



Número: **0811048-70.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **27/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34749 706	25/09/2020 10:26	<u>Petição</u>	Petição
34749 710	25/09/2020 10:26	<u>2699641_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
34749 712	25/09/2020 10:26	<u>2699641_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264254200000033219600>
Número do documento: 20092510264254200000033219600

Num. 34749706 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190311106 Vítima: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 09/12/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14279367



011119/01120 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
Número do documento: 20092510264273500000033219604

Núm. 34749710 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190311106 Vítima: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 09/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 0000013877-8

Tipo: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0153.305.09	104.465.374.46	Severino Vicente da Silva Neto	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSPENSO N° 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Enderéco:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Mucamago	Itaú	PR	58000-000
E-mail:	Tel.(DDD): 53 99869-6713		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 4823 CONTA: 13847 8	(Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se excluir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <i>Itaú, 07/05/2019</i>
Nome:	<i>Severino Vicente da Silva Neto</i>
CPF:	<i>104.465.374.46</i>

[*] Assinatura de quem assina A RODO
Severino Vicente da Silva Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º) Nome: <i>José Suelio Moreira Torres</i>	CPF: <i>104.465.374.46</i>
Assinatura	
2º) Nome: <i>Adriana Souza</i>	CPF: <i>104.465.374.46</i>
Assinatura	

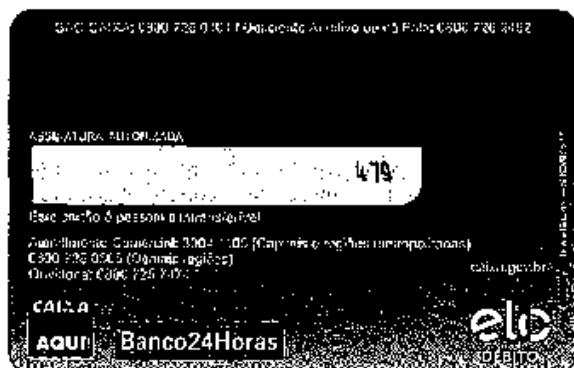
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.D01 V001/2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0153 305/09	104.465.374-46	Eugenio Vitor de Souza Neto	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP UN 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Profissão: Atorano	Endereço: Rua das Oliveiras	Número: 71/N	Complemento:
Bairro: Meu mago	Cidade: São Paulo	Estado: SP	CEP: 55.000.000
E-mail:		Tel. (DDD): 11 49869-6473	

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 4823 CONTA: 13877 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por Invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por Invalidez permanente, com base na documentação apresentados, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____			

Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	---	--

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--	---	--

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, <u>São Paulo 27/05/2019</u>	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
	Assinatura	
	2º Nome: <u>17/05/2019</u>	
	CPF: _____	
	Assinatura	

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do Inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



RECIBO DE BOLETO
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 904/049, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2283650, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO (idade 25 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 09/12/2018, na Av. Emilia Mendonça Gomes, Bairro: Valentina, João Pessoa, aproximadamente às 19:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Abril de 2019.



Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico


Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000013877-8

Nr. da Autenticação 9A89AA28C279D8E9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 7

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edson Gloriano Bernardo,
RG nº 1372230 data de expedição 25/08/2017
Órgão SSDS, portador do CPF nº 73840823404 com
domicílio na cidade de São Pedro, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Batista Sá, nº 117,
complemento aguanile, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Severino Vicente da Silva Neto, cujo o condutor era
Severino Vicente da Silva Neto.

Veículo: Motocicleta

Modelo: EROSIONE 125

Ano: 2014 | 2015

Placa: NO K 7044 PB

Chassi: 96ZNE3125BN000969

Data do Acidente: Reb. Domingos Góes - Vila União

Local e Data: Vila das Rosas - 09.12.18.

HOA 19:15

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL	
Rua: Manoel Vieira Batista - Telefone: 7.801. Residencial Vila Brasil - Serraria CEP: 59030-001 - Cuiabá - MT - Fone/Fax: (65) 3622-1022	
<p>Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) EDSON FLORIANO SEMBORG ***** En test da verdade, José Pessoa, P.D. 07/07/2019 13:54:14 IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVANA AUTORIZADA (2019-019885)EOL/RS 49,91 FARFERRA, 0,29 FEPJRS 1,98 SEU DIGITAL: AIMA2180-FRS1</p>	
	





Atendimento: 201931807750

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Exame: 02/01/2019

RADIOGRAFIA Perna Esquerda

Fratura transversa, completa do terço médio da tibia, com presença de haste intramedular parafuso de fixação bem posicionados.

Fratura transversa, completa do terço médio da fibula com leve cavalgamento dos fragmentos ósseos.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



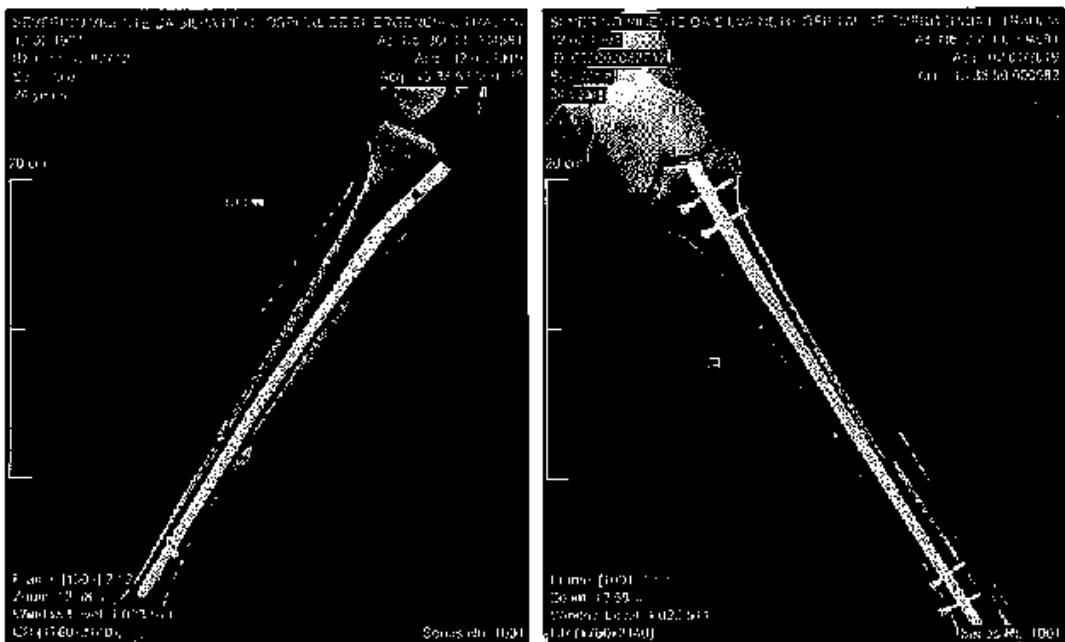
Este laudo foi liberado em 08/03/2019 11:43.


Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
 Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 11



Atendimento: 201931843246

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Exame: 17/01/2019

RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO

Sinais de fratura com fixação cirúrgica com parafusos do escafóide.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 06/02/2019 09:39.


