
Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259504

Vítima: IVAN RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVAN RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190259504

Vítima: IVAN RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVAN RODRIGUES DA SILVA

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259504

Vítima: IVAN RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IVAN RODRIGUES DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC 1 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)



16

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.

É 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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>IVAN RODRIGUES DA SILVA</u>		CPF titular da conta <u>518.892.684-68</u>	Profissão <u>MOTORISTA</u>
Endereço <u>Rua Juvencio Bonfaria</u>		Número <u>263</u>	Complemento
Bairro <u>TIBIRI II</u>	Cidade <u>SANTA RITA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>ivan.rodrigues@nival.com</u>			Telefone (DDD) <u>333198832-2728</u>

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
NRQ

DV

CONTA
NRQ

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome

NRQ

BRADESCO

AGÊNCIA
NRQ

DV

CONTA
NRQ

DV

3729

(Informar dígito se existir)

9

0028763

(Informar dígito se existir)

6

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Rita 06 de Fevereiro de 2019

Local e Data

Ivan Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Numero: 673/2018, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos 04 dias do mês de MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **LEONARDO SOUTO MAIOR**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 11h:14min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

IVAN RODRIGUES DA SILVA, conhecido por XXXXXX, Identidade 1188259-SSP/PB, CPF nº 518.892.694-68, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: motorista, filho(a) de Oscar Rodrigues Da Silva E De Maria Das Dores Da Silva, natural de Gurinhém/PB, nascido(a) em 20/01/1968 (50 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) R. Simão Bolívar, 263, Tibiri II, tendo como ponto de referência: próximo a Av. Guarabira, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 9.8774.8046.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTO
- 2) DATA DO FATO: 03 de novembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 15h:30min;
- 4) LOCAL: por baixo do Viaduto de Tibiri.
- 5) DESCRIÇÃO DO(S) FATOS

Boletim de ocorrência



Que no dia 03/11/2017 estava conduzindo a moto NXR150 BROS ES, ANO 2012, COR PRETA, PLACA-OEU-4775/PB, CHASSI 9C2KD0550CR581981, EM NOME DE PETRONIO GUILHERME DA SILVA, nas imediações do Viaduto em Tibiri, quando foi surpreendido por um veículo Corsa, de cor branca, que entrou na via inesperada, colidindo em sua moto, que o condutor da moto evadiu-se do local, que o noticiante foi socorrido por um amigo e levado para a UPA de Tibiri, onde foi feitos procedimentos e após encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, o qual passou por cirurgias, conforme LAUDO MÉDICO em anexo.

6) OBSERVAÇÕES:

VÁLIDO POR TRINTA DIAS XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

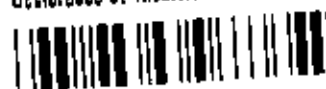
IVAN RODRIGUES DA SILVA

IVAN RODRIGUES DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]

Escrevã(o)/Agente

RECEBIDO
29 MAR 2018
Seguradora Líder DPVAT



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

IVAN RODRIGUES DA SILVA

CPF da Vítima

518.892.694-68

Data do Acidente

03/11/2017

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 atenda 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.

SANTA RITA DO 06 de Febrero de 2019

Local e Data

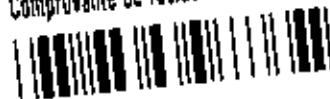
Ivan Rodrigues da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
(LEI Nº. 7.115/83)

Comprovante de residência



Eu, IVAN RODRIGUES DA SILVA,
inscrito(a) no CPF/MF sob o n.º 538.892.694-68, RG sob o n.º
3.388.259, **DECLARO**, para os devidos fins, sob as penas da Lei (artigo
2º da Lei 7.115/83¹), que sou residente e domiciliado(a) à RUA JIMES BOMBA
263, TRAVIA II, SANTA RITA - PB
_____, conforme cópia de comprovante em anexo.

DECLARO, ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar sanção penal
prevista no art. 299 do código penal².

SANTA RITA, 06 de FEVEREIRO de 2019

Ivan Rodrigues da Silva
DECLARANTE

¹ LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, hominímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

² Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco centos de réis, se o documento é particular.



