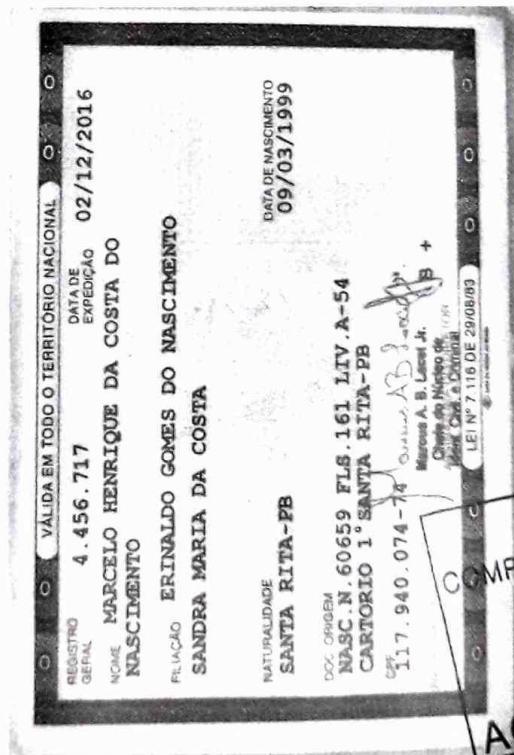


Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



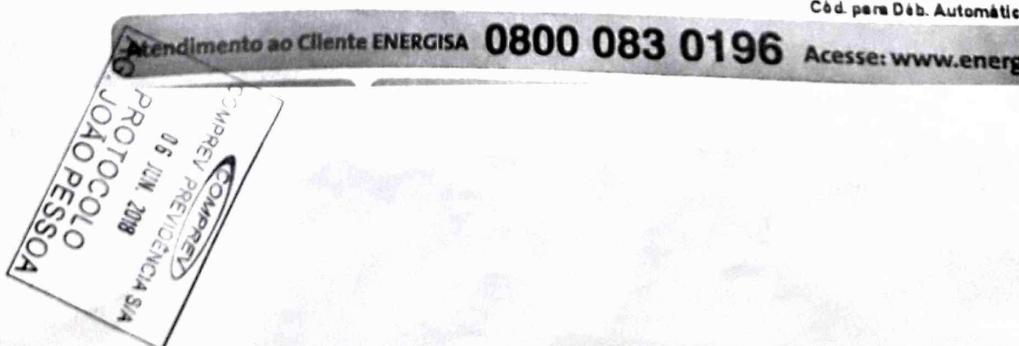
GERALDA FELIPE DOS SANTOS
RUA ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 286 - CENTRO
SERRARIA / PB CEP 58395000 (AG 44)



Emissão 06/03/2018 Referência Mar/2018
Classe/Subcls RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 1 - 46 - 500 - 1570 N° medidor 00000811710

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB -
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc E

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica
Céd. para Débito Automático



AG. VINCULADA: 0038

CONTROLE: 8540293

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL

NOME: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

AGÊNCIA: 0038

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.054.099-3

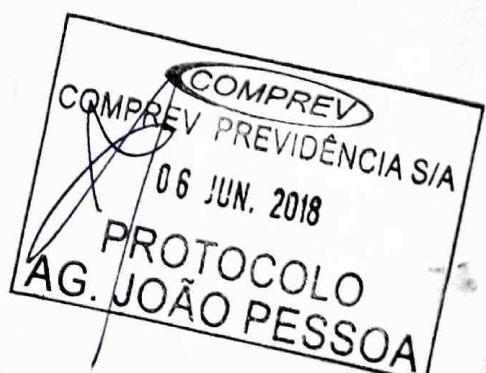
DATA DA ABERTURA: 26/03/2018

LOTERIAS CAIXA

085-596760376-6

• Loterias Caixa

Scanned with CamScanner



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, HAMILTON JOSÉ SILVA,
RG nº 2631097, data de expedição 10/05/2010
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 04755991462, com
domicílio na cidade de SERRARIA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. PEDRO GONDIM, nº 146,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARCETO Henrique da Costa da Nazaré cujo o condutor era
Marceto Henrique da Costa do Nazaré.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA/CB 150 fitAN CSO
Ano: 2014
Placa: BF008261PB
Chassi: 9C2KC1650ER031304
Data do Acidente: 14/03/2018
Local e Data: SERRARIA, 28 DE MARÇO DE 2018

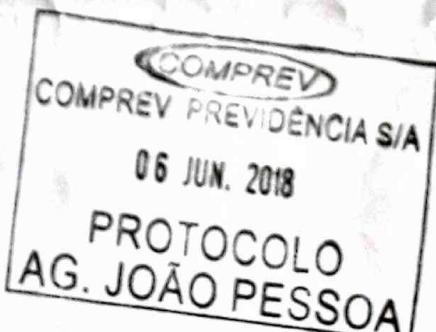
Hamilton José Silva
Assinatura do Declarante