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB



SEVERINO VICENTE DA SILVA, NETO
12/02/1994
ID: 000000082712
Sex: Male
24 years

E

10 cm

HTOP
RX PUNHO UNILATE
Ac. Nb: 300002045065
Acq.: 17/01/2019
Acq.: 13:52:56.000474

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 19,09%
Window/Level: 1.024/512
CR (2964x2364)

Series Nb: 1



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 26/09/2020

PRAZO PARA RETIRADA: 12/10/2020

SEXO: M COR: D IDADE: 74 anos

PACIENTE: Geraldo Viana da Silva - 74

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 75 RESPIRAÇÃO 28 L/MIN TEMPERATURA PESO 70 KG GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL NÓBOMI IREGULAR / MAU PESSIMO RISCO CIRÚRGICO NÓBOMI IREGULAR / MAU PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES N/A PESSIMO

AP. RESPIRATÓRIO N/A PESSIMO AP. CIRCULATÓRIO N/A PESSIMO

AP. DIGESTIVO N/A PESSIMO ESTADO MENTAL EOTA DROGAS EM USO N/A ESTADO FÍSICO N/A

TIRE ANESTÉSICO N/A

DOSE HORA N/A

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fígado: 1.º grau 2.º e 3.º

CIRURGIA REALIZADA Tumor de colo de útero 2.º e 3.º

CIRURGÃO Dr. (reservado) auxiliares

INÍCIO DA ANESTESIA 16:00 BURACÃO DA ANESTESIA 17:30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 32700 QUANT. DE CIL VALORES R\$ 0,00

ANESTESISTA Dr. Renato + DNI 123456789 CRM-SP 42223

ORIGEM	K-45						
DIST. AN							
H-10							
ANEST.							

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Oxígeno	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CO ₂	35 mmHg					
SpO2	100%	100%	100%	100%	100%	100%
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

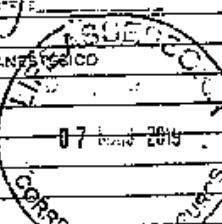
ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2



ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG	EEG
ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG	ECG
SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2	SpO2

ITEM	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
EEG	EEG	EEG				

FICHA DE ANESTESIA

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

卷之三

PRONTO ABD.

- 1 -



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Sergine Vicente da Silva Neto BE/Prontuário: 1128295
 Idade: _____ Sexo: Masculino ()Feminino Cem: _____ Data: _____
 Clínica Setor: R&T EMEI: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tomografia maxil. anterior
 Cirurgião: Bruno Leite Guerra 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Mandíbula</u>	<u>502.6</u>
<u>Fratura de maxila</u>	<u>502.4</u>
<u>Fratura das costas</u>	<u>502.2</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tomograma maxilar anterior</u>	<u>07 090 209</u>

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

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, 10/10/2010

Médico/CRM: _____



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente na DPE com decolleté
- (2) Abertura
- (3) Rinses, desinfectante e uso de gaze
- (4) Desbridamento manual intenso

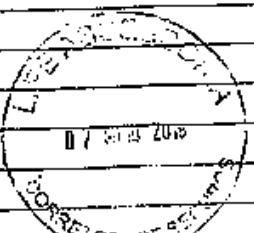
Incisão:

- (4) Desbridamento manual intenso
- (5) Curativo

Achados:

Conduta:

Ressecando lesões da base da enteira face e
removendo material de curativo que havia sido colocado.
Curativo.



Fechamento:

Observação:

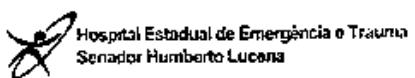
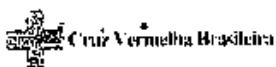
Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-PB 5128

João Pessoa, 17/09/2010

Médico/CRM:

PNG/ASCIR/0004





AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONÇALVES
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 24/12/2018 07:47:52

Nome SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO		Boleto de Atendimento 1128203	Data/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/02/1994	Idade 24	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 112783
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Internação 10/12/2018 08:25:58	Permanência na Unidade: 14d 13h 31min		Permanência no Leito: 12d 6h 31min

Evolução médica (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 24/12/2018 07:46:58)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF



Paciente em PO de osteossíntese de fratura panfacial

EFG - BEG, contactante, eupneico, acianótico, anictérico, sem queixas algícas

EFEQ- Edema facial em regressão, suluras em posição sem sinais de infecção, fixador externo em MBR n° 55

EFIO - Higiene oral melhorada, refere oclusão habitual, amarra em maxila em posição.

CD -

1) AV+OT

2) Suspendo dexta

3) Oriento e solicito higiene oral rigorosa (aguardo odontologia hospitalar)

5) Acompanhamento BMF e ORTOP

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLÍNICA MÉDICA

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRÔ-PB 5126

Nº ESTORNO

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/09/2020

PRONTUÁRIO:

11232003

SEXO:

F

COR:

IDADE: 77 Anos

PACIENTE: SUELI MOREIRA TORRES

ESTADO GERAL:

REGULAR

GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO FÍSICO:

REGULAR

TIPO: PESSIMO

RISCO CIRÚRGICO:

REGULAR

TIPO: PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

PESO:

ALTURA:

AP. RESPIRATÓRIO:

PULSO:

TEMPERATURA:

AP. DIGESTIVO:

PRESSÃO:

PESO:

ESTADO MENTAL:

ESTADO FÍSICO:

ESTADO ANESTÉSICO:

PRE-ANESTÉSICO:

ESTADO:

ESTADO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ESTADO:

ESTADO:

CIRURGIA REALIZADA:

ESTADO:

ESTADO:

CIRURGIA:

ESTADO:

ESTADO:

PRÉ-ANESTÉSICO:

ESTADO:

ESTADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

ESTADO:

ESTADO:

ANESTESISTA:

ESTADO:

ESTADO:

CRM-PB:

ESTADO:

ESTADO:

CPF:

ESTADO:

ESTADO:</div

卷之三



RELATÓRIO DE

REFSAL

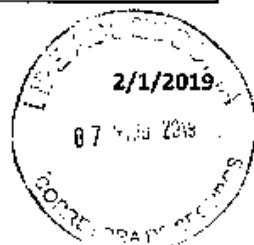
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO	Incisão:
VIA DE ACESSO TRANSPATELAR	DIVULSAO, DISSECÇÃO E AVULSAO POR PLANOS ANATOMICOS
HEMOSTASIA	Achados:
FRATURA DE DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA	Conduta:
REDUÇÃO FECHADA + FRESAGEM DO CANAL SOB AUXILIO DE ESCOPA	MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR NUMERO 8 X 340MM
BLOQUEIO PROXIMAL COM AUXILIO DE ESCOPA E GUIA	BLOQUEIO DISTAL A MÃO LIVRE E AUXILIO DE ESCOPA
LAVAGEM EXAUSTRIVA COM SF 0,9%	FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS, COM REPARO DO TENDÃO PATELAR

RX DE CONTROLE
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

2/1/2019



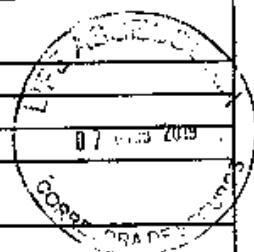
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
COLOCACAO DE CAMPOS OPERATORIOS	
Incisão:	
Achados:	FRATURA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO
Conduta:	REDUÇÃO INCRUENTA DE OSSO DO CARPO ESQUERDO REDUÇÃO INCRUENTA DE PERNAS ESQUERDA FIXAÇÃO EXTERNA DE PERNAS ESQUERDA
Fechamento:	CURATIVOS ESTÉREIS
Observação:	RX DE CONTROLE
	CORPO BRADE 07-03-2019