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
 AVENIDA FELICIANO CRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.554/0001-67 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 201801927050

ESCRITÓRIO

SANTA RITA

MATRÍCULA
00692705.0

CLIENTE
IVAN RODRIGUES DA SILVA

CPE/CNPJ:
518.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
28/01/2018

INSCRIÇÃO

003.013.095.0098.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA SIMON BOLIVAR, 263 - JARDIM EUROPA I SANTA RITA PB 58300-000

FATURA
01/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2017 -	19	11/2017 -	10
10/2017 -	11	09/2017 -	11
08/2017 -	10	07/2017 -	12

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	15	R 53212

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL
601	616
16/12/2017	17/01/2018

CONSUMO

(M³) DIAS

CONSUMO/DIA

15 32 0,47

NºHm: Y14X316436

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M³ - R\$ 35,84 (POR UNIDADE)

11 M³ A 20 M³ - R\$ 4,75 POR M³

ACRESCIMO(2) MÊS(ES) ANT. 11/2017 10/2017

Juros de Mora 11/2017 10/2017

10 M³

36,84

5 M³

23,75

1,58

0,35

TOTAL

R\$

63,13

SR. USUÁRIO: EM 31/03/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.

COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.

CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUANTIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2017

(Decreto n° 5.440 e Portaria n° 2.914)

Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio
Turbidez	0,50	Cor Aparente	1,30	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,90	P.H.	6,80	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

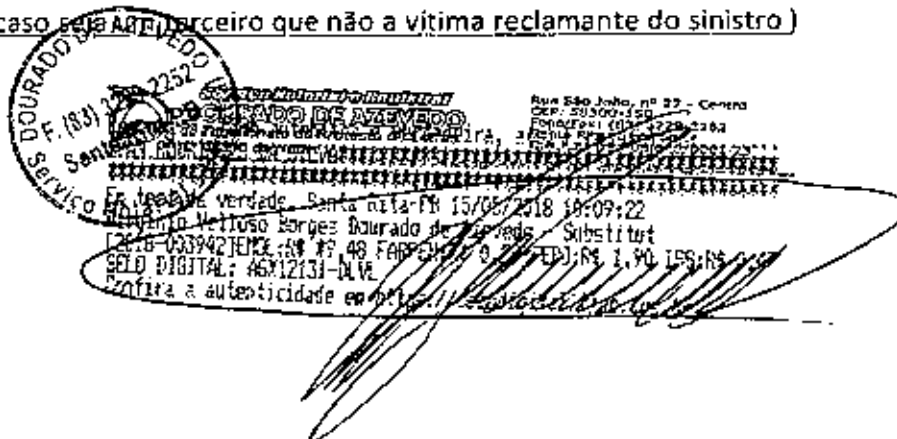
Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/04/2018

Eu, Plácido de Almeida da Silva

Veículo: **BMW BROS.**
Modelo: **NER 350 BROS ES**
Ano: **2012**
Placa: **OCU 9775**
Chassi: **9C2KD055CR5B1981**
Data do Acidente: **03/11/2017**
Local e Data:

Assinatura do Declarante

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

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

IVAN RODRIGUES DA SILVA

RG (IDENTIDADE):

1188259

FOI ATENDIDO (A) POR: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

DO (A) HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA

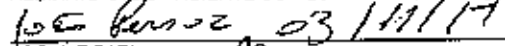
NO DIA 03/11/2017 16:07:00 , NECESSITANDO DE 30 - TRINTA

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

 03/11/17

LOCAL E DATA

Clarissa Campelo
Bucco-Maxilo-facial

ASSINATURA DO MÉDICO (ODONTÓLOGO)

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

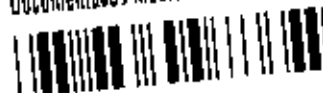
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 88.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Clarissa Campelo
Bucco-Maxilo-facial
CRO PB 2537

CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
(2537/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Documentação médica - hospitalar





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	IVAN RODRIGUES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	20/01/68
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	105.197
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.039.008
DATA DO ATENDIMENTO	03/11/17
HORA DO ATENDIMENTO	16:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES ESQUERDOS
CID 10	S02.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma na face, consciente, orientado, apresenta degraú em região infra-orbitária esquerda. Abdomen sem queixas. Internação para tratamento cirúrgico. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de face
TC de seios da face

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico do complexo zigomático esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	09/11/17
DATA DA EMISSÃO:	21/03/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