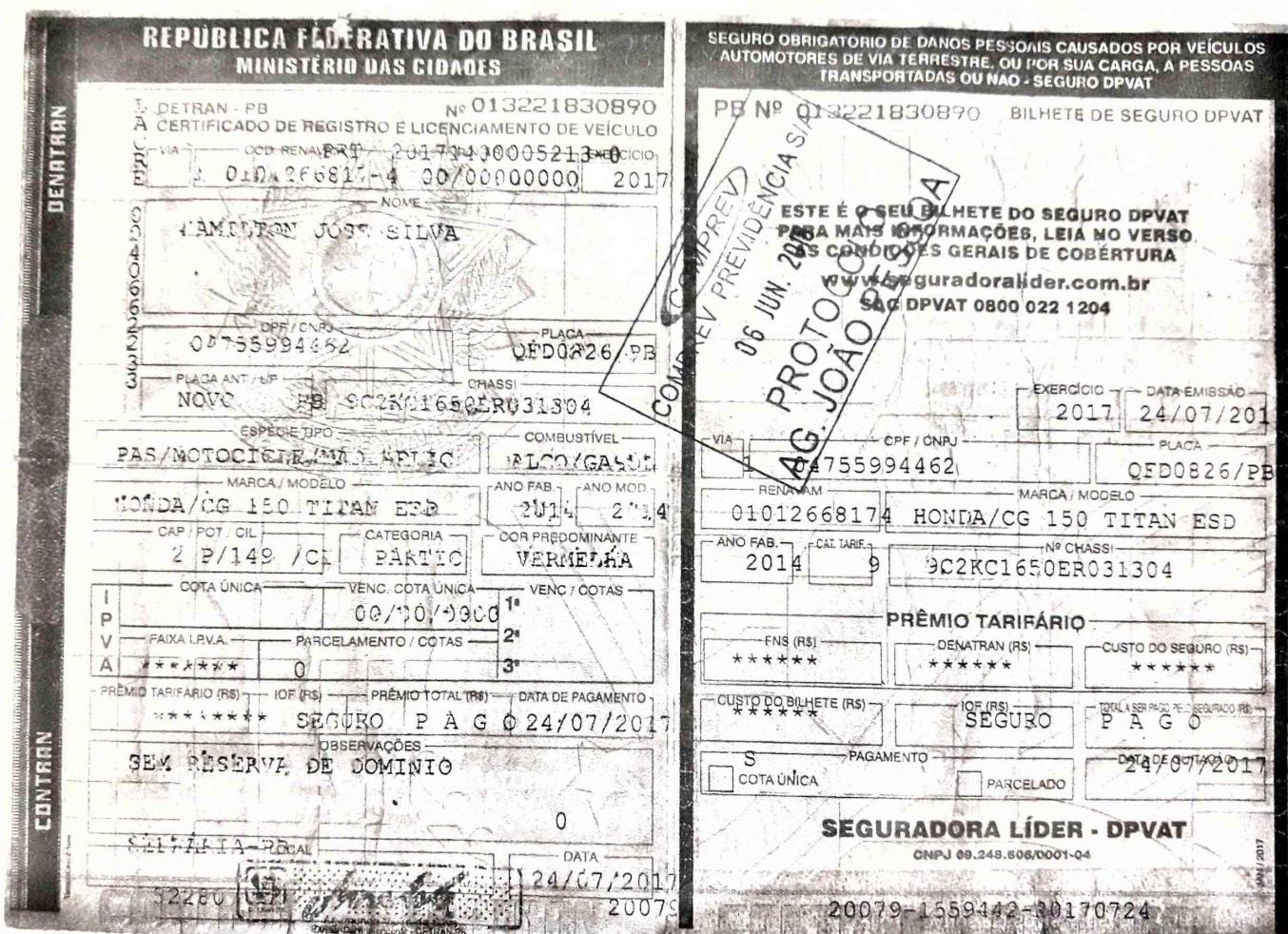
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Notarial e Registral J. Pereira - Rua: Cônego Cardoso, 76,
Centro. Serraria-PB - Tel: 83 3275-1054 -
cartoriojosepereira@bol.com.br

Reconheço a firma como verdadeira por autenticidade de Hamilton José Silva, dou
fé. Em test. José da verdade. Serraria, 28/03/18. Pelo Digital nº AGP94482-3T9L.

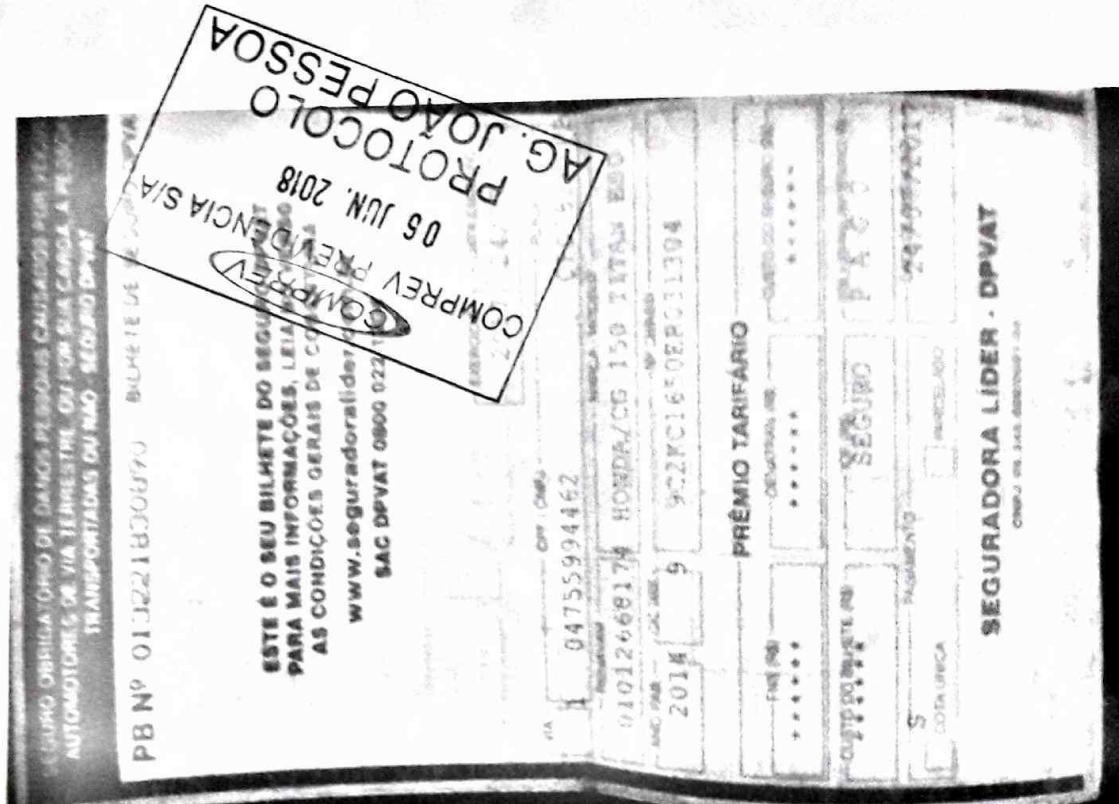
Tabellão/Substituto



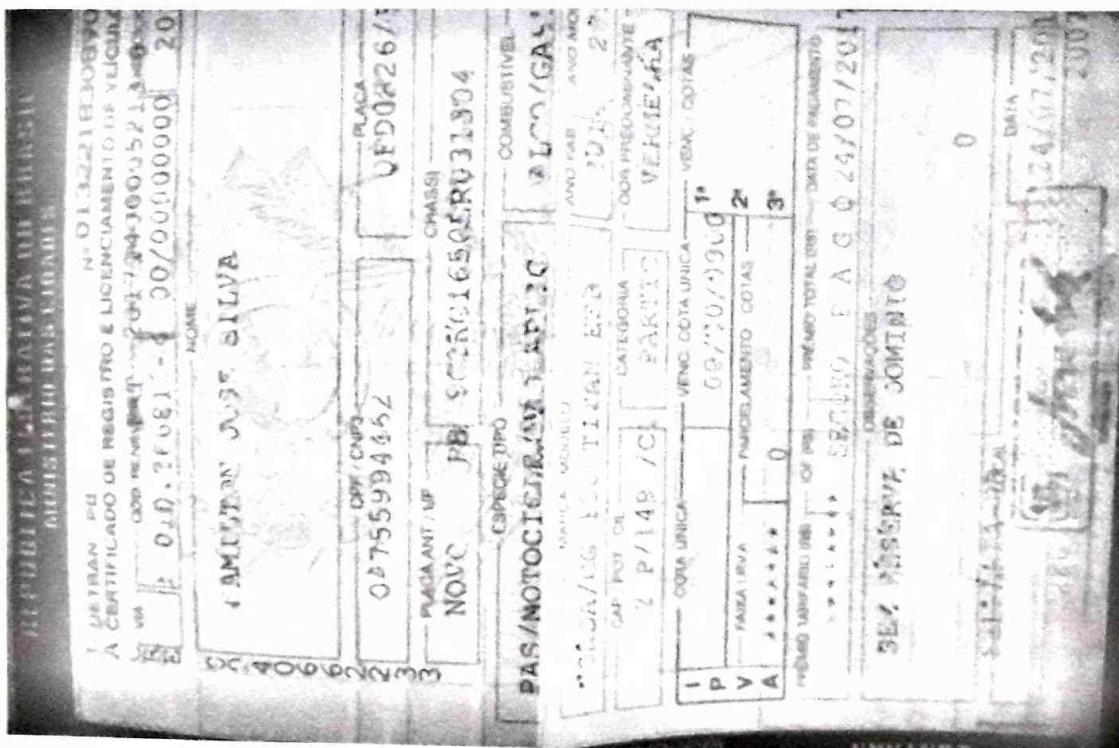


Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:44:19
http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412325307200000015764756
Número do documento: 18082412325307200000015764756

Núm. 16173502 - Pág. 2



Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:44:19
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412325307200000015764756>
Número do documento: 18082412325307200000015764756

Num. 16173502 - Pág. 3

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFD0826

2017

HAMILTON JOSE S

[Imprimir Consulta](#)

QFD0826

**PASSA / MOTOCICLETA
HONDA/CG 150 TITAN
ESD**

ALCO/GASOL

2014 2014

PARTICULAR VERMELHA

31/08/2018

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: HAMILTON JOSE S

Placa: QFD0826

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

Ano de Fabricação: 2014

Ano Modelo: 2014

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 31/08/2018

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: SERRARIA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 02/05/2018

SERRARIA

02/05/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00096.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00096.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:00 horas do dia 05 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Marcelo Henrique da Costa do Nascimento**, conhecido(a) por Henrique, RG nº 4456717 SEDS. /PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Sandra Maria da Costa e Erinaldo Gomes do Nascimento, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/03/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Antonio Cavalcante de Carvalho, Nº 266., complemento casa., bairro Centro, tendo como ponto de referência Praça Local., na cidade de Serraria/PB, telefone(s) para contato (83) 99688-2272.

Dados do(s) Fatos:

Local: Antonio Cavalcante de Carvalho, nº 266,, Casa., Praça Local., Serraria/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/03/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 TITAN ESD., marca Honda , tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2014, chassi 9C2KC1650ER031304, renavam 0101266817

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

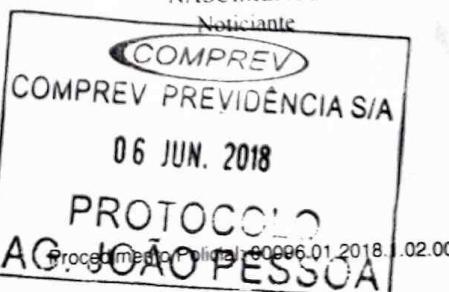
Que, se conduzia em sua moto já discriminada, embora esta cadastrada em nome de Hamilton José Silva, próximo a sua residência, quando surpreendentemente, foi alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta de placa e condutor não identificado, o qual após a colisão, evadiu-se do local, oportunidade em que em decorrência, o notificante sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura do Condilo Esquerdo da mandíbula, pelo CID 10 S02.6, conforme Laudo Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de junho de 2018.

EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO
NASCIMENTO
Noticiante



1430 Rua M. Ribeiro Branco
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Indenizações do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201316/18
Vítima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO
NASCIMENTO
CPF: 117.940.074-74

CPF de:
Próprio

Data do Acidente: 14/03/2018

Titular do CPF: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO
NASCIMENTO

Nº 591
Até 10/04/2018

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO : 117.940.074-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
 - 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.
- Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2018
Nome: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 117.940.074-74

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.738.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA





Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta n°: 13089147

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180258590
Vítima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 14/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000005787-8

Conta: 000009843-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a Indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
MARCELO HENRIQUE DAC. DO NASCIMENTO	117.980.074-41	14/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 06 de Junho de 2018
Local e Data

MARCELO HENRIQUE DAC. DO NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

117.990.074-74

Nome completo da vítima

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO	117.990.074-74	RECUSO
Endereço	Número	Complemento
RUA ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO	266	CASA
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	58395-000
Email	Telefone (DDD)	
	03 99841-8296	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.C.

0038

D/V

CONTA

N.R.C.