Médico/CRM:

DR. MILTON LINHARES

João Pessoa,

10/12/2018



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/01/20

PONTUÁRIO: 100/100

PACIENTE: Renata Ferreira da Silva Pinto SEXO: M COR: IDADE: 24

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO 94 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO 64 GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL (EXCELENTE) REGULAR (MUITO PESSIMO) RISCO CIRÚRGICO: (BOM) REGULAR (MUITO PESSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES VFM

AP. RESPIRATÓRIO 1100m ALV 100% AP. CIRCULATÓRIO 2000m LITROS DROGAS EM USO: /CPA

AP. DIGESTIVO 1700m ESTADO MENTAL LOTE: /CPA ESTADO FÍSICO: 254

PRE-ANESTÉSICO /CPA DOSE/HORA 1000m

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de costela E

CIRURGIA REALIZADA Tumor no pulmão de paciente ferida E

CIRURGÃO Dr. Edson Tavares AUXILIARES Dr. Francisco CR 1

INÍCIO DA ANESTESIA 10:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 14:05 DURAÇÃO DA ANESTESIA 04:05

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Tiago Kehnwald CRM-PB

ASSENTOES 11:30 11:30 11:30 11:00 Tiago Kehnwald

MÉDICO

CRM 7179

ESTADOS: SC SE SP RJ

PROBLEMAS: /CPA

DIAGNÓSTICO: /CPA

EXAMES: /CPA



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

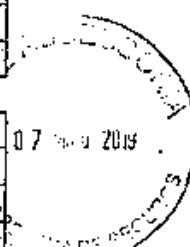
RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-196

NOME: SEVERINO VINCENTE DA SILVA NETO BE/PRONTUÁRIO 1128203
 IDADE: 24 SEXO: MASC COR: _____ DATA: 20-12-2018
 CLÍNICA /SETOR: CTBMF EMP: _____ LR: _____
 CIRURGIA: REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA PARASSINFISÁRIA E DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO LE FORT I E III
 CIRURGIÃO: DR LEONARDO MENDES 1º ASS: RESIDENTE
 2º ASS: RESIDENTE 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA DE MANDIBULA (PARASSINFISE)		
FRATURA LE FORT I		
FRATURA LE FORT II		
FRATURA TIPO LANELONGUE		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DE MANDIBULA		
OSTEOSSÍTESE DE FRATURA LEFORT I		103
OSTEOSSINTISE DE FRATURA LE FORT II		
OSTEOSSÍTESE DE FRATURA LANELONGUE		



ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NENHUM
 DESCRIÇÃO: NÃO
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO
 MÉDICO/CRM: Dr. Leonardo Mendes Campos DATA: 20/12/2018
Cirurgião - Bucal-Maxilar -acial
Especialista Odontológico
CRM-PB 3769





卷之三

RELATÓRIO DE CIRURGIA

278 3 - 300

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1 PÁCIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA-	
2 ASSEPSIA DO CAMPO CIRÚRGICO E APOSIÇÃO DOS CAMPOS	
3 INCISÃO EM FUNDO DE SULCO NA REGIÃO MANDIBULAR PARA EXPOSIÇÃO DA FRATURA PARASSINFISÁRIA	
4 OSTEOSINTSE DA FRATURA MANDIBULAR SEGUIDO DE BLOQUEIO MAXILO-MANDIBULAR	
5 INCISÃO EM FUNDO DE SULCO MAXILAR PARA EXPOSIÇÃO DE FRATURA MAXILAR LEPORT I SEGUINDO DA OSTEOSINTSE	
6 INCISÃO INFRAORBITARIA BILATERAL PARA FIXAÇÃO DO CORPO DO ZIGOMA SEGUINDO DA OSTEOSINTSE	
7 INCISÃO SUPRARCIULAR PARA EXPOSIÇÃO DA FRATURA FRONTO-ZIGOMÁTICA SEGUINDO DE FIXAÇÃO COM PARAFUSO E PLACA	
8 LAVAGEM DAS FERIDAS CIRÚRGICAS E VERIFICAÇÃO DA ABERTURA BUCAL E OCCLUSÃO SEGUINDO DA ESTABILIDADE OSSEIA FACIAL	
9 SUTURA POR PLANOS	
10 SEGUE SOB OS CUIDADOS DO ANESTESISTA E ENCAMINHADO PARA A URPA.	
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CBMG

Dr. Leonardo Mendes Campos
Chirurgia Bucal - Maxilar - Facial
Endodontia - Odontologia Geral
R.D. 73-3249

José Pessoa





Nome SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO		Boletim de Atendimento 112B203	Data/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/02/1994	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 705000685038355	Prontuário 112783
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DURNO
Data de Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Internação 10/12/2018 06:25:56	Permanência na Unidade: 1m 14h 2min		Permanência no Leito: 29d 9h 2min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 10/01/2019 10:18:30)**EVOLUÇÃO**

PROCEDEIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1ºDPO DE RAFI DO ESCAFÓIDE ESQUERDO COM PARAFUSO DE HERBERT, REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS POR DR EDSON TINOCO;
CD.: ALTA HOJE

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MÉDICA
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149



Câmara Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 03/01/2019 11:20:52

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Nome	Boleum de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO	1128203	09/12/2018 20:16:50	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
12/02/1994	24	Masculino	112783
Tempo de Internação		Convênio	Plantão
		SUS	DIURNO
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:	Permanência no Leito:
09/12/2018 20:16:50	10/12/2018 08:25:56	24d 15h 4min	22d 10h 4min

Evolução médica (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 03/01/2019 11:19:44)

Evolução

PROCEDIMENTO:

· DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1ºDPO -FRATURA DE Perna ESQUERDA
FRATURA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO.
EVOLUI ESTAVEL, EGR, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA DA BMF AGUARDA MATERIAL OPME (PARAFUSO DE HEBERT) EM 20/12/2018
CD: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MÉDICA
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149





POSTOIA - 2020-01-01 10:11:21

Endelessen

Environ Biol Fish (2007) 79:1–10
DOI 10.1007/s10641-006-9832-2

CNFSI-454

Paciente SEVERINO VIEIRA	Entrada 2012-08-05 06:50	Data Baixa
Data de Entrada 12/02/1964		Telefone de Contato (83) 988407298
Mãe LUCIANA FERREIRA		Prontuário
Endereço DAS OLIVEIRAS	100 110 - PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	12 - Industrial 13 - KARINA DE MEDEIROS TORMES	Nº Cons. Regional 5724/PB
Data/Hr - Chão 09/12/2013 23:10:11	2 - e Hora Prescrição 15/12/2013 22:17:26	

Anaesthesia

PACIENTE: M. A. V. F. M. (MASCULINO, 25 ANOS).
ENCONTRADO: NO DIA 18 DE MARÇO DE 2001, NO HOSPITAL ESPÍRITO SANTO, NO Bairro São José, Zona Sul de Belo Horizonte.
TIPO DE LESÃO: FRATURA DE MAXILA, COM DESLOCAMENTO DE MAXILAR DIASTEMA INTERINCISAL EM ANTERIOR, E DESVIO DE DORSO NASAL COM CLAVILO.
CREPITAÇÃO: PRESENTE NA REGIÃO DA MAXILA.
SUGESTIVOS: FRATURA DE MAXILA, AVARIA DENTAL.
D) - FARMASEUTICO: NAO SE APPLICA.
ODONTOLOGICO: NAO SE APPLICA.