Documento de Alta

Nome: IVAN RODRIGUES DA SILVA		Número Prontuário: 105197	
Data de: 20/01/1968	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/11/2017 20:25:23	Data de Alta: 09/11/2017 08:26:02
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: AVALIAÇÃO BMF, ORIENTAÇÕES MEDICAÇÃO PARA CASA, ALTA BMF, RETORNO DIA 16/11/2017			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM FRATURA DE COMPLEXO ZIGOM. E FOI INTERNO E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. NO 1 DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOM., NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM B.E.G. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NOMOCORADO. AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE EDEMA COMPATÍVEL COM O 1 DPO, MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, BOA ABERTURA BUCAL, PROJEÇÃO ZIGOM. RESTABELECIDA, SEM SINAIS OU SINTOMAS SUGESTIVOS DE INFECÇÃO OU DEISCÊNCIA. CD AVALIAÇÃO BMF, ORIENTAÇÕES MEDICAÇÃO PARA CASA, ALTA BMF COM RETORNO PARA DIA 16/11/2017			
Resultado de Exames: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO E			
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOM. E			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares			
Recomendações: DIETA LÍQUIDA E PASTOSA, FRIA E GELADA. REPOUSO. COMPRESSA GELADA EM FACE.			

Data: 09/11/2017

CLAUSSER CAMPELO
CRM: 2537 - PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 1039008

Identificação do paciente

ID 1226680	Nome IVAN RODRIGUES DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/01/1968	Idade 49 anos 9 meses 14 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA		Pai OSCAR RODRIGUES DA SILVA		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987748046	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1189289	Nº Cns		
Local de procedência UPA SANTA RITA	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB	
Email	Naturalidade	CBOR		

Endereço

CEP 58302455	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ÁGUA BRANCA
Número 263	Complemento RUA BOLIVAR B TIBIRI II	Bairro MUNICIPIOS	

Admissão

Data e Hora 03/11/2017 16:04:01	Número da pulseira 1000004797745	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou	

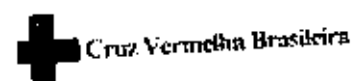
Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X ☐	Sangue ☐	Urina ☐	TC ☐	Líquor ☐	ECG ☐	Ultrasonografia ☐
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 22seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente VAN RODRIGUES DA SILVA	BAE 1039008	Data/Hora Entrada 03/11/2017 16:04:01	Data Baixa
Data de nascimento 20/01/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA	Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Endereço ÁGUA BRANCA, 263 - RUA BOLIVAR B TIBIRI II	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional 2442/PB	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 03/11/2017 20:08:34	Senha
Data/Hora Classificação 03/11/2017 16:11:01	Nº Matrícula		
Convênio			

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 07 (SETE) HORAS, NEGA VÔMITO OU DESMAIO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, É HIPERTENSO E FAZ USO DE CAPTOPRIL 01 X AO DIA, HOJE NÃO TOMOU (S.I.C.). NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNÉICO E NORMOCORADO. AO EXAME FÍSICO DE FACE APRESENTA DEGRAU E REGIÃO INFRA ORBITÁRIA "E", EDEMA E ESCORIAÇÕES PERIORBITÁRIA "E", ESCORIAÇÕES NA REGIÃO DE SUPERCÍLIO "E", NASAL E GENIANA "E", ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, VIAS AÉREAS PÉRFEAS.

CD.:

- 01) AVALIAÇÃO;
- 02) SOLICITAÇÃO DE AII.

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA (OBSERVAÇÕES: PARA COLETA DE EXAMES)

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 20,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

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

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 24H

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VÔMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 2,0)

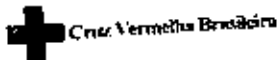
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., ACM, 0,0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO CASO DOR FORTE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 100,0)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., ACM

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 6/6H

CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE 100ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA TÓPICA, 6/6H, (OBSERVAÇÕES: FAZER BOCHÉCHOS COM 10ML 3 VZS AO DIA APOS ESCOVAÇÕES)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
AN RODRIGUES DA SILVA	1039008	03/11/2017 16:04:01	2017-11-03 17:14:56.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
03/11/1968	48	Masculino	(83) 987748045
Nome	Bairro	Município	UF
ARIA DAS DORES DA SILVA	MUNICÍPIOS	SANTA RITA	PB
Endereço	Profissional	Nº Cons. Regional	
GUA BRANCA, 203 - RUA BOLIVAR B TIBIRI II	JOSE CARLOS MARQUES	2102/PB	
Evento	Detalhamento Prescrição		
RECULO X MOTO	03/11/2017 17:15:01		
Data/Hora Classificação	Nº Nêutrito		Senha
03/11/2017 16:11:01			
Convênio			
SUS			

anamnese

Portante vítima de acidente de moto consciente orientado apresentado edema do face e escoria sangramento nasal