054099

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

COMPRE REV PREVIDÊNCIA ALIAS/A
06 JUN. 2018

AGÊNCIA	CONTABIL	D/V
N.R.C.	N.R.C.	D/V
(Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

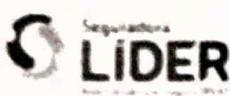
João Pessoa, 06 de JUNHO de 2018
Local e Data

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

E obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 9 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sistibio ou ASL

CPF da Vítima

117 940.074-74

Nome completo da vítima

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO	117.940.074-74	RECUSO
Endereço	Número	Complemento
RUA ANTONIO COVALCINTE DE CARVALHO	266	CASA
Bairro	Estado	CEP
CENTRO	PB	58 395 - 000
E-mail		Telefone: (031)
		83 99841-8296

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- CONTA POUPANÇA (Selecione para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (037) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (361)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA **00 38** CONTA **054 099 3**
 Informar digito de verificação: **054 099 3** Informar digito de verificação: **054 099 3**

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	AGÊNCIA	CONTA

Informar digito de verificação: **054 099 3** Informar digito de verificação: **054 099 3**

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o vistoriado, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOTÉ PESSOA 26 de JUNHO de 2010
 Local e Data

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO

(campo 1 - Assinatura do Beneficiário)

(campo 2 - Assinatura do Representante Legal)

0800 0400 0207



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1069066

**Identificação do paciente**

D 1270136	Nome MARCELO HÉNRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO			Sexo Masculino
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19 anos 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA	Pai ERINALDO GOMES DO NASCIMENTO			
Espontâneo	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE FELIPE - TIO (A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996208636	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4456717	Nº Cns 898050033720489		
Lugar de procedência SERRARIA	Tipo MUNICÍPIO UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA			
CBO/R				

Endereço

CEP 58390000	Município de residência SERRARIA	UF PB	Lagradouro ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO
Número 266	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 14/03/2018 20:25:09	Número da pulseira 1000006290213	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Ongem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Méio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

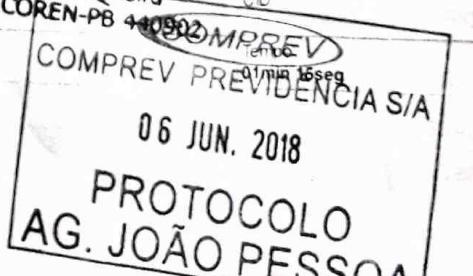
PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonorografia []
Dados clínicos paciente vítima acidente moto consciente, orientado e prece mais de fole e MMH endocárdio						

DiagnósticoAtendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço AV ORESTES LISBÔA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel 32165700

CNES 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saida
MARCELO ENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	1069066	14/03/2018 20:25:09	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/03/1999	19	Masculino	(83) 996208636
Mae			Prontuario
SANDRA MARIA DA COSTA			107667
Endereço	Bairro	Município	UF
ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	CENTRO	SERRARIA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	NP Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	5724/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
14/03/2018 20:25:09		19/03/2018 21:14:32	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

EVOLUÇÃO MEDICA

EVOLUÇÃO

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO PACIENTE COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE NO HTOP

Anamnese

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V. 24H DURANTE 24 HORA(S)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 H, POR 7 DIA(S)

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

Diluir

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

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOXICAM 20MG INJETÁVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG

500ml D9

Ana Karina M. Tormes
L. SUL/AMBULATÓRIO/DTM/DOF
5724

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

Diluir

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

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CGGG

19/03/2018 21:14



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	09/03/99
NOME DA MÃE	SANDRA MARIA DA COSTA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º	107667
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1069066
DATA DO ATENDIMENTO	14/03/18
HORA DO ATENDIMENTO	20:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO CONDILÓ ESQUERDO DA MANDIBULA
CID 10	S02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

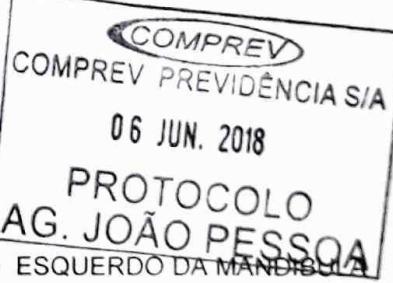
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTÓRIA DE CONTUSÃO DE FACE, CRANIO, MÃO ESQ. E PÉ DIREITO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, BMF, NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE
RX MÃO ESQ., RX PÉ DIR., RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, RX COLUNA CERVICAL,
USG do abdômen total.(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX - FRATURA BAIXA DO CONDILÓ MANDIBULAR ESQ.



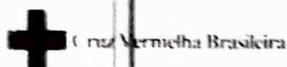
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BAIXA DO CONDILÓ ESQUERDO DA MANDÍBULA

ALTA HOSPITALAR: 20/03/18
DATA DA EMISSÃO: 30/05/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996208636
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA			Prontuário
Endereço ANTONIO CAVASANTE DE CARVALHO, 266	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO	Nº Cons. Regional 4400/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 15/03/2018 01:20:20	
Convenio SUS	Nº Matricula		Senha

Anamnese

ACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. RELATA DESMAIO E NEGA VÔMITOS PÓS TRAUMA.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM MACA COM DIURESE ESPONTÂNEA.

AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR MANTIDA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, FCC EM FUNDO DE VESTÍBULO MANDIBULAR ANTERIOR.

AO EXAME TOMOGRÁFICO OBSERVA-SE FRATURA EM PROCESSO ALVEOLAR EM REGIÃO DE ELEMENTOS DENTAIS 12 E 11, FRATURA DENTO ALVEOLAR EM REGIÃO DE 32 E 42, FRATURA DE COLO DE CÔNDILO ESQUERDO E FRATURA DE CORTICAL LINGUAL DE CORPO DE MANDIBULA DIREITA.

- CD: 1- ORIENTAÇÕES;
2- SUTURA ;
3- INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA DE ELEMENTO DENTAL 35 A 45;
4- ODONTOSSÍNTESE EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA DE ELEMENTO DENTAL 13 A 21;
5- AGUARDA ALTA DA C.G PARA POSTERIOR CONDUTA DA CTBMF;

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

UREIA - SÓRIO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

Conduta

Boletim registrado por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24
Em observação

06 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PATRICIO JOSÉ DE OLIVEIRA NETO
(CRO: 4400/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489 Telefone de Contato (83) 996208636
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA			
Endereço ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO ROMAO DANTAS	Nº Cons. Regional 9799/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 22:47:13	
Convênio SUS		Nº Matrícula	Senha

Anamnese

OR EM REGIAO DE PE DIREITO APOS COLISAO MOTO-CARRO
SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL
AC EXAME FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIAO DE DORSO DO PE DIREITO
SEM LESÃO DE TENDOES
RX SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO
CD:ALTA DA ORTOPEDIA
AOS CUIDADOS DA CIR GERAL PARA SUTURA
ORIENTADO POR PRECPETORIA

MEDICACÃO

TETANOGANIMA, ADMINISTRAR 5000,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM)

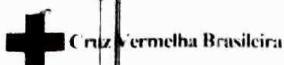
Conduta

Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PEDRO ROMAO DANTAS
(: 9799/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996208636
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA			Prontuário
Endereço ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO	Nº Cons. Regional 4400/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 22:28:40	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

paciente relata acidente motociclístico há aproximadamente 3 horas. nega alergias medicamentosas e alimentares.

relata desmaio e nega vômitos pós trauma.

No momento encontra-se consciente, orientado, eupneico, normocorrido, verbalizando, em maca com diurese espontânea.

ao exame físico de face observa-se abrasão em região frontal, acuidade visual e movimentação ocular mantida, limitação de abertura bucal, fcc em fundo de vestíbulo mandibular anterior.

ao exame tomográfico observa-se fratura em processo alveolar em região de elementos dentais 12 e 11, fratura dento alveolar em região de 32 e 42, fratura de colo de condilo esquerdo e fratura de cortical lingual de corpo de mandíbula direita.

CD: 1- ORIENTAÇÕES:

2- AGUARDA LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

COMPREV PREVIDÊNCIA
06 JUN. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

DIETA

DIETA ZERO VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORAS

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 HS POR DIA(S)

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

Boletim registrado por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996208636
Mãe SANDRA MARIA DA COSTA			
Endereço ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 20:37:37	
Convênio SUS	Nº Matricula		Senha

Anamnese

VÍTIMA DE COLISÃO MOTO x MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU SERRARIA, APRESENTANDO FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA EM INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES, FERIMENTO CONTUSO EM MÃO ESQUERDA E EXTENSA LESÃO CORTO-CONTUSA, COM EXPOSIÇÃO MÚSCULO TENDÍNEA, EM PÉ DIREITO. GCS 15; CERVICAL CLINICAMENTE LIVRE. ABDOME FLÁCIDO, PLANO E INDOLOR; TÓRAX SEM QUEIXAS.

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA NEUROCIRURGIA, CIRURGIA BUCO-MAXILAR FACIAL E DA ORTOPEDIA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA DE FACE)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERfil, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

CID10

Código	Descrição
S00.7	Traumatismos superficiais múltiplos da cabeça

Conduta

Em observação

COMPREV
06 JUN 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

VINICIUS NUNES ANDRADE
(: 4661/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:26:24

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=238394&pesquisa=S&perform=im...> 1/1

Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:45:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412370524700000015764866>

Número do documento: 18082412370524700000015764866

Num. 16173624 - Pág. 3

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

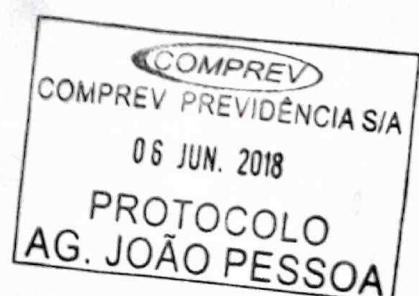
SSVV + COGG

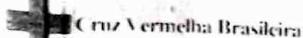
Conduta

Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

**PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO
(CRO: 4400/PB)**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: FRANCISCO
NUNES DE ASSIS FILHO
Em: 20/03/2018 08:11:33

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	1069066	14/03/2018 20:25:09	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Prontuário
09/03/1999	Masculino	898050033720489	107667
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 20/03/2018 07:53:20)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR, APÓS TER SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA BAIXA DO CÓNDILO MANDIBULAR ESQUERDO.

CD: 1. ORIENTAÇÕES 2. ALTA HOSPITALAR

* Solicitei retorno no Htop no próximo dia 30.03.2018.

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implodontista
CRO - 3267



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:45:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412370524700000015764866>

Número do documento: 18082412370524700000015764866

Num. 16173624 - Pág. 5



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ANA MARIA
SILVA DE OLIVEIRA
Em: 19/03/2018 13:54:51

Paciente MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data/Hora Saída
Data de nascimento 09/03/1999	Idade	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - 19/03/2018 13:54:36)

INTERCORRÊNCIAS

DIURNAS / NOTURNAS

PACIENTE EVOLUINDO EM EGR, NO MOMENTO SSVV MANTIDOS. SEGUE SEM QUEIXAS, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0017
Profissional responsável pela informação: ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

Número Conselho: 301967



<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=383463&dataInicial=19/03/2018%2013:54:36&dataFinal=19/03/2018%2013:54:36>



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:45:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412370524700000015764866>
 Número do documento: 18082412370524700000015764866

Num. 16173624 - Pág. 6





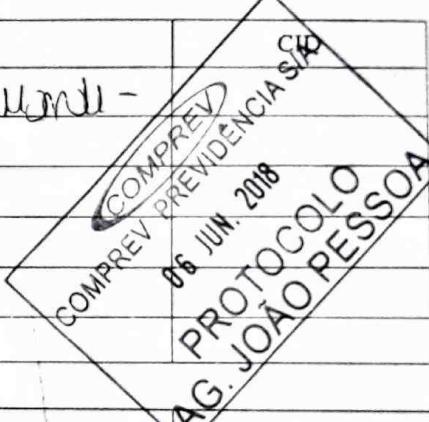
CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEETSOL.

Nome: Márcio Henrique de Souza BE/Prontuário: 1069066
Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 19/03/1921
Clínica/Setor: DMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: OLHO HUMANO
Cirurgião: ANDRÉ KOMM 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Aerj Horário: Início : : Término : :

Diagnóstico Pós-Operatório		CPO
Fratura Bixa do condilo mandibular (E)		
		
Procedimentos Cirúrgicos		Código
Foldas e Fixações de Fratura Bixa do condilo mandibular (E)		

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

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

João Pessoa, 1910312218

F(NG) ASCIR 009-1



Nota de Sala Cirúrgica

A decorative floral ornament or crest, possibly a library mark, located in the top right corner of the page.

MARCELO Henrique da Costa da Nascimento
19 BE 10 F 106 PESQUISA ENFERMAGIA UCHOF - TRAUMA
Tec. cir. THIAGO de Oliveira
Dr. Ana Karina ; Dr. Vitor
UCHOF

ANESTESISTA Dr. Theodulo CIRURGICO
INSTRUMENTADOR
DATA 19/03/18 ESPECIALISTICO - ANESTESIA INICIO FIM 19/03/18 CIRURGICO - FIM

INDICE DE BISCU DE CIENCIA - ASA / AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () COM

MEDICAÇÕES ANTES	ESTÍSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS
ALFENTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁSTICA	500 mg	1	JELCO Nº20	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº
CETAMINA	500 mg	1	JELCO Nº24		FIO DE NYLON Nº
DROPERIDOL			KIT SIST DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	PVP1 DEGERANTE		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº
FLUMAZENIL	PVP1 ITG 20%		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº
SOFT	PPG 10%		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº
LEVÓSACAINA C/VASO	SEBO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº
IDOCAINA C/VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº
IDOCAINA S/VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL Nº8,0		FIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL Nº8,5		FITA CARDIÁCA
INIBITUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC
PETIDNA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		EMENTO CIRÚRGICO
PROPÓFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	1	SCALP Nº19		CAB TITÂNIO LIGADURA
LAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº
OCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº
EVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº
UXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº
OPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HÉMOST ABSORVIVE
DRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		HUE DERIVA VENTRICULAR
GLUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	COMPRENSO		PROTESE VASCULAR
TROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT PAM
EXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FAIXA EXTERNO
FAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	05 JUN. 2018	EMPRESA
XAM NA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
IRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG		PARAFUSOS CORTICAI
DRINA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICAI
ROSEMDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA TRAQUEAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO
COSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO
CONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALLEOLAR
ROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALLEOLAR
OCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA
DASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
SIL		EQUIPO TRANSF SANGUE			
STIGMINE		EQUIPO MICRÓGOTAS			EQUIPAMENTOS
TAMINA		ESPOVIA DE PVPI	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR
OXICAN		ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELETRICO
		GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNOGRAFO
		GAZES ALGODONADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº		() CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR
		TELCO 1000-1			() FOCO AUXILIAR
		JEDEC Nº 1			() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() OXIMETRO DE PULSO
					() P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELÉTRICO
					() SERRA
					CIRCULANTE

Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 24/08/2018 12:45:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082412363485900000015764890>
Número do documento: 18082412363485900000015764890

Núm. 16173648 - Pág. 3

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/10/1 P

PRONTUÁRIO:

ASSINA-USA DO ANESTESISTA

F-ING) ASCII 006-1





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

RELATÓRIO DE CIRURGIA

 HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Posição e Preparo:
1) Paciente em DUA sob monitorização
2) Anestesia e intubação dos campos operários
3) Apoio dos campos cirúrgicos
4) Introdução de sedativo oral com uso

Inciso 1

- Inciso:** Inciso Reformanditulor e Bulaçis dos Tride Redes dos 13os Frades (2º parágrafo 11º art)
Fixar de Fazenda afinal de;

Achados:

- Achados:

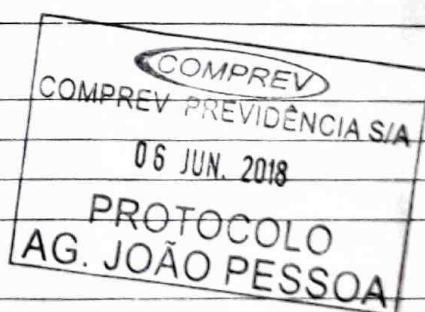
 - 1 placa de 4 juros do sistema 2-D com
áudio proprios de 5mm
 - 1 placa de 4 juros com intermediários (mesmo ab
sistema 2-D com 1 par de juros de 5mm de

Conducta:

- Conducta:
emergencia, 1 porjuz de 5mm e 1 de 7mm

 - (8) Sutura prí primo anelímero
 - (9) cirurgia realizada com infusão endovenosa
AO: fechado - AB: aberto Geral

Fecha nento:



Observação:

Médico/CRM:

Ana Karina M. Tormes
C. BALOMBARDO TELLO
S/ 24
CLADOTM-DOF

João Pessoa, 19/10/2018

E(NG) ASCIR.009-1





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Serraria**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800178-76.2018.8.15.0361

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se o advogado subscritor da peça inicial para juntar aos autos procuraçāo outorgando-lhe poderes para postular em favor do autor.

Prazo de 10 dias, sob pena de extinção do processo.

Decorrido o prazo com ou sem a juntada, nova conclusão.

Cumpra-se.

SERRARIA, 4 de setembro de 2018.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: GUSTAVO CAMACHO MEIRA DE SOUSA - 05/09/2018 20:42:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18090520421619200000015964305>
Número do documento: 18090520421619200000015964305

Num. 16381786 - Pág. 1

Segue em anexo petição e documentos em PDF.

Att,

Ruy Rocha.



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 12/09/2018 15:32:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18091215324634400000016118572>
Número do documento: 18091215324634400000016118572

Num. 16542143 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE SERRARIA – PB.**

Processo nº: 0800178-76.2018.8.15.0361

MARCELO HENRIQUE DA COSTA NASCIMENTO, já devidamente qualificado nos autos supra, por seu procurador que a esta subscreve, vem com o devido respeito à presença de V. Exa., em obediência ao despacho retro de *Id nº 16381786*, requerer a **JUNTADA DOS DOCUMENTOS** em anexo.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa-PB, 12 de Setembro de 2018.

RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
OAB/PB 23.263

RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB 21.393

📞 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | 📩 renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MARCELO HENRIQUE DA COSTA NASCIMENTO**, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob número 117.940.074-74 e Registro Geral sob o N.º 4.456.717 –SEDS/PB, residente e domiciliado à Rua Antônio Cavalcante de Carvalho, nº 266, Centro, em Serraria-PB, CEP: 58395000, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

João Pessoa-PB, 10 de setembro de 2018.

Marcelo Henrique da Costa Nascimento
MARCELO HENRIQUE DA COSTA NASCIMENTO

📞 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | 📩 renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