RESUMO: PRESENTANDO TRAUMA EM FACE, NO MOMENTO DO FATO, CONTACTUANTE COM COLAR CERVICAL AO SER ENCONTRADO. CREPITAÇÃO EM REGIÃO DE CORPO DE MAXILA. DESLOCAMENTO DE MAXILAR DIASTEMA INTERINCISAL EM ANTERIOR, E DESVIO DE DORSO NASAL COM CLAVILO. PRESENTE A AGITACAO DO PACIENTE. TC COM SINAIS DE DESLOCAMENTO MEDIO FACIAL (LEFORT II A ESQ E LEFORT III A DIREITA). MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DE SUTURA E OUTRAS ESPECIALIDADES PARA INTERNAMENTO PELA BMF.

Concise

Environ

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
[CRO: 5724/PB]

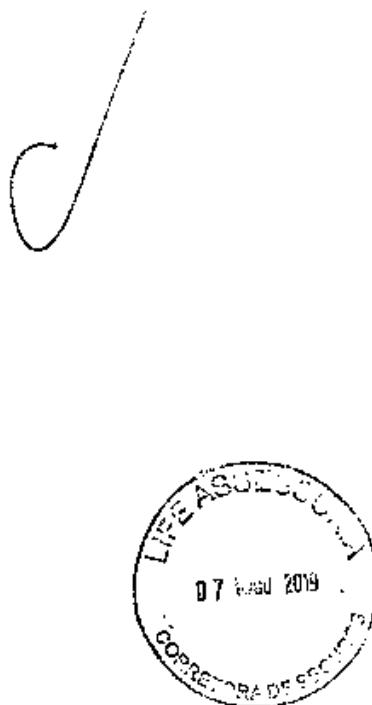
Digitized by srujanika@gmail.com

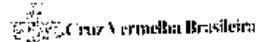
...&perform=prim&id=462350&pesquisa=S&perform=im... 1/



SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

MARCEL SARAIVA BARBOSA
(CRM: 6900/PB)





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458278 - Tel.: 8332165760

GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: ALISSON
FÁBIO FERNANDES VIEIRA
Em: 30/12/2018 09:07:55

Nome SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO		Boleto de Atendimento 1128203	Data/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/02/1994	Idade 24	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 112783
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plano DIURNO	Permanência no Leito:
Data de Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Internação 10/12/2018 06:25:58	Permanência na Unidade: 20d 12h 51min	Permanência no Leito: 18d 7h 51min	

Evolução médica (ALISSON FÁBIO FERNANDES VIEIRA - 30/12/2018 09:07:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

ORTOPEDIA # FRATURA DE Perna ESQUERDA E ESCAFÓIDE ESQUERDO. EVOLUI ESTAVEL, EGR. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA DA BMF AGUARDA MATERIAL OPME (PARAFUSO DE HEBERT) EM 20/12/2018
CD: CIRURGIA DA PERNA AGNEDADA PARA DIA 02/01

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MÉDICA
Profissional responsável pela informação: ALISSON FÁBIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6913



ID. PESSOAL

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE:	DATA:	SEXO:	COR:	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	BOM	REGULAR	MAU	PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATÓRIO			
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL			
TRE-ANESTÉSICO	DROGAS EM USO			
DOSE HORÁRIA	ESTADO FÍSICO CASA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA				
CIRURGIA	ALUXIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.			
ANESTESISTA	CPF CRM-SP			

ANESTÉSICO					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
ESTADO					
DOSE					
TIPO					
DATA					
EST					

AREA VERDE
 Endereço: Rua S. JOSÉ DA CRUZ, 111 F 10100 GO 00000, JCAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel:
 CNES: 6121

Paciente:	SEVERINO VIEIRA	Sexo:	M	Idade:	62	Hora Entrada:	18/02/2018 21:16:50	Data Boleta:	
Nome completo:		CPF:		NIS:		Município:		Telefone de Contato:	
Date de nascimento:	00/00/1954	Sexo:	M	Idade:	64	CNPJ:			Prontuário
Mãe:	LUCIANA FERREIRA	Sexo:	F	Idade:	33	Un. Missionária:		UF:	
Endereço:	DAS OLIVEIRAS	CEP:	58031-000	Nº:	100	Município:	JOÃO PESSOA	PB:	
Acidente:	MOTO X MOTO	Placa:	PE-1752-70	Estado:	PI	Un. Missionária:	GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA	Nº Cons. Regional:	6800/PB
Date/Hora Classe:	09/12/2011 20:16	Local:	ESTRADA	UF:	PI	Data/Hora Prescrição:	19/2/2018 22:09:15		

Anamnese

NEUROCIRURGIA

DE COLISÃO

NO EXAME:

P.:

S.:

TC CEFÁLICO:

TC COLENA:

CONEX. TAC:

AL:

CID10

Código:

S06.9

Conclusão

Em observação

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
6800/PB 6850

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
 (6800/PB)





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

Tel:
Cnes: 0121221

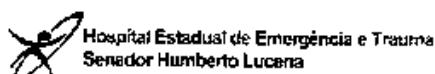
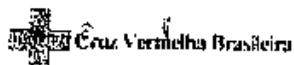
Paciente	Data/Hora Entrada	Data Saída
SEVERINO VIEGAS DA SILVA NETO	05/7/2018 20:16:50	06/7/2018 08:00:00
Nome do Paciente	SEVERINO VIEGAS DA SILVA NETO	Nome da Morte
Data de Nascimento	12/02/1954	Sexo
Mãe	LUCIANA LIMA REIREIRA DA SILVA	UF
Endereço	DAS OLIVEIRAS, 141	UF/UFSCaribe
Adm.:	09/12/2018	Município
MOTO / VEÍCULO	PIAGGIO TS 150 I 150CC	Profissional
Data/Hora Entrada	09/12/2018 20:16:50	MARCEL SARAIVA BARBOSA
		Data/Hora Prescrição
		05/7/2018 22:47:17
		Nº Cons. Regional
		6900/PB

Anamnese
CIR: IPG A 0121221
EVALUACAO: PACIENTE RETORNA PELA 1ª Vez, USG FAST SEM ALTEACOES. RX DE TORAX NORMAL.
SEUS SINTOMOS SÃO DIFERENTES DO USO ALCOÓLICO.

Conclusão
Em CASO DE AGRAVOS

MARCEL SARAIVA BARBOSA
(CRMF 6900/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO	BAE 1128203	Data/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1994	Idade 24a 9m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988407298
Mãe LUCIANA FERREIRA DA SILVA			
Endereço DAS OLIVEIRAS, 141	Bairro MUCUMAGRO	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DA SILVA MESQUITA	Nº Cons. Regional 5126/PB
Data/Hora Classificação 09/12/2018 20:16:50		Data/Hora Prescrição 10/12/2018 03:10:35	
Anamnese			
CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM FRATURA PANFACIAL (LONGITUDINAL DA MAXILA, COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERAL, NOE, SÍNFISE E PARASSÍNFISE D DA MANDÍBULA). EM COMPANHAMENTO DA ORTOPEDIA SERÁ INTERNADO PELA BMF. FOI REALIZADO ODONTOSSÍNTSE EM MANDÍBULA E MAXILA, E TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR. AGUARDAR REGRESSÃO DO EDEMA PARA PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA.			
Conduta			
Internar Paciente			

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-PB 5126

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

Boletoim registrado por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 09/12/2018 20:17:34

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=462465&pesquisa=S&perform=im

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604

Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 37



Journal of Management Education 36(7)



costo 10

Edifício: INTERNO, S/Nº, JOÃO PESSOA - PB, CEP: 58010-000

Tia

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

POLÍCIA SEGURO VICENTE DA SILVA NETO	041-2200-0001	02/12/2010 20:10:50	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1954	19-40	10-18	Telefone da Corlato (83) 988407288
Endr. de residência 12402-054	Rua 200, 220	Manaus - AM	Prontuário
Mãe LUCIANA FERREIRA DA SILVA			
E-mail DAS OLIVEIRAS, 12	lucianaferreira12@bol.com.br	LUCIANA FERREIRA DAS OLIVEIRAS, 12	UF PB
Autoria ACIDENTE DE MOTOCICLETA	041-2200-0001	HEISENBERG E JUSTINA MEDEIROS DE ALMEIDA	Nº Cons. Regional 6229/PB
MOTO X MOTO			
Detalhe da Ocorrência 041-2200-0001-50		02/12/2010 20:10:50	
		02/12/2010 20:10:50	

2020-2021

DIRETIVA
DIRETIVA COM LUZACAO CANICA NO RX DE PUNHO
DEVERÁ REALIZAR A INTERAÇÃO MOST TALVAPARA TRABALHAMENTO DA BMF
NO CENTRO CIT ARBICE.

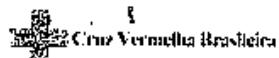
100

F: [Open source](#)

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, No. 4, December 2005
DOI 10.1215/03616878-30-4 © 2005 by The University of Chicago

**WILFREDO BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA
(6229/PB)**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
Em: 27/12/2018 09:19:46

Nome SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO		Boleto de Atendimento 1128203	Data/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/02/1984	Idade 24	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 112783
Tempo de internação	Comunidade SUS			Planião DIURNO
Data de Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Internação 10/12/2018 06:25:56	Permanência na Unidade 17d 13h 3min		Permanência no Leito: 15d 8h 3min

Evolução médica (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 27/12/2018 09:19:32)

Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:

#Ortopedia

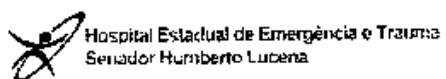
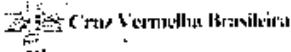
FRATURA DE Perna Esquerda e Escafóide Esquerdo.
EVOLUI ESTÁVEL, EGR, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.
ALTA DA BMF
AGUARDA MATERIAL OPME (PARAFUSO DE HEBERT) EM 20/12/2018
CD: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 1 Lelio: 0002 - CLINICA MÉDICA
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

09/12/2018
09:19:32

07/01/2019
09:19:32



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PÉDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 83321657DD

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 25/12/2018 08:20:56

Nome SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO		Boleum de Atendimento 1128203	Data/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/02/1994	Idade 24	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 112783
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Internação 10/12/2018 06:25:56	Permanência na Unidade: 15d 12h 4min		Permanência no Leito 113d 7h 4min

Evolução médica (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 25/12/2018 08:20:34)

Evolução

PROCEDIMENTO.

Descrição da evolução:

|| # BMF

Paciente em PO de osteossíntese de fratura panfacial

EFG - BEG, contactante, eupneico, acianólico, anictérico, sem queixas algicas

EFEQ- Edema facial em regressão, suturas em posição sem sinais de infecção, fixador externo em MI.

EFIO - Higiene oral melhorada, refere oclusão habitual, amarra em maxila em posição.

CD -

- 1) AV+OT
- 2) Solito laboratorial de controle
- 3) Oriento e solicito higiene oral rigorosa (aguardo odontologia hospitalar)
- 5) Acompanhamento BMF e ORTOP

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MÉDICA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião-Dentista
CRM-PB 5126



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
 Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 40



CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETHE

NOME:	SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO	BE/PRONTUÁRIO	1128203
IDADE:	24	SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
COR:		DATA:	2/1/2019
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPÉDIA	EMP:	LR:
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA ESQUERDA		
CIRURGIÃO:	DR UMBERTO JANSEN	1º ASS:	DR SANTINO
2º ASS:	DR MATHEUS MR2	3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA:		
TIPO DE ANESTESIA:	RAQUIANESTESIA	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA ESQUERDA COM HASTE	
INTRAMEDULAR 08 X 340 MM	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO



ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

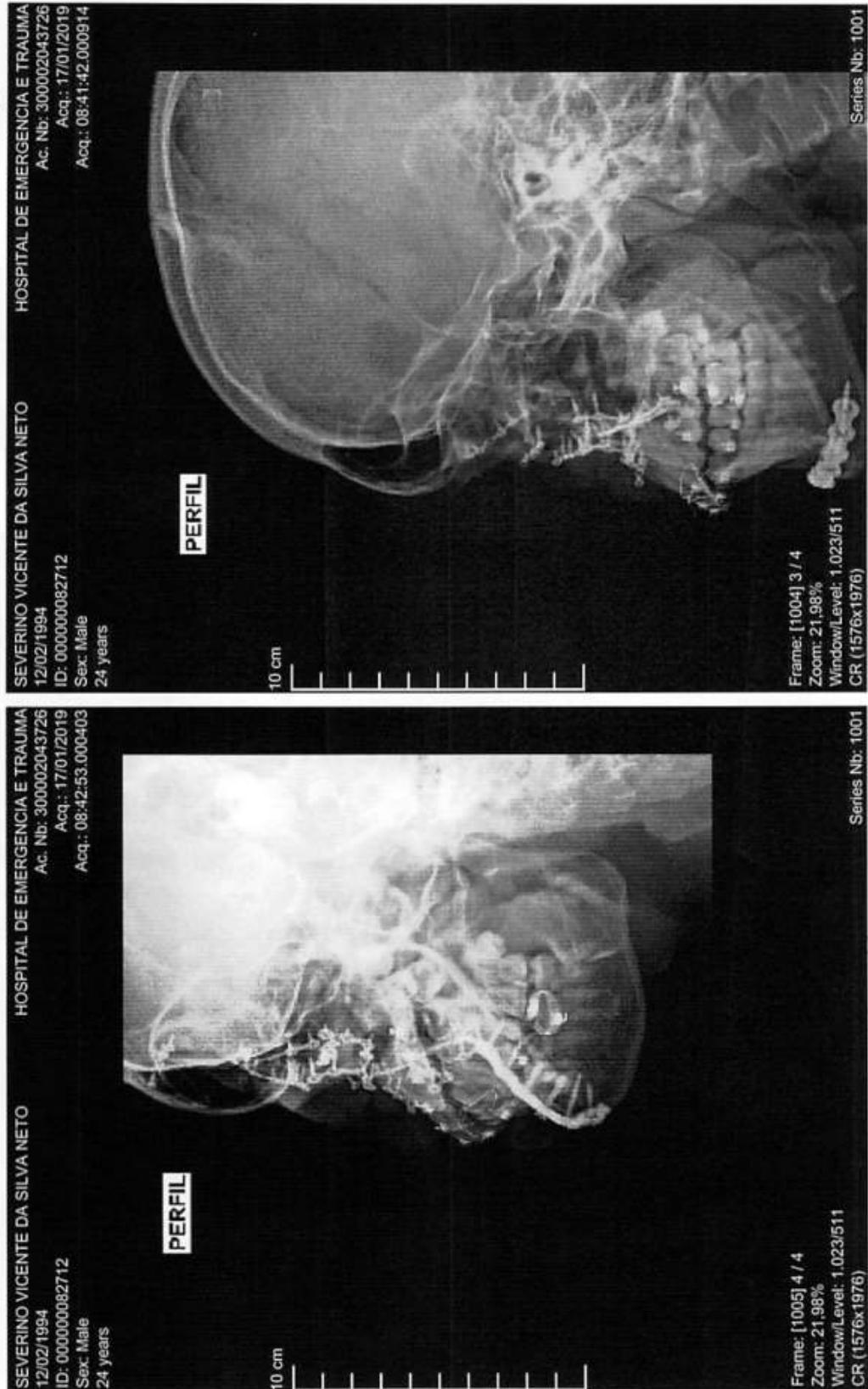
TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 2/1/2019