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (RN+MN+LATERAL+HIRTZ)

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Analgesia

OBS com cat 5

Assinatura

Usuário
JOSE CARLOS MARQUES
Médico de Alta

Data e Hora
03/11/2017 17:14:56
Observações
TRAUMA DE FACE

Dr. José Carlos Marques
CRM 2102

JOSE CARLOS MARQUES
(2102/PB)

IVAN RODRIGUES DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente IVAN RODRIGUES DA SILVA		BAE 1039008	Data/Hora Entrada 03/11/2017 16:04:01	Data Baixa
Data de nascimento 20/01/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987748046
Mãe MARIA DAS DORES DA SILVA			Prontuário	
Endereço ÁGUA BRANCA, 263 - RUA BOLIVAR B TIBIRI II		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDREZA DE LIMA ALVES MACEDO		Nº Cons. Regional 5091/PB
Data/Hora Classificação 03/11/2017 16:11:01		Data/Hora Prescrição 03/11/2017 19:22:54		
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ MAIS OU MENOS 07 (SETE) HORAS, NEGA VÔMITO OU DESMAIO, NÃO FAZIA USO DE CAPACETE, É HIPERTENSO E FAZ USO DE CAPTOPRIL 01 X AO DIA, HOJE NÃO TOMOU (S.I.C.). NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNÉICO E NORMOCORADO. AO EXAME FÍSICO DE FACE APRESENTA DEGRAU E REGIÃO INFRA ORBITÁRIA "E", EDEMA E ESCORIAÇÕES PERIORBITÁRIA "E", ESCORIAÇÕES NA REGIÃO DE SUPERCÍLIO "E", NASAL E GENIANA "E", ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, VIAS AÉREAS PÉRFEAS.

CD.:

- 01) AVALIAÇÃO;
- 02) SOLICITAÇÃO DE EXAME DE IMAGEM;
- 03) REAVALIAÇÃO PELA B.M.F. APÓS RESULTADO DE EXAME DE IMAGEM.

EXAME DE IMAGEM

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Em observação

Dr. Andreza de Lima Alves Macedo
CIRURGIÃ DENTISTA
CRD-PB 5091

ANDREZA DE LIMA ALVES MACEDO
(5091/PB)

IVAN RODRIGUES DA SILVA

CUIDADOS	
CABECEIRA ELEVADA A 30°	
SSVV + CCGG	

EXAME LABORATORIAL	
HEMOGRAMA	
GLICEMIA - GLICOSE EXAME	
CREATININA	
POTASSIO	
SODIO - SORO	

CID10					
<table border="1"><tr><th>Código</th><th>Descrição</th></tr><tr><td>S02.7</td><td>Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face</td></tr></table>	Código	Descrição	S02.7	Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face	
Código	Descrição				
S02.7	Fraturas múltiplas envolvendo os ossos do crânio e da face				

Conduta	
Internar Paciente	


Adriano D. Quintanilha
Bico Mexilo Facial
CRO 2442/PB
ADRIANO DUARTE QUINTANILHA
(2442/PB)

IVAN RODRIGUES DA SILVA

TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

NOME: Ivan Rodrigues da Silva IDADE: 49
DESTINO: H. Trauma DATA E HORA DA ADMISSÃO: 03/11/17 AS H
CONTATO PRÉVIO: Virgínia DATA E HORA DA TRANSFERÊNCIA: 03/11/17 AS H

HISTÓRIA CLÍNICA/EXAME CLÍNICO

PA: FR: FC: TEMPERATURA:
Paciente vítima de colisão moto - carro hoje.
EF: Escoriações em face e peito D

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA/HORÁRIO

EXAMES REALIZADOS/RESULTADOS

A-X face Em anexos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

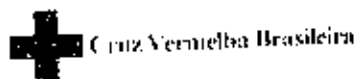
Fratura orbital E? Avaliação ortopedia

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO:

