 EPIGASTRALGIA CONSTIPÇÃO MELENA SIBLOS TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/CORF

OBS:

ENFERMEIRO COREN
 Evelyn De Fátima Costa Neves Barbosa

23/12/2020 21:55





Digitizado com CamScanner





Digitizado com CamScanner





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456851478
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
PR. TERMINAL 0200000017004-5
VIA 1 0018197190-9 00/00000000 2019

EVERALDO MONTEIRO DA SILVA

MMZ4839/PB

JW899 PB 9C2JC2501RRS24510

GASOLINA

1994 1994

VERMELHA

00/00/0000

09/01/2020

SEM RESERVA DE DOMINIO

CAMPINA GRANDE-PB

9946 32468

REGURO OBRIGATORIO DE DANOS PES... MAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE... POR SUA CARGA... A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NA... SEGURO DPVAT

PB Nº 015456851478 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO 2019 DATA EMISSÃO 10/01/2020

MMZ4839/PB

HONDA/CG 125 TITAN

9C2JC2501RRS24510

9C2JC2501RRS24510

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

PAGO

09/01/2020

SEGURO LIDER - DPVAT

32468-1248271-20200110



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210115576 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 23/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 2,3,4,8
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO E TORNOZELO
ESQUERDOS

**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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096146/21
Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA
CPF: 054.903.054-95
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/12/2020
CPF de: Próprio
Titular do CPF: ELIANE DIAS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELIANE DIAS DA SILVA : 054.903.054-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/04/2021
Nome: ELIANE DIAS DA SILVA
CPF: 054.903.054-95

ELIANE DIAS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/04/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210115576 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA **Data do acidente:** 23/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 2,3,4,8
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO E TORNOZELO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO E TORNOZELO
ESQUERDOS

**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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00





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

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210115576

Vítima: ELIANE DIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIANE DIAS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ELIANE DIAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000707**

Conta: **000854637139-1**

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.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAAM (DESpesas de assistência médica e suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0046/16/121 3 - CPF da vítima: 054.903.054-95 4 - Nome completo da vítima: ELIANE DIAS DA SILVA

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

5 - Nome completo: ELIANE DIAS DA SILVA 6 - CPF: 054.903.054-95
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. FENELON ARAUJO DE LUCCENA 9 - Número: 98 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ALVIZO CAMPOS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58412-082
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83-99829-8865

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

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

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0707 CONTA: 0008546371391 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 07 de Abril de 2021.





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRENCIA Nº 000024/21

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000024/21 registrada em 21/01/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de janeiro do ano de 2021, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 16:10 horas, compareceu a Sra. ELIANE DIAS DA SILVA, com 38 anos de idade, filha de SEVERINO DIAS DA SILVA e MARIA DAS DORES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AROEIRAS - PB, Casada, escolaridade Medio Incompleto, profissão DO LAR, portadora da Cédula de Identidade Nº 2866015, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 05490305495, residindo à rua FENELON ARAÚJO DE LUCENA, 98, bairro ALUIZIO CAMPOS, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa a comunicante, que por volta das 20h30min do dia 23.12.2020, estava se deslocando para a sua residência, transitando pela Avenida Assis Chateaubriand, próximo ao cemitério Campo Santo Parque da Paz, ocupando como "carona" a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN, ano/modelo 1994/1994, de cor vermelha, chassi nº 9C2JC2501RRS24510, de placa MMZ-4839-PB, licenciada em nome de Everaldo Monteiro da Silva, que era conduzida pelo seu esposo LUIS FERNANDO SILVA DE MELO, quando esse caiu em um buraco existente na via e acabou perdendo o controle de direção, sendo ambos jogados ao solo, causando-lhes ferimentos graves, sendo socorridos pelo SAMU e encaminhados para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foram submetidos a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, com pouca luminosidade, não encontrando-se a comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTran, pois não foram solicitados. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quinta-feira, 21 de Janeiro de 2021

Eliane Dias da Silva

ELIANE DIAS DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0046/16/121 3 - CPF da vítima: 054.903.054-95 4 - Nome completo da vítima: ELIANE DIAS DA SILVA

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

5 - Nome completo: ELIANE DIAS DA SILVA 6 - CPF: 054.903.054-95
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: R. FENELON ARAUJO DE LUCCENA 9 - Número: 98 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ALVIZO CAMPOS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58412-082
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83-99829-8865

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

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

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0707 CONTA: 0008546371391 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (filho nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 07 de Abril de 2021.






DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU REGIONAL CG – 192 foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 23/12/2020	HORA: 20:55 HRS	ID Nº: 2012230144
NOME: ELIANE DIAS DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: AV. ASSIS CHATEAUBRIAND - BR 104		
COMPLEMENTO: FM FRENTE AO CAMPO SANTO PARQUE DA PAZ.		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 7 de janeiro de 2021.


Deoclécio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191

Digitalizado com CamScanner





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Feliciano Gimê, 220 - Jangade João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

COMPLI DE CONSULTING DE ÁGUA E ESGOTOS E SERVIÇOS

PARA CONTATO COM A CAGEPA,

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA
88748786

REFERÊNCIA

DE 7/2020

ELIANE DIAS DA SILVA

RUA FENELON ARAÚJO DE LUCENA, 98 - ALUÍZIO CAMPOS
CAMPINA GRANDE - PB 58412-082

Hidrômetro	Data de Instalação	SMI (000)	Quantidade de Economias			Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial Pública	
49	51	2				
HIST. CONS. / ANOR	1 E 11	1	QUALID	ÁGUA	ABR X 20	PORT. 05/2017 MS.
NOV/2020	3		PARAFITROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
OUT/2020	3		TURBIDEZ	178	176	176

Localização: (110) - NBR DE DIAS - 1 - PROXIMA LITURA
 Situação: 07/01/2021
 Situação: Água, Esgoto

Digitizado com CamScanner





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08272934620228150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELIANE DIAS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 27 de setembro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/09/2023 10:38:33
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23092910383274900000075246945>
Número do documento: 23092910383274900000075246945

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/09/2023 10:38:33
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23092910383274900000075246945>
Número do documento: 23092910383274900000075246945