Atendimento: 201831784359

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Exame: 20/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica

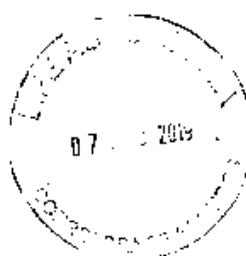
Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Fixadores cirúrgicos em fraturas no corpo da mandíbula e nas nas paredes dos seios maxilares.

Fratura nas láminas papiráceas, no osso nasal, no septo nasal, na asa maior direita do esfenóide e nas láminas pterigoideas direitas, associadas a hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 20/12/2018 23:58.



Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





APERA, MARCELA,
Endereço: AV. CRISTO REI, Lote 10, Bloco A, 101, FREDÉ GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58030-790
Tel.:
CMEC: 3611121

Pac.		Nome	Nome	Data Entrada	Data Baixa
SEVERINO VIANA COSTA FILHO				2018/10/16:50	
Das:					Telefone de Contato
12/01/2018					(83) 988407298
Mãe:					Prontuário
LUCIA MARIA DA SILVA					
Pai:					UF
DAS COSTAS					PB
Ace:					Nº Cons. Regional
IMO					11134/PB
Obs:					

Digitized by srujanika@gmail.com

930

PERNA ESQUERDA E EM BRAÇO

PA 2011-01 - 2011-02 - 2011-03
ES 2011-01 - 2011-02 - 2011-03
BS 2011-01 - 2011-02 - 2011-03

• 100 •

10

FIGURE 2

Based on a sample of 1000 households in the United States.

Cannabis

$E_4 = 0.015 \text{ eV}$

Daniel Condeza Arribalzaga
MEDICO
1516-1713

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Severino Vicente da Silva Neto

DATA DE NASCIMENTO 12/02/94

NOME DA MÃE Luciana Ferreira da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112783

BOLETIM DE ENTRADA N.º 112803

DATA DO ATENDIMENTO 09/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 20:16

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de complexo zigomático orbitário + fratura de tibia E + fratura de ossos do carpo.

CID 10 S02.2 S02.4 S02.6 S02.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando ferimento em região maxilar, lesão de elementos dentários superiores, ferimento em lábio superior, Trauma em perna esquerda, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficit motor. Avaliado pela Cirurgia Geral, BMF, Traumatologia, Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face, cervical

RX tórax, perna E.

USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica. Sinais sugestivos de fratura de terço médio da face.

RX: fratura de ossos da perna esquerda, luxação cárpica

USG: sem anormalidades

TRATAMENTO:

Fixador externo de tibia esquerda + redução de luxação cárpica + tamponamento nasal anterior (realizado em 10/12/18). Osteossíntese de fratura de mandíbula + osteossíntese de fratura Lefort I e II. Tratamento cirúrgico de fratura de tibia esquerda (realizado em 02/01/19). Tratamento cirúrgico de fratura de escafóide (realizado em 09/01/19).

ALTA HOSPITALAR: 10/01/19

DATA DA EMISSÃO: 04/04/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Atendimento: 201931842515

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Data Exame: 17/01/2019

RX - MANDÍBULA

Sinais de fixação cirúrgica com placas, parafusos e fios de múltiplas fraturas dos ossos face.

O valor preditivo de qualquer teste laboratorial depende da análise conjunta do seu resultado e das dadas clínico-epidemiológicas do (a) paciente.



Este laudo foi liberado em 06/02/2019 09:36.


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB





PCSTO 1A
Endereço: INTERNO, S/N, JOAO PESSOA - PB 50170-000

Tel:
CEP: 500546

IPe	Nome	Data de Entrada	Data Baixa
SE. BRINCO ACIDENTE DE MOTO	JOAO PESSOA	01/09/2018 00:37:50	
De: 07/09/2018			Telefone da Contato
12/02/1984	(24) 341 286		(83) 988407298
M.J.			Prontuário
LUCIA SERRA DA SILVA			UF
Endr.: DAS OLIVEIRAS, 141	BRUNO ACIDENTE	JOAO PESSOA	PB
IPe: 07/09/2018	ACIDENTE DE MOTO	PRONTO-SOCORRO	Nº Cons. Regional
07/09/2018 00:37:50		ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES	5724/PB
03/09/2018 00:37:50			

AVALIAÇÃO:

E. TEMP:

REALIZADA SULCURA UM FACE + CICATRIZ NO DENTAL VANDIBULA. AGUARDO LIBERACAO DAS DEMAIAS
ESPECIALIDADES. LIGAR INTERNAIS E CIRURGIA.

AVALIAÇÃO:

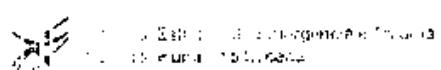
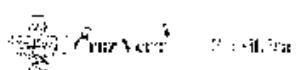
HARCOONSCIA DILVIO (PRATICAMENTE) A DENTAL E SULCURA VIA E.V. AGORA

Cirurgia:

E. M.D.C. P.Y.C.

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
(CRO: 5724/PB)



**ÁREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO	E/S 178	Date/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1994	Lond. 24a 9:n 27d	Sexo Masculino	CNS JOAO PESSOA
Mãe LUCIANA FERREIRA DA SILVA			
Endereço DAS OLIVEIRAS, 141	E/S M. CUNHA 450	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motiv. ACIDENTE DE VELOCICLETAS	Profissional MARCEL SARAIVA BARBOSA	Nº Cons. Regional 6900PB
Data/Hora Classificação 09/12/2018 20:16:50		Data/Hora Prescrição 09/12/2018 20:33:32	

Anamnese

CIRURGIA GERAL

VÍTIMA DE ACIDENTE DE VÔTOCICO (COLISÃO MOTO-MOTO). APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DE FACE (MAXILA - COM LESÃO DE ELEMENTOS DENTARIOS SUPERIORES), FERIMENTO COFTANTE EM LABIO SUPERIOR. PRESENTE FRATURA FECHADA EM Perna ESQUERDA (TIBIA) FÍBULA, O MESMO CONSCIENTE, NESSAQUEJAS TORACICAS, ABDOMINAIS.

AOS EXAMES: EGRU, CONSCIENTE, TONOL 1+, HEMATO, ANCITERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO.

ABD: PLANO, FLACIDO, INDOLOR, SEM SINALS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

CD: 1º ATENDIMENTO PELA CIRURGIA GERAL

ANALGESIA

SOLICITO TAC DE CRANIO SEIOS DA FACIA E VÉNETA DA NCRV BMF

SOLICITO TAC DE REGIÃO CERVICAL

RX DE TORA / USF FAST

RX DE Perna ESPARECER DA ORTOPEDIA

REAVALIAÇÃO APOS EXAMES

**MEDICAÇÃO**

OLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 1L MIL AL + 1 LITRAR 500 ML VIA E.V. AGORA, 0,0 (MGTS))

PIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADM. INTRAV. 1,2 ML, VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLETA), ADM. INTRAV. 100,0 MG VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEI / SII / FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CEGUEIRA / OCULOS / SIN/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE TORA (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

CID10

Código	Descrição	X
T14.9	Transt. óssea não especificado	X

Dr. Marcelo Saraiva Barbosa
Cirurgião-Geral
CRM 6900

Conduta**Em observação:**

Bolha registrada com identificação: FE/2018/09/12/09:10:00 - PÁGINA 1 DE 1





Documento de Alta

Nome: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO			Número Prontuário: 112783
Data de 12/02/1994	Sexo: Masculino	Data de Internação: 10/12/2018 06:25:56	Data de Alta: 10/01/2019 10:21:34
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=ALTA PAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL			
Resumo da Internação: resumointernacao=			
Resultado de Exames: resultadoExames=			
Tratamento: tratamento=OSTEOSSINTSE COM HERBERT			
Diagnóstico: S62.1 - Fratura de outro(s) osso(s) do corpo			
Recomendações: ecomendacoes=AMB DO DR. EDSON TINOCO			

Data: 10/01/2019

JOÃO HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
CRM- 7149 - PB



AV. CRESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1126203



Identificação do paciente

ID 1384229	Nome SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO			Sexo Masculino
Data de nascimento 12/02/1994	Idade 24 anos 9 meses 27 dias	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe LUCIANA FERREIRA DA SILVA				Pai SNALDO VICENTE PONTES DA SILVA
Escalaridade				Responsável (Parentesco) LUCAS FERREIRA - IRMÃO(A)
DDD Móvel 63	Fone Móvel 888407298	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3822509	Nº Cnes		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturabde JOAO PESSOA	CBQR		

Endereço

CEP 58066110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DAS OLIVEIRAS
Número 141	Complemento	Bairro	MUCUMAGRO

Admissão

Data e Hora 09/12/2018 20:16:50	Número da pulseira 1000006927393	Centro SUS
------------------------------------	--	---------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Clinica

Classificação do risco

Origem do paciente
RUA

Caráter de atendimento

Detalhe do acidente
MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

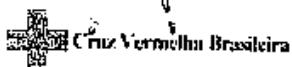
Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir

09/12/2018 20:15





Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO	BAE 1126203	Data/Hora Entrada 09/12/2018 20:16:50	Data Baixa
Data de nascimento 12/02/1994	Idade 24a 8m 28d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988407298
Mãe LUCIANA FERREIRA DA SILVA			
Endereço DAS OLIVEIRAS, 141	Bairro MUÇUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO MARCOS CRISPIM LIMA	Nº Cons. Regional 9561/PB
Data/Hora Classificação 09/12/2018 20:16:50		Data/Hora Prescrição 10/12/2018 01:55:26	

Anamnese

ORTOPEDIA #

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM DOR EM Perna ESQUERDA E EM BRAÇO SQUERDO

RX COM FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA + LUXAÇÃO CÁRPICA

CD: RX DO PÉ/TORNOZELO ESQUERDO
AO BLOCO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO CÁRPICA + FIXADOR EXTERNO NA Perna ESQUERDA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

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

CID10

Código	Descrição
S82.2	Fratura da diáfise da fibia

Conduta

Observação

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Dr. Fábio Crispim
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB-22121 / CRM-PE-9561
07/12/2018



07/12/2018

por: THIAGO FERNANDES DE ARAÚJO em 09/12/2018 20:17:34

b/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=462460&pesquisa=S&pe=



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831784359

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Exame: 20/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Fixadores cirúrgicos em fraturas no corpo da mandíbula e nas nas paredes dos seios maxilares.

Fratura nas láminas papiráceas, no osso nasal, no septo nasal, na asa maior direita do esfenóide e nas láminas pterigoides direitas, associadas a hemossinus.

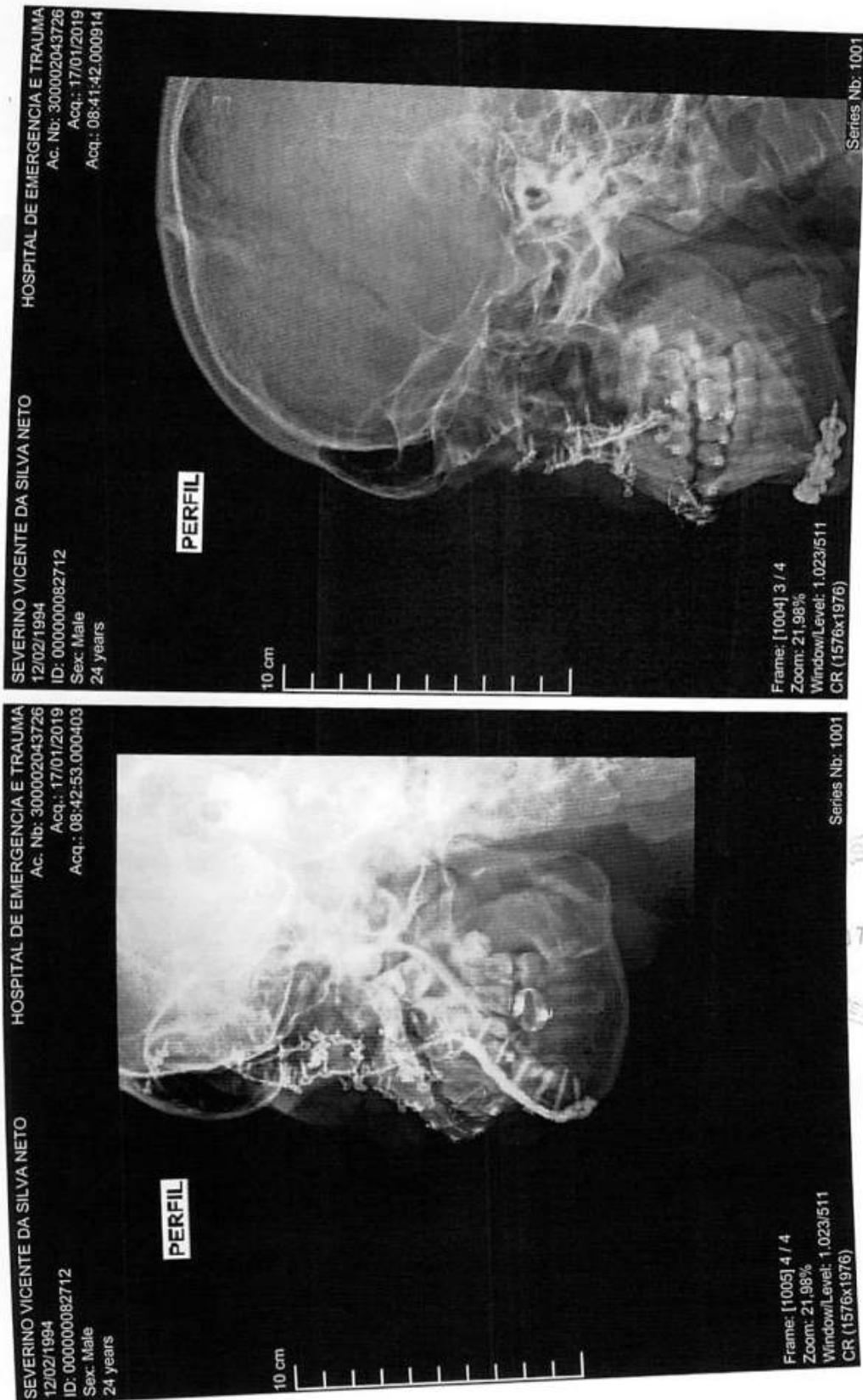
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

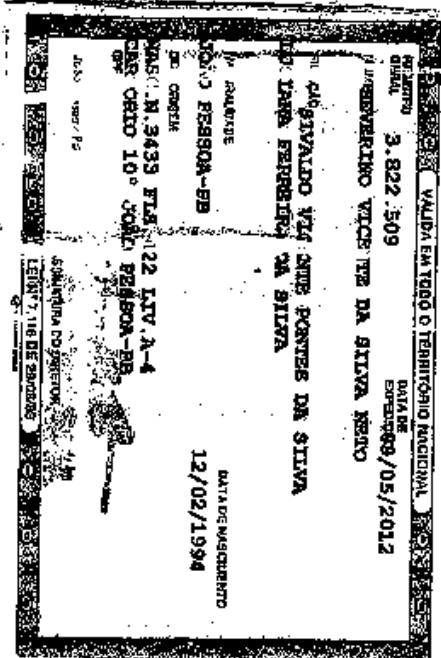
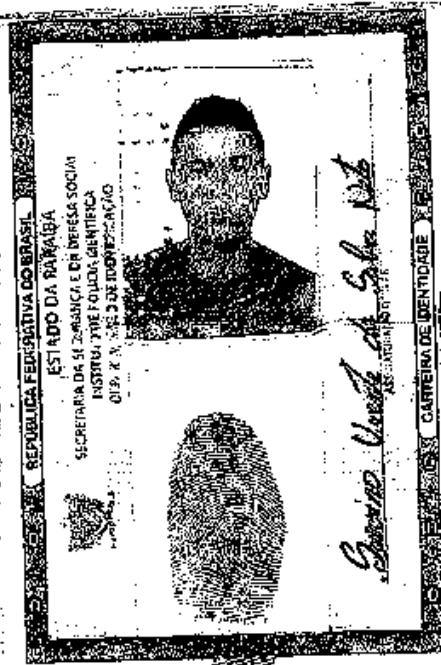


Este laudo foi liberado em 20/12/2018 23:58.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839







MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Milão

104.465.374-46

10/04/2010

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Nascimento:

12/02/1994

VALOR DA SOLICITAÇÃO: R\$ 0,00 (Comprovante de Identidade)

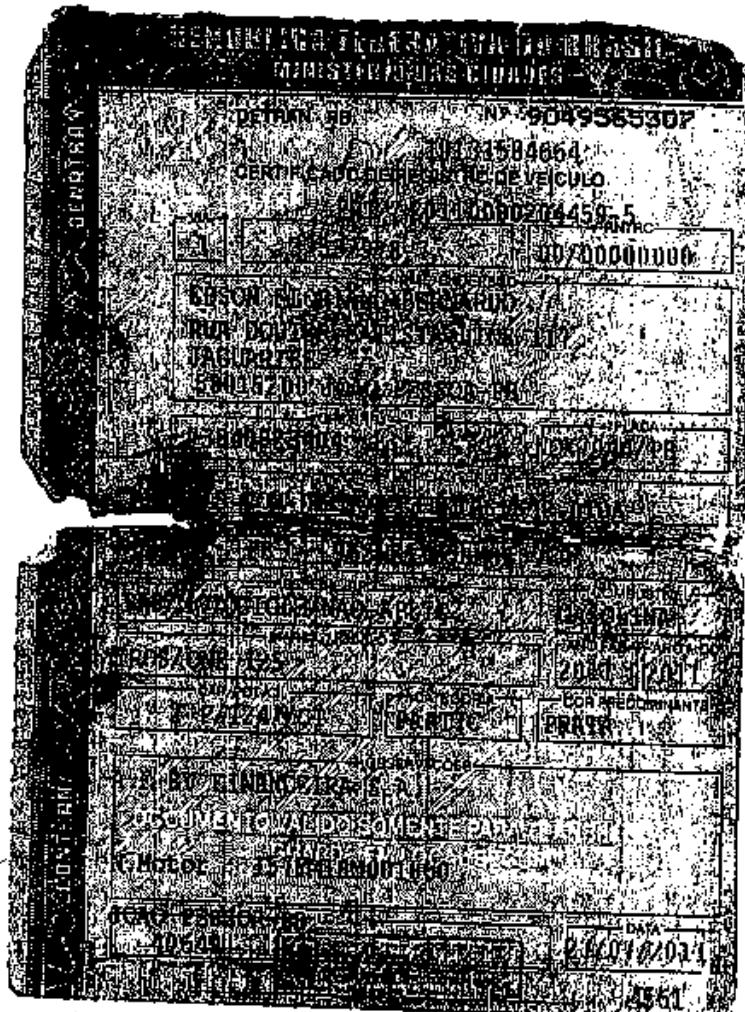


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>

Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 56



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	Suelio Moreira Torres				
DATA DO ACIDENTE:	09/10/18	CPF DA VÍTIMA	104.465.374-96		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	Suelio Moreira Torres				
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	(<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA) (<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL) CUIJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É: Suelio Moreira Torres				
ENDERECO DO PORTADOR	Rua das Oliveiras				
Nº	5/A	COMPLEMENTO		Bairro	Mucambo
CIDADE	Januária	UF	MG	CEP	58220-060
E-MAIL		TELEFONE (E-2)	89364-3472		

MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA DA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECERÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURÃO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAIS) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRAM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de folha de cheque ou cartão bancário

- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA DA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRAM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de folha de cheque ou cartão bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 14 A 15 ANOS. PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA DA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECERÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURÃO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAIS) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRAM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de folha de cheque ou cartão bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 14 A 15 ANOS. PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Morte = R\$ 13.500,00
- Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e é acordo com tabela de seguro prestada na Lei 6.194/74.
- Despesas Médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (Reembolso). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.
- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa.
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodefarasto.com.br ou ligue 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

- RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA:
DATA: 07/05/2019
NOME: *Assinatura*
- IDENTIFICAÇÃO: 3.822.500
DATA: 07/05/2019
NOME: *Assinatura*
- ASSINATURA: *Assinatura* N°: *Nº*

DESTA REPRESNTANTE LEGAL QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 14 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
 Número do documento: 20092510264273500000033219604

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190311106 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 59

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190311106 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO Data do acidente: 09/12/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (32)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153305/19

Vítima: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

CPF: 104.465.374-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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
Outros

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO : 104.465.374-46

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: 07/05/2019
Nome: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO
CPF: 104.465.374-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264273500000033219604>
Número do documento: 20092510264273500000033219604

Num. 34749710 - Pág. 61



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08110487020198152003

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 23 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264314000000033219606>
Número do documento: 20092510264314000000033219606

Num. 34749712 - Pág. 1

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/09/2020 10:26:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510264314000000033219606>
Número do documento: 20092510264314000000033219606

Num. 34749712 - Pág. 2