Joyce Batista Keller Solano
Médica - CRM/RN 5485
CREMER 23073



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: JOSE
MURILO BERNARDO NETO
Em: 08/11/2017 10:03:13

Paciente IVAN RODRIGUES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1039008	Data/Hora Entrada 03/11/2017 16:04:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/01/1968	Idade	Sexo Masculino	CNS 701004836859091
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105197	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOSE MURILO BERNARDO NETO - 08/11/2017 10:03:02)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

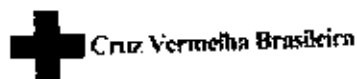
paciente submetido a cirurgia de redução+fixação de fratura complexa do complexo zigomático sob anestesia geral
orotraqueal sem intercorrências. encaminhado para urpa aos cuidados do anestesista

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0015

Profissional responsável pela informação: JOSE MURILO BERNARDO NETO

Dr. Murilo Bernardo
Residente Cirurgia Bucomaxilo-Facial
CRM 1185704

Número Conselho: 5704



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 07/11/2017 10:15:49

Paciente IVAN RODRIGUES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1039008	Data/Hora Entrada 03/11/2017 16:04:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/01/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS 701004836869091
Tempo de Internação 3d 13h 50min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 07/11/2017 10:15:42)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Paciente em 4 dih apresentando fratura de complexo zigomático esquerdo, segue em beg com cirurgia agendada para amanhã

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0015

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clarissa Campelo
Bucco-Maxilo-Facial
CRQ PB 2537



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: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 06/11/2017 10:46:39

Paciente IVAN RODRIGUES DA SILVA	Boletim de Atendimento 1039808	Data/Hora Entrada 03/11/2017 16:04:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/01/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 2d 14h 21min	Convênio SUS		Prontuário 105197
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 06/11/2017 10:46:28)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

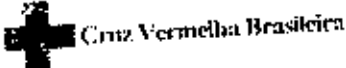
PACIENTE COM REGRESSAO DO EDEMA MAS AINDA SEM RISCO CIRURGICO , SOLICITO
ELETROCARDIOGRAMA E RISCO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0015

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clarissa Campelo Galvão
Chama Buz - Hora: Faltat
CRQ. 22.2637



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 06/11/2017 10:53:29

Paciente VAN RODRIGUES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1039008	Data/Hora Entrada 03/11/2017 16:04:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/01/1968	Idade 49	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 105197
Tempo de Internação 2d 14h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 06/11/2017 10:53:23)

RISCO CIRURGICO

RISCO CIRURGICO:

☒ OLICITO RISCO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0015
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Cláudia Campos Galvão
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRM-15.126

ECG. 12 leads de 12 leads
resposta de
PDA - Cirurgia Complexa
para o I

Martins da Silva
Cardiologista
CRM-2271
R. 100-100/10

ॐ

Téc. 08 599.635

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/11/17

PRONTUÁRIO: 1039008

PACIENTE: IVAN RODRIGUES DA SILVA SEXO: M COR: IDADE: 49

PRESSÃO ARTERIAL: 90/60 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: 99% TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: *Chamados*

AP. RESPIRATÓRIO: *estável* AP. CIRCULATÓRIO: *estável*

AP. DIGESTIVO: *sem* ESTADO MENTAL: *solto* DROGAS EM USO:

PRE-ANESTÉSICO: *II*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO E*

CIRURGIA REALIZADA: *TENTATIVA CIRÚRGICA DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO C/ FIXAÇÃO*

CIRURGIÃO: *Dr. Emilio* AUXILIARES: *Dr. Rafael*

INÍCIO DA ANESTESIA: *9h* TÉRMINO DA ANESTESIA: *10:30* DURAÇÃO DA ANESTESIA: *2:30*

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: *302010010* DE CH. VALORES R\$:

ANESTESISTA: *Dr. Aldenir + Dr. Ricardo* CRM-PB: *Dr. Aldenir*

ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Ricardo*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

ANESTESIA: *8 9 10*

RELATÓRIO DE CIRURGIA

10/2010

Nome: MAN. RODRIGUES DA SILVA BE/Prontuário: 103.9008
Idade: 48 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 08/11/17
Clínica/Setor: ETOMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO DO COMPLEXO ZIGOMATICO ORBITARIO
Cirurgião: DR. EVALDO HONFI 1º Assistente: DR. ROBERTO TORRES
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início 8:00 Término 10:30

Diagnóstico Pós-Operatório.	CID
<u>FRATURA DOS OSSOS MAXILARES E MAXILARES</u>	<u>S02.4</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TRATAMENTO CIRURGICO DO COMPLEXO ZIGOMATICO</u>	
<u>ORBITARIO</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Evaldo Sales Honfi Jr.
Cirurgião Bucal e Maxilofacial
Implantodontia
CRO-PB: 3905

João Pessoa, 08/11/17

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM D.O.H.
- 2) ANESTESIA GERAL SOB ANESTESIA GROTAL VENT.
- 3) ASSEPSIA EXTRA + INTA COM PVDI
- 4) APOSIÇÃO DOS CAMPOS

Incisão:

- 5) INFILTRAÇÃO COM LIDOCAINA COM VASO EXTRA + INTA ORAL
- 6) COLOCAÇÃO TAMPÃO ORAL
- 7) INCISÃO INTA ORAL EM FUNDO DE VESTÍBULO DE MAXILA +
- 8) DESCOLAMENTO DE ESPESSEZ TOTAL ATÉ EXPOSIÇÃO DA FRATURA

Achados:

- 9) INCISÃO EXTRA ORAL EM SITUAÇÃO FRONTAL + DIVULSÃO POR PLANO + DESCOLAMENTO ATÉ EXPOSIÇÃO DA FRATURA
- 10) REDUÇÃO + FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACA ORAL DO TIPO DE FURTO SISTEMA 1.5 COM 04 PARAFUSOS 6mm + UMA

Conduta:

- PLACA L COM 4 FURTO COM INTERMEDIÁRIO SISTEMA 2.0 COM 02 PARAFUSOS 6mm + 02 PARAFUSOS 7mm
- 11) IRRIGAÇÃO CARIOSA
- 12) SUTURA
- 13) COLOCAÇÃO TAMPÃO ORAL
- 14) FIM DA CIRURGIA

Fechamento:

Observação:

Dr. Eraldo Sales Horni Jr.
Cirurgia Buco Maxilo Facial
Implantodontia
CRO-PB: 3986

João Pessoa, 08/11/17

Médico/CRM:

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr



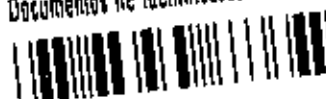
Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **518.892.694-68**

Documentos de identificação



Nome: **IVAN RODRIGUES DA SILVA**

Data de Nascimento: **20/01/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:26:45** do dia **04/04/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8C1C.DC89.6875.375C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

013221774930
20170000297434-1
1 0046533937 90/000000000 2017

PEÇONIA DE HERME DA SILVA

07499529460 GEU4775/PB

NOVO 9C2KD0550CR581981

PAS/MOTOCICLETA/NAO APRESENTA ALCO/GASOL

HONDA/NXR150-BROS ES 2012 2017

2 P/149 /CH PARTIC PRETA

00/00/0000

03/10/2017

A. F. S. M. FINANCEIRA S.A.

SANTA FÉ

32280



203731

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES COM O REGISTRO OU POR SUA CARGA A TODAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

2017 013221774930 CILINDRO DE 12V DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES COM O REGISTRO OU POR SUA CARGA A TODAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

2017 04/08/2017

07499529460

GEU4775/PB

0046533937 HONDA/NXR150 BROS ES

2012 9C2KD0550CR581981

SEGURO

P A G O

02/08/2017

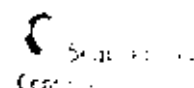
INFORMACAO A LICENCIATARIO

7663731-1417549-20170804

DUI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115775/19

Vítima: IVAN RODRIGUES DA SILVA

CPF: 518.892.694-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/11/2017

Titular do CPF: IVAN RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



IVAN RODRIGUES DA SILVA : 518.892.694-68

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 cancela 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: 04/04/2019
Nome: IVAN RODRIGUES DA SILVA
CPF: 518.892.694-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

IVAN RODRIGUES DA SILVA

Cristina Limeira Alves

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115775/19

Vítima: IVAN RODRIGUES DA SILVA

CPF: 518.892.694-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/11/2017

Titular do CPF: IVAN RODRIGUES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

IVAN RODRIGUES DA SILVA : 518.892.694-68

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: 04/04/2019
Nome: IVAN RODRIGUES DA SILVA
CPF: 518.892.694-68

IVAN RODRIGUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves