



Número: **0800833-79.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **14/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31074 774	28/05/2020 12:54	<a href="#"><u>2722507_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PE      N.º 012565107295

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

VIA      CÓD. RENAVAM      RNFRC  
 1      327358343      \*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
 FABIO JOSE GOMES  
 RUA PRESIDENTE OSVALDO DE SOUZA  
 274 VARZEA,  
 RECIFE - PE      50000-000

CPF/CNPJ      PLACA  
 072.611.534-73      PEP2585

NOME ANTERIOR  
 ALEXANDRE DA SILVA ALMEIDA

PLACA ANT/UF      CHASSI  
 \*\*\*\*\*      9C2JC4110ER718819

ESPECIE TIPO      COMBUSTIVEL  
 PAS / MOTOCICLETA      GASOLINA

MARCA/MODELO      ANO FAB.      ANO MOD.  
 HONDA / CG 125 FAN KS      2011      2011

CAP/POT/CIL      CATEGORIA      COR PREDOMINANTE  
 2P / 124CL      UPARTIC      PRETA

OBSERVAÇÕES  
 SEM RESERVA

LOCAL      DATA  
 RECIFE - PE      15/07/16

Charles Andrews Souza Ribeiro  
 Director Presidente DETAN / PE





Seguradora Ifder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA \_\_\_\_\_

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIOS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS)
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIOS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTAIS

- MORTE = R\$ 100.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 100.000,00
- DAS LESÕES = R\$ 100.000,00
- DESPESAS MÉDICAS = R\$ 100.000,00
- VARIAÇÃO = R\$ 100.000,00

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, A PARTIR DA DATA DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODE Haver VARIACOES NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO
- LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, PODE SER PRESENTADO UMA ASSINATURA
- GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200110992      **Cidade:** Capim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR SOARES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/11/2019      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA MANDÍBULA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22, 32) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

**Sequelas:** Com sequelas

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL APRESENTA LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200110992      **Cidade:** Capim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR SOARES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 04/11/2019      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA MANDÍBULA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22, 32) E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

**Sequelas:** Com sequelas

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL APRESENTA LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088009/20

**Vítima:** JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

**CPF:** 117.129.244-94

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/11/2019

**Titular do CPF:** JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOSEMAR SOARES DOS SANTOS : 117.129.244-94**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020  
Nome: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS  
CPF: 117.129.244-94

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>  
Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 5



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110992**      **Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSEMAR SOARES DOS SANTOS**

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

Pag. 01697/01698 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020849

Carta nº 15621110



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>  
Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 6

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

---

**Rio de Janeiro, 29 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200110992**      **Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSEMAR SOARES DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =      R\$ 1.350,00

**Recebedor: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000044**

**Conta: 000000116390-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sínistro ou ASL: **117.129.244-94** 3 - CPF da vítima: **117.129.244-94** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE GERALDO SOARES DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: <b>JOSE GERALDO SOARES DOS SANTOS</b>	6 - CPF: <b>117.129.244-94</b>		
7 - Profissão: <b>RECUSO</b>	8 - Endereço: <b>AV. SAO SEBASTIÃO</b>	9 - Número: <b>93</b>	10 - Complemento: <b></b>
11 - Bairro: <b>CENTRO</b>	12 - Cidade: <b>CAPIVARI</b>	13 - Estado: <b>SP</b>	14 - CEP: <b>58287000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(083) 987088728</b>	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: <b>0044</b> CONTA: <b>00116390 8</b>		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.			

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>26 - Vítima deixou companheiro(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos? <b>29 - Se tinha filhos, informar Vivos:</b> <b>Falecidos:</b>	30 - Vítima deixou <b>nasceu/mais</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>31 - Vítima teve irmãos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:</b> <b>Falecidos:</b> <b>33 - Vítima deixou pais/avós vivos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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.

34

Imigrante  
nasc. no  
Brasil  
nasc. no  
Brasil  
nasc. no  
Brasil

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, **30/03/2020**

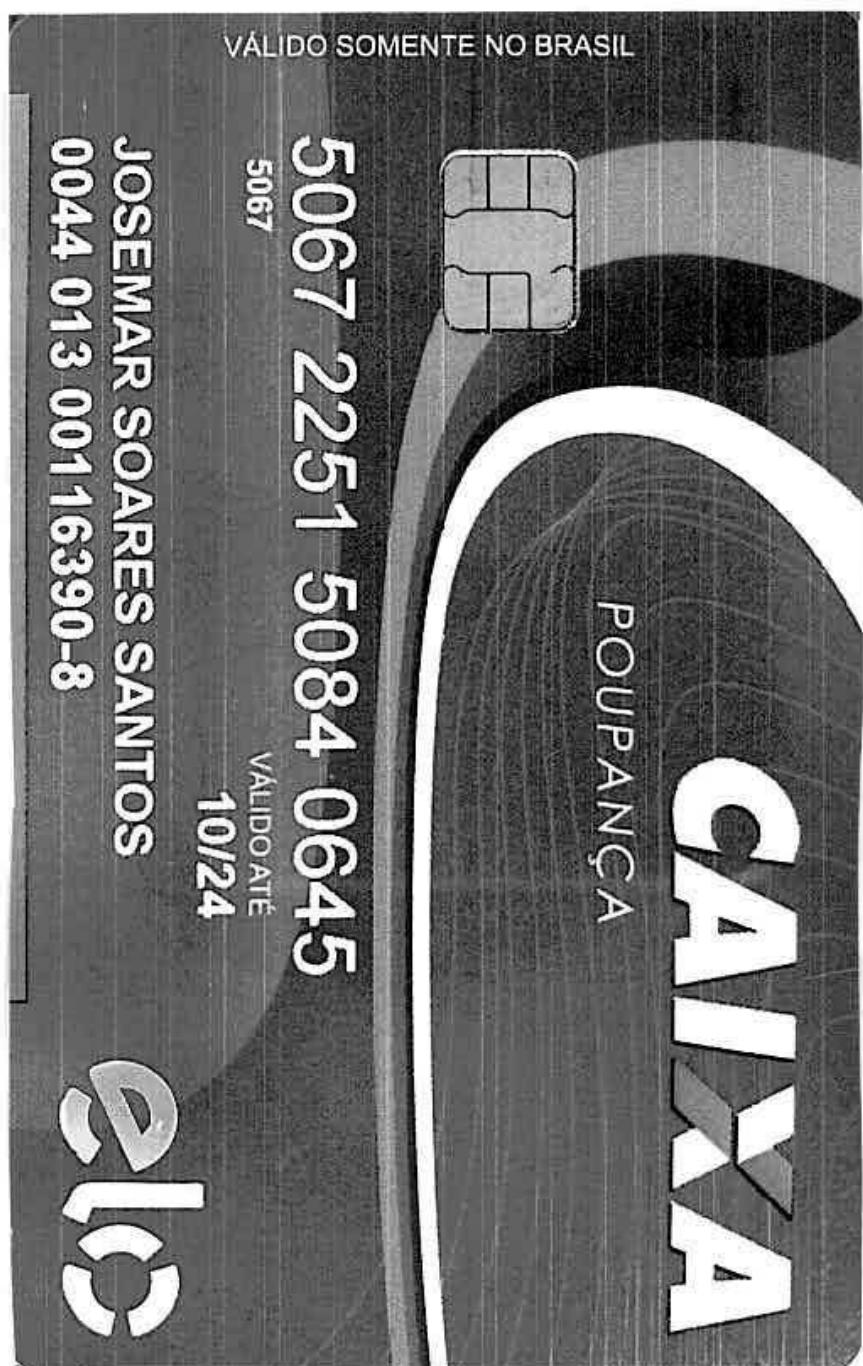
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02448.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02448.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:25 horas do dia 05 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **JOSEMAR SOARES DOS SANTOS**, RG nº 3880365 SSP/PB, CPF nº 117.129.244-94, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Ana Maria Soares e José Lindolfo dos Santos, nascido(a) em 30/05/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) R. São Sebastião, Nº 93, complemento Casa- B. Centro , tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado Público, na cidade de Capim/PB, telefone(s) para contato (83) 99345-8633.

### **Dados do(s) Fato(s):**

Local: R. São Sebastião, nº 93, Casa- B. Centro, Próximo Ao Mercado Público, Capim/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a motocicleta, HONDA/CG 125 FAN KS ano/mod. 2011, Cor: PRETA, placa: PEP2585/PE, chassi: 9C2JC4110BR718819, registrada no nome de Fabio José Gomes na Rua São Sebastião, no centro da Cidade de Capim/PB, onde um veículo efetuou uma sinalização para esquerda mais entrou a direita, fazendo com que o noticiante não conseguisse evitar a colisão, vindo a cair ao solo vindo a desmaiar, onde foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Estadual de Emergência e Taruma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e diagnosticado com Fratura de ossos malares e maxilares + fratura de mandíbula - CID: S 02.4 S02.6. conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Juan Jaime Alcobia Arce - CRM: 3332/PB.

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

João Pessoa/PB, 05 de março de 2020.

ADONIS COELHO REGADAS  
Agente de Investigação

JOSEMAR SOARES DOS SANTOS  
Noticiante

Procedimento Policial: 02448.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>  
Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 10



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sínistro ou ASL: **117.129.244-94** 3 - CPF da vítima: **117.129.244-94** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE GERALDO SOARES DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: <b>JOSE GERALDO SOARES DOS SANTOS</b>	6 - CPF: <b>117.129.244-94</b>		
7 - Profissão: <b>RECUSO</b>	8 - Endereço: <b>AV. SAO SEBASTIÃO</b>	9 - Número: <b>93</b>	10 - Complemento: <b></b>
11 - Bairro: <b>CENTRO</b>	12 - Cidade: <b>CAPIVARI</b>	13 - Estado: <b>SP</b>	14 - CEP: <b>58287000</b>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <b>(083) 987088728</b>	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: <b>0044</b> CONTA: <b>00116390 8</b>		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.			

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>26 - Vítima deixou companheiro(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos? <b>29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:</b>	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>31 - Vítima teve irmãos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:</b> <b>33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não</b>

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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.

34

Imigrante  
nascido  
no exterior  
Brasileiro  
nascido  
no exterior

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, **30/03/2020**

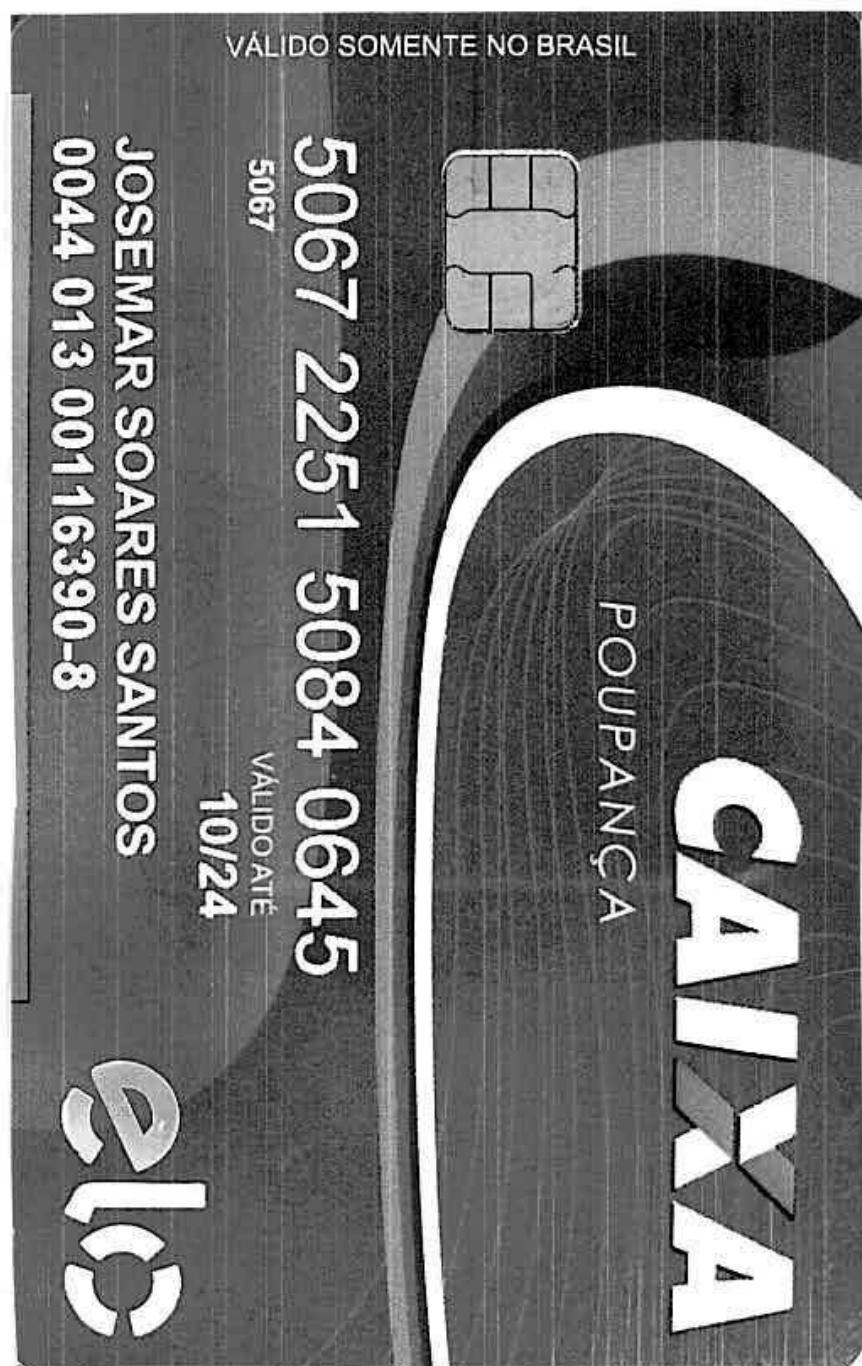
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>  
Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 12



Identificação do paciente						
ID 708786	Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS					
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26 anos 5 meses 27 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião			
Mãe ANA MARIA SOARES	Pai JOSE LINDOLFO DOS SANTOS					
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE					
DDD Celular 83	DDD Telefone					
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3880365	Nº Cns: 203578978080009				
Local de procedência CAPIM	Tipo MUNICIPIO UF PB					
	CBÓ/R					
Naturalidade RIO TINTO						
Endereço						
CEP 58287970	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro SÃO SEBASTIÃO, 30			
Número 96	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 04/11/2019 00:14:03	Número da pulseira 1000007293381	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	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 36seg

[Imprimir](#)



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000116390-8

---

Nr. da Autenticação C0C306A35A7ECC42



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>  
Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 14





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Paciente: **JOSEMAR SOARES DOS SANTOS**  
Data de nascimento: **30/05/1993**  
Mãe: **ANA MARIA SOARES**  
Endereço: **SAO SEBASTIÃO, 30, 95**  
Acidente: **VEICULO X MOTO**  
Data/Hora Classificação: **04/11/2019 00:14:03**

Idade: **26a 5m 5d**  
Sexo: **Masculino**  
Motivo: **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

BAE: **1201290**  
Sexo: **Masculino**  
Bairro: **CENTRO**  
Município: **CAPIM**  
Profissional: **ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES**

Data/Hora Entrada: **04/11/2019 00:14:03**  
CNS: **203578978080009**  
Data/Hora Prescrição: **04/11/2019 06:04:46**

UF: **PB**  
Número de Contato: **(83) 93458633**  
Pronthário: **5724/PB**  
Nº Cons. Regional: **5724/PB**

### ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA EM FACE E FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA. AVALIADO E LIBERADO PELA NCR, LIBERADO PELA GERAL APOS REALIZACAO DE TOT. AVALIADO PELA ORTOPEDIA QUAL SOLICITOU RX DE ANTEBRAÇO DIREITO. AO EXAME FÍSICO PACIENTE APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA EM REGIAO DE PARASSINFISE D, EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL, MOBILIDADE MAXILAR, LACERAÇÃO EM PALATO DURO, EPISTAXE, FCC EM REGIAO FRONTAL, TC COM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE MANDIBULA (PARASSINFISE D) + LEFORT II + OPN + PARASSAGITAL DE MAXILA CD. REALIZADO REDUCAO CIRURGICA DE FRATURA DE MANDIBULA EM CC SOB ANESTESIA GERAL APOS TOT, + ESTABILIZACAO DE PERIMETRO MAXILAR COM FIO DE ACO + SUTURA DE FERIMENTOS EM FACE E CAVIDADE ORAL + TNA. SEM INTERCORRENCIAS. SEGUO HEMODINAMICAMENTE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ANESTESIA. SOLICITO INTERNACAO SOLICITO EXAMES POS OPERATORIOS DE CONTROLE SOLICITO TC POS OPERATORIA PARA PLANEJAMENTO DE SEGUNDO TEMPO CIRURGICO PARA CORRECAO DE FRATURAS DE TERCO MEDIO FACIAL.

### DIETA

DIETA BRANDA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LÍQUIDO/PASTOSA (S/ RESÍDUOS))

### MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG 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  
EXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 6/6H

CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE 100ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA TÓPICA, 8/8H, (OBSERVAÇÕES: FAZER BOCHECHOS COM 10ML VZS AO DIA APOS ESCOVAS)

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VOMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 2,0)

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

### CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

AFERIR PA E FC

1- ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

### Conduta

Internar Paciente



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** Josemar Soares dos Santos

**DATA DE NASCIMENTO** 30/05/93

**NOME DA MÃE** Ana Maria Soares

### DADOS EXTRAÍDOS

**PRONTUÁRIO N.º** 119077

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1201290

**DATA DO ATENDIMENTO** 04/11/19

**HORA DO ATENDIMENTO** 00:14

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** Acidente de moto

**DIAGNÓSTICO (S)** Fratura de ossos malares e maxilares + fratura de mandíbula

**CID 10** S02.4 S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, em IOT, histórico de trauma facial, glasgow 3, pupilas isó/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical, face, tórax, abdome

### RESULTADOS DOS EXAMES:

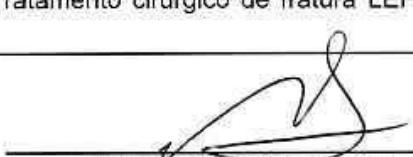
TC: sem patologia Neurocirúrgica. Fratura de mandíbula e complexo zigomático orbitário.

### TRATAMENTO:

Traqueostomia. Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula. Tratamento cirúrgico de fratura LEFORT II bilateral.

**ALTA HOSPITALAR:** 26/11/2019

**DATA DA EMISSÃO:** 07/02/2020

  
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





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**SEGUE  
o trabalho**

Enderço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	BAE <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26a 5m 5d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 93456633</b>
Mãe <b>ANA MARIA SOARES</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAPIM</b>	Prontuário
Endereço <b>SÃO SEBASTIÃO, 30, 95</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/11/2019 01:33:56</b>	Nº Cons. Regional <b>6628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/11/2019 00:14:03</b>			

### ANAMNESE

\*\*\*\*neurocirurgia\*\*\*\* ACIDENTE DE MOTO; TRAUMA PRINCIPAL EM FACE, FOI SEDADO E ENTUBADO PARA PROTEÇÃO DE VIA AÉREA (RELATO DE ESTAR CONSCIENTE) TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO, SEM SINAIS DE FRATURAS EM CALOTA CRANIANA; MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE INCLUSIVE MAXILA E MANDIBULA TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURAS CD (ALTA DA NEUROCIRURGIA) LIBERO PARA DEMAIS ESPECIALIDADES RETIRAR COLAR CERVICAL.

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ricardo Rodrigues de Carvalho  
Neurocirurgia  
CRM: 6628

Enfermeiro

**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**  
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	BAE <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada: <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26a 5m 5d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>
Mãe <b>ANA MARIA SOARES</b>		Município <b>CAPIM</b>	Telefone de Contato <b>(83) 93458633</b>
Endereço <b>SÃO SEBASTIÃO, 30, 96</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Profissional <b>EDUARDO MOTTA BRAGA</b>	Prontuário
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Data/Hora Prescrição <b>04/11/2019 00:33:23</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>04/11/2019 00:14:03</b>			Nº Cons. Regional <b>7253/PB</b>

### ANAMNESE

#CIR.GERAL PACIENTE DEU ENTRADA TRAZIDO PELO SAMU EM IOT, IMOBILIZADO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, HISTÓRICO DE TCE E TRAUMA FACIAL HÁ CERCA DE 04 HORAS. VIAS AEREAIS PERTURBADAS POR IOT, COLUNA CERVICAL IMOBILIZADA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA AR: MV+AHT S/RA, EM VM AC:BCNF S/SOPROS RCR 2T, ABDOME FLÁCIDO A PARI, A.O. BACIA ESTÁVEL, PAS>90MMHG ECG 3 (SEDADO), PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES LESÃO FACIAL E DE MAMMA. CONDUTA: 1) TC DE CRANIO E FACE, COLUNA CERVICAL, ABDOME E TORAX 2) EX. LAB. 3) SOLICITO PARECER DA NEURO/BMF

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

em observação

EDUARDO MOTTA BRAGA  
(: 7253/PB)

Enfermeiro:

EDUARDO MOTTA BRAGA  
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Endereço: Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA  
SEGUE  
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	1201290	04/11/2019 00:14:03	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
30/05/1993	Masculino	203578978080009	(83) 93458633
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
ANA MARIA SOARES	CENTRO	CAPIM	
Endereço	Motivo	Profissional	UF
SAO SEBASTIÃO, 30, 96	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	THYAGO DUAVY FERRER LIMA	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO		04/11/2019 01:52:41	9766/PB
Data/Hora Classificação			
04/11/2019 00:14:03			

**ANAMNESE**

\*\*\*\*\*CIRURGIA GERAL, \*\*\*\*\* ACIDENTE DE MOTO; TRAUMA PRINCIPAL EM FACE, FOI SEDADO E ENTUBADO PARA PROTEÇÃO DE VIA  
AÉREA (RELATO DE ESTAR CONSCIENTE) TOMOGRAFIA DE ABDOMEM SEM EVIDÊNCIA DE LESÃO DE ÓRGÃO ABDOMINAL OU  
LÍQUIDO LIVRE. CD> ALTA DA CIRURGIA GERAL, LIBERO PARA DEMAIS ESPECIALIDADES.

**Conduta**

Em observação

Enfermeiro

Thyago Duavy Fárrer  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PB: 9766  
CRM-DENT: 32-5129

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39

04/11/2019 01:52:41

f1





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	BAE <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26a 5m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>
Mãe <b>ANA MARIA SOARES</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAPIM</b>
Endereço <b>SAO SEBASTIÃO, 30, 96</b>			Profissional <b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Data/Hora Prescrição <b>04/11/2019 01:33:56</b>
Data/Hora Classificação <b>04/11/2019 00:14:03</b>			

#### **SINAIS VITAIS**

Pressão Arterial Sistólica: <b>110.00</b>	Pressão Arterial Diastólica : <b>70.00</b>	Frequência Cardíaca: <b>68.00</b>	Frequência Respiratória: <b>20.00</b>
Temperatura Corporal: <b>36.00</b>	Saturação (spO2): <b>98.00</b>	Hemoglicose (HGT):	Cor da Pele: <b>NORMAL</b>
Peso:	Altura (m): <b>0</b>		

#### **ANAMNESE**

\*\*\*\*neurocirurgia\*\*\*\* ACIDENTE DE MOTO; TRAUMA PRINCIPAL EM FACE, FOI SEDADO E ENTUBADO PARA PROTEÇÃO DE VIA AÉREA (RELATO DE ESTAR CONSCIENTE) TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO, SEM SINAIS DE FRATURAS EM CALOTA CRANIANA; MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE INCLUSIVE MAXILA E MANDÍBULA TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURAS CD> ALTA DA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA DEMAIS ESPECIALIDADES RETIRAR COLAR CERVICAL.

#### **Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**  
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: MARIO CARTAXO FILHO  
Em: 18/11/2019 23:44:46

Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>	Prontuário <b>119077</b>
Tempo de Internação <b>14d 11h 23min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>NOTURNO</b>
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>14d 23h 30min</b>		Permanência no Leito: <b>4d 5h 44min</b>

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MARIO CARTAXO FILHO - 18/11/2019 23:44:28)

#### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

##### PROCEDIMENTO:

##### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEM SEDAÇÃO, EM ANALGESIA COM FENTANIL, ABRE OS OLHOS TRAQUEOSTOMIZADO E EM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, APRESENTANDO PICOS FEBRIS, DIURESE SATISFAKTÓRIA, BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA.  
DIURESE 12H=1200 MLBH=+596 ML

#### **MOTIVOS DE INTERNAÇÃO**

1.: TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL      2.: TRAQUEOSTOMIA  
4.: LEPORT II      5.: PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

3.: FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSÍNFISE D

#### **MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)**

1.: VM      2.: MONITORIZAÇÃO

#### **DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA**

1.: NEGA

#### **IMPRESSÃO CLÍNICA**

##### DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, TRAQUEOSTOMIZADO, HEMODINAMICA ESTAVEL SEM VASOATIVOS, ANALGESIA CONTINUA.

#### **ANTIBIÓTICOS**

1.: TAZOCIM

#### **SONDAS, DRENOS E CATETERES**

1.: SVD      2.: AVC      3.: TQT  
4.: SNE

#### **CHECAGEM DE METAS**

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS  
RELAÇÃO PAO2/FI02 (MMHG): 290      ESCALA DE RASS: -2 SEDAÇÃO LEVE

#### **SISTEMA RESPIRATÓRIO**

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA      FR: 15.00      SECREÇÕES: AUSENTES-MÍNIMAS

<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>
Tempo de Internação <b>14d 11h 23min</b>		Convênio <b>SUS</b>	
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>14d 23h 30min</b>	

FC: 73,00

PA: 144/85

SPO<sub>2</sub>: 98,00

EVOLUÇÃO:

**SISTEMA NEUROLÓGICO**

AO: DOR 2

RV: NÃO FALA 1

RM: RETIRADA A

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

LAUDO TC CRÂNIO

**SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL**

DIETA: ENTERAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

**SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO**

EVOLUÇÃO:

FERIDA: FACE

**EVOLUÇÕES FINAIS**

CONCLUSÕES:

- CUIDADOS INTENSIVOS
- SOLICITO EXAMES PARA AMANHÃ

DIARISTA: DR. LAECIO

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009  
 Profissional responsável pela informação: MARIO CARTAXO FILHO

Nº



**Hospital Estadual de Emergência e Trauma**

Senador Nogueira Lucena

**SEGUE  
o trabalho**Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262Impresso por: CLAUDIO DE PAULA ARAUJO  
Em: 16/11/2019 08:38:50

Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>
Tempo de Internação <b>11d 20h 17min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>12d 8h 24min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 14h 38min</b>

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (CLAUDIO DE PAULA ARAUJO - 16/11/2019 08:38:32)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE****PROCEDIMENTO:****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

Paciente procedente da Sala Vermelha/Enfermaria.

Histórico de acidente há 10 dias. Realizou correção de fratura exposta mandíbula e traqueostomia. Seguia na enfermaria; Nodia 14/11 apresentou PCR, súbita, possivelmente devido a obstrução traqueal. Sendo submetido a RCP (não documentado ritmo e tempo), com RCE;

Após RCE, apresentou vários episódios de crises convulsivas subentrantes.

Segue sob analgesia, em VMI, TQT. Macrohemodinâmica estável, sem uso de drogas vasoativas. Com enfisema subcutâneo, TC tórax evidenciando pneumomediastino. Diurese efetiva, bom volume urinário pela SVD, sem grumos.

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO**

1. TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL      2. TRAQUEOSTOMIA      3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE D  
4. LEFORT II      5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

**MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)**

1. VM      2. MONITORIZAÇÃO

**DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA**

1. NEGA

**IMPRESSÃO CLÍNICA****DESCRIÇÃO:**

PACIENTE GRAVE, TRAQUEOSTOMIZADO, HEMODINAMICA ESTAVEL SEM VASOATIVOS, SEDOANALGESIA CONTINUA.

**ANTIBIÓTICOS**

1. TAZOCIM

**SONDAS, DRENOS E CATETERES**

1. SVD      2. AVC      3. TQT  
4. SNE

Assinatura de Cláudio de Paula Araújo  
Data assinatura: 16/11/2019  
CRM: 10932 - PE  
MÉDICO

**CHECAGEM DE METAS**

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

RELAÇÃO PAO2/FIO2 (MMHG): 290

ESCALA DE RASS: -3 SEDAÇÃO MODERADA

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Dat
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>	Pro <b>119</b>
Tempo de Internação <b>11d 20h 17min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Pla	DIL
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>12d 8h 24min</b>	Per	<b>1d</b>

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA FR: 15.00 SECREÇÕES: AUSENTES

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**PC: 77.00 PA: 117x62 SPO<sub>2</sub>: 98.00

EVOLUÇÃO:

**SISTEMA NEUROLÓGICO**AO: DOR 2 RV: NÃO FALA 1 RM: RETIRADA À DOR —  
EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO , TC CRÂNIO PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS LAUDO TC CRÂNIO: NC**SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL**

DIETA: ENTERAL EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

**SISTEMA TOXICO/INFECCIOSO**

EVOLUÇÃO: FERIDA: FACE LACTATO SÉRICO: 1.1

**SISTEMA RENAL/METABÓLICO**

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): 1260.00 DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: 1800.00 EVOLUÇÃO:

**EVOLUÇÕES FINAIS**

CONCLUSÕES:

- CUIDADOS INTENSIVOS
- SEDAÇÃO MANTIDA ATÉ 16/11 -> DEVIDO PCR E CRISE CONVULSIVA
- REPETIR TC 48H POR RECOMENDAÇÃO DA NCR ( 16/11)
- FENITOÍNA COMO PROFILAXIA

DIARISTA: DR. LAECIO

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009  
Profissional responsável pela informação: CLAUDIO DE PAULA ARAUJO

Número:





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

Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO HAROLDO LEITE DE SOUSA MANGUEIRA

Em: 15/11/2019 17:37:47

Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>203578978080009</b>
Tempo de Internação <b>11d 5h 16min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>11d 17h 23min</b>	Permanência no Leito: <b>23h 37min</b>

### Evolução do Paciente (Francisco Haroldo Leite de Sousa Mangueira - 15/11/2019 17:37:34)

#### **Evolução do Paciente**

##### **Procedimento:**

##### **Descrição da Evolução:**

Paciente procedente da Sala Vermelha/Enfermaria. Histórico de acidente há 10 dias. Realizou correção de fratura exposta mandíbula e traqueostomia. Seguia na enfermaria; Nodia 14/11 apresentou PCR, súbita, possivelmente devido a obstrução traqueal. Sendo submetido a RCP (não documentado ritmo e tempo), com RCE; Após RCE, apresentou vários episódios de crises convulsivas subentrantes. Segue sob analgesedação, em VMI,TQT. Macrohemodinâmica estável, sem uso de drogas vasoativas. Com enfisema subcutâneo, TC tórax evidenciando pneumomediastino. Diurese efetiva, bom volume urinário pela SVD, sem grumos.

#### **Motivos de Internação**

1. TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL      2. TRAQUEOSTOMIA      3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE D  
4. LEFORT II      5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

#### **Motivo de permanência (Intercorrências)**

1. VM      2. MONITORIZAÇÃO

#### **Doença Mórbida / Previa**

1. Nega

#### **Sondas, Drenos e Cateteres**

1. SVD      2. AVC      3. TQT  
4. SNE

#### **Checagem de Metas**

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

RELAÇÃO PAO2/FI02 (MMHG): 290      ESCALA DE RASS -3 SEDAÇÃO MODERADA

#### **Sistema Respiratório**

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA      FR: 15,00      SECREÇÕES: NENHUM

#### **Sistema Cardiovascular**

FC: 98,00      PA: 134x89      SPO2: 98,00

#### **Evolução:**

#### **Sistema Neurológico**

AO: DOR 2      RV: NÃO FALA 1      RM: RETIRADA À DOR 4

Name <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>	Prom. <b>119C</b>
Tempo de Internação <b>11d 5h 16min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plan. <b>DIU</b>	
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>11d 17h 23min</b>		Perr. <b>23h</b>

## EVOLUÇÃO SEDAÇÃO , TC CRÂNIO

### PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

**LAUDO TC CRÂNIO: NOR**

## SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

### DIETA: ENTERAL

## EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

## SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

## EVOLUÇÃO:

FERIDA FACE

LACTATO SÉRICO: 11

## SISTEMA RENAL / METABÓLICO

DIURESE PARA ITI/MAS 24HS. 1000-00

## EVOLUÇÃO:

## EVOLUÇÕES FINAIS

## CONCLUSÕES

- CUIDADOS INTENSIVOS
- SEDAÇÃO MANTIDA ATÉ 16/11 -> DEVIDO PCR E CRISE CONVULSIVA
- REPETIR TC 48H POR RECOMENDAÇÃO DA NCR ( 16/11)
- FENITOÍNA COMO PROFIL AXIA

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO HAROLDO LEITE DE SOUSA MANGUEIRA

### Número

Dr. Haroldo L. S. Marques  
Médico - CRM-PB 6797  
Terapia Intensiva





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Serodona - Humaniza - Luta contra

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

Tel: 32185700 - CNES: 2593262

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

Impresso por: LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA  
Em: 14/11/2019 18:45:17

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 10d 6h 24min		Convênio SUS	Prontuário 119077
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 10d 18h 31min	Plantão DIURNO
			Permanência no Leito: 45min

**Evolução do paciente (LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA - 14/11/2019 18:44:47)**

**Evolução do paciente**

**PROCEDIMENTO:**

**Descrição da evolução:**

Paciente procedente da Sala Vermelha/Enfermaria.

Histórico de acidente há 10 dias. Realizou correção de fratura exposta mandíbula e traqueostomia. Seguia na enfermaria; hoje apresentou PCR, súbita, possivelmente devido a obstrução traqueal. Sendo submetido a RCP (não documentado ritmo e tempo), com RCE;

Após RCE, apresentou vários episódios de crises convulsivas subentrantes.

Segue sob analgesia, em VMI,TQT. Macrohemodinâmica estável, sem uso de drogas vasoativas. Com enfisema subcutâneo, TC tórax evidenciando pneumomediastino. Diurese efetiva, bom volume urinário pela SVD, sem grumos.

**Motivos de internação**

1. TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL  
4. LEFORT II

2. TRAQUEOSTOMIA

5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE

**Motivo de permanência (intercorrências)**

1. VM

2. MONITORIZAÇÃO

**Doença mórbida / prévia**

1. Nega

**Sondas, drenos e cateteres**

1. SVD

2. AVC

3. TQT

4. SNE

**Checkagem de metas**

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

ESCALA DE RASS: -3 SEDAÇÃO MODERADA

**Sistema Respiratório**

ESPONTÂNEA SOB TRAQUEOSTOMIA

SECREÇÕES: NENHUM

**Sistema Neurológico**

AO: DOR 2

RV: NÃO FALA 1

RM: MRM 1

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

LAUDO TC CRÂNIO: NORMAL

**Sistema Digestivo/Nutricional**



Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>
Tempo de Internação <b>10d 6h 24min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plano <b>DIL</b>
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>10d 18h 31min</b>	Pesquisa <b>45</b>

**EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO**

**EVOLUÇÕES FINAIS**

**CONCLUSÕES:**

- ROTINA ADMISSIONAL
- SEDAÇÃO
- REPETIR TC 24/48H
- FENITOÍNA

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009  
Profissional responsável pela informação: LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA

Dr.

Número



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>

Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 29



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 5/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA  
Em: 17/11/2019 09:46:15

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	Prontuário 119077
Tempo de Internação 12d 21h 25min		Convênio SUS	Plano DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 13d 9h 32min	Permanência no Leito: 2d 15h 46min

**EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 17/11/2019 09:46:11)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE OBSTRUÇÃO DE TRAQUEOSTOMO, APRESENTOU CONVULSÃO SEGUÍDO DE PCR COM RCP. EM 4 PO DE OSTEOSÍTESE DE FRATURA COMPLEXA EM TERÇO MÉDIO. EFG: MEG, SEDADO PORÉM RESPONSIVO À ESTÍMULOS. EFEÓ: SUTURAS EM POSIÇÃO. TNA EM POSIÇÃO, SONDA ENTERAL EM POSIÇÃO POR VIA ORAL. EFIO: SEM DÉBITOS OU SINAIS DE INFECÇÃO OSTEOSÍTESE EM POSIÇÃO (TC).

CD:

- 1) AV+OT
- 2) REMOVIDO TNA E SUTURAS (SUPERCILIO)
- 3) ACOMPANHAMENTO BMF
- 4) SEM CONTRAINDICAÇÃO DE SNE, PELA BMF
- 5) SOLICITO PARECER DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR
- 6) AOS CUIDADOS DA UTI

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009  
Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

BRUNO DA SILVA MESQUITA  
CRO-PB 5126  
CRO-PB 5126



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>

Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 30



Nome	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	1201290	04/11/2019 00:14:03	
Data de nascimento	Idade		
30/05/1993	26		
Sexo			
Masculino	CNS	203578978080009	Prontuário 119077
Tempo de Internação	Convênio		Plantão DIURNO
10d 19h 59min	SUS		Permanência no Leito: 14h 20min
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:	
04/11/2019 00:14:03	04/11/2019 12:21:35	11d 8h 6min	

**EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 15/11/2019 08:17:48)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE OBSTRUÇÃO DE TRAQUEOSTOMO, APRESENTOU CONVULSÃO SEGUÍDO DE PCR COM RCP

EFG: MEG, SEDADO PORÉM RESPONSIVO À ESTÍMULOS

EFEQ: SUTURAS EM POSIÇÃO, TNA EM POSIÇÃO, SONDA ENTERAL EM POSIÇÃO POR VIA ORAL

EFIO: SEM DÉBITOS OU SINAIS DE INFECÇÃO

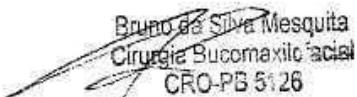
OSTEOSSÍNTESE EM POSIÇÃO (TC)

CD:

- 1) AV+OT
- 2) DISCUTO REMOÇÃO DE TNA COM PROGRAMAÇÃO DE REMOÇÃO PARA AS PRÓXIMAS 24H
- 3) ACOMPANHAMENTO BMF
- 4) AOS CUIDADOS DA UTI

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009  
Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

  
Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgia Bucoraxilofacial  
CRO-PB 5126





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: ADRIANO DUARTE QUINTANS  
Em: 14/11/2019 07:28:08

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade: 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009	Prontuário 119077
Tempo de Internação: 9d 19h 7min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 10d 7h 14min		Permanência no Leito: 8d 16h 56min

**Evolução Médica (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 14/11/2019 07:28:02)**

**Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da Evolução:

PACIENTE EM PODE CIRURGIA DE OSTEOSÍNTSE DE FRATURA LEFORT II SOB ANESTESIA GERAL. INSTALADA SNE PARA PROFILAXIA DE INFECÇÃO, O PRÓPRIO PACIENTE REMOVEU A SNE. EM DIETA LIQUIDA PASTOSA E ORIENTAÇÃO DE HIGIENE ORAL RIGOROSA.

CD:  
1-VPM

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003  
Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442





Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Bolema de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009	Prontuário 119077
Tempo de Internação 8d 1h 7min			Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 8d 13h 14min		Permanência no Leito: 6d 22h 56min

**EVOLUÇÃO MEDICA (OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA - 12/11/2019 12:35:25)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da Evolução:

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSÍNTSE DE FRATURA LEFORT II SOB ANESTESIA GERAL. HOUVE COMUNICAÇÃO NA FISSURA PALATINA QUE FOI SUTURADA E INSTALADA SONDA NASOENTERAL. O PRÓPRIO PACIENTE REMOVEU A SONDA NSE. SERÁ REINSERIDA APÓS A RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA.

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003  
Profissional responsável pela informação: OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA

Número Conselho: 4143

Dr. Olavo Hoston  
Dir. Bucal-Maxilo-Facial  
CRM 4143





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA  
Em: 10/11/2019 08:29:26

Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>
Tempo de Internação <b>5d 20h 8min</b>		Convenio <b>SUS</b>	Plantão: <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade <b>6d 8h 15min</b>	Permanência no Leito: <b>4d 17h 57min</b>

### Evolução médica (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 10/11/2019 08:29:15)

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM PO DE OSTEOSÍNTESE DE MANDÍBULA AGUARDANDO SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO PARA ABORDAGEM EM TERÇO MÉDIO

EFG: BEG, CONTACTUANTE, EUPNEICO, DEAMBULANTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE, REFERE DIFICULDADE PARA DEFECAR HÁ 6 DIAS ASSOCIADO A DOR ABDOMINAL

EFEO: TQT, ESCORIÇÕES E SUTURA EM FACE SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EDEMA EM REGRESSÃO, DOR EM REGIÃO TORÁCICA

EFIO: SUTURA EM POSIÇÃO, AMARRIA TRANSPALATINA EM POSIÇÃO, HIGIENE REGULAR

CD:

- 1) AV+OT
- 2) PRESCRIÇÃO
- 3) ACOMPANHAMENTO BMF
- 4) EM AVALIAÇÃO PELA CM

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA  
Em: 09/11/2019 07:20:23

Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>	Prontuário <b>119077</b>
Tempo de Internação <b>4d 18h 59min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>5d 7h 6min</b>		Permanência no Leito: <b>3d 16h 48min</b>

### Evolução Médica (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 09/11/2019 07:12:24)

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM PO DE OSTEOSÍNTESE DE MANDÍBULA AGUARDANDO SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO PARA ABORDAGEM EM TERÇO MÉDIO

EFG: BEG, CONTACTUANTE, EUPNEICO, DEAMBULANTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE, REFERE DIFICULDADE PARA DEFECAR HÁ 6 DIAS

EFEVO: TQT, ESCORIÇÕES E SUTURA EM FACE SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EDEMA EM REGRESSÃO, DOR EM REGIÃO TORÁCICA

EFIO: SUTURA EM POSIÇÃO, AMARRIA TRANSPALATINA EM POSIÇÃO, HIGIENE REGULAR

CD:

1) AV+OT

2) PRESCRIÇÃO

3) SOLICITO PARECER CM / CG

4) SOLICITO RX DE TÓRAX

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

*Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgião-Dentista - Ortopedista Facial  
CRM-PB 5126*





## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: ADRIANO DUARTE QUINTANS  
Em: 07/11/2019 07:49:00

Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>	Prontuário <b>119077</b>
Tempo de Internação <b>2d 19h 28min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>3d 7h 35min</b>		Permanência no Leito: <b>1d 17h 17min</b>

EVOLUÇÃO MEDICA (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 07/11/2019 07:48:55)

## EVOLUÇÃO

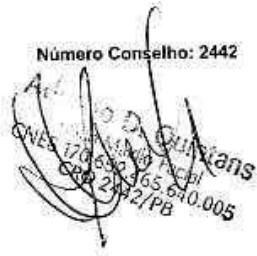
## PROCEDIMENTO

## DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE CURSANDO COM TRAUMA EM FACE E FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA. AVALIADO E LIBERADO PELA NCR. LIBERADO PELA GERAL APOS REALIZACAO DE TQT. AVALIADO PELA ORTOPEDIA A QUAL SOLICITOU RX DE ANTEBRACO DIREITO. AO EXAME FISICO PACIENTE APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA EM REGIAO DE PARASSINFISE D, EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL, MOBILIDADE MAXILAR, LACERAÇÃO EM PALATO DURO, EPISTAXE, FCC EM REGIAO FRONTAL. TC COM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE MANDIBULA (PARASSINFISE D) + LEFORT II + OPN + PARASSAGITAL DE MAXILA REFERE DORES INTENSAS NA REGIAO TORACICA E DE ABDOMEN CD: REALIZADO REDUCAO CIRURGICA DE FRATURA DE MANDIBULA EM CC SOB ANESTESIA GERAL APOS TQT, + ESTABILIZACAO DE PERIMETRO MAXILAR COM FIO DE ACO + SUTURA DE FERIMENTOS EM FACE E CAVIDADE ORAL + TNA. SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA PLANEJAMENTO DE SEGUNDO TEMPO CIRURGICO PARA CORRECAO DE FRATURAS DE TERCO MEDIO FACIAL APOS MELHORA CLINICA NO MOMENTO CURSANDO COM EDEMA DIFUSO EM FACE, SUTURAS EM POSIÇAO . TQT, TNA EM POSIÇAO , SEM QUEIXAS DE DOR AGUARDA MELHORA CLINICA. AGUARDA PARECER DA TORACICA.

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003  
Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
SÃO PAULO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTSHU

NOME:	JOSEMAR SOARES DOS SANTOS			BE/PRONTUÁRIO	1201290
IDADE:	26a	SEXO:	MASCULINO	COR:	DATA: 04/11/2019
CLÍNICA /SETOR:	BMF			EMP:	LR:
CIRURGIA:	OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DE MANDIBULA				
CIRURGIÃO:	ANA KARINA TORMES	1º ASS:	OTAVIO GRISI		
2º ASS:	ARNALDO JR	3º ASS:	ADRIANA TELES		
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA:				
TIPO DE ANESTESIA:	GERAL	HORÁRIO	INÍCIO: 01:20	TÉRMINO: 05:40	

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
OSTEOSSÍTESE DE FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO: -

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: -

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA  ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: ANA KARINA TORMES DATA: 04/11/2019

*ANITA TORMES*

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Wesley Soares dos Santos BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: (  ) Masculino (  ) Feminino Cognome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Clínica/Sector: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Procedimento: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 Cirurgião: Dr. Thyago Souza \_\_\_\_\_ 1º Assistente: Dr. Thyago Souza \_\_\_\_\_  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 2º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de molar 1</u>	
<u>molar 2</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código

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

Biópsia de Congelação: (  ) Sim (  ) Não  
 Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:  
 (  ) Enfermaria (  ) Terapia Intensa (  ) Residência (  ) Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

# DESCRICAO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Bränta em 107, sedoch e en 004  
anpassa i hulten sin  
Anpassa all kompetens  
Ingefär' em all hulta em 11

### Incisão:

When we now try to see it is often also external.

Steentew per plan

### Achados:

Albertus għiex minn is-saġġiex sas-jiddu  
collo waċċav idu hawn is-saġġiex u  
i-piċċiex minn idu saliex

### Conducts:

## Reversal of Minnabosin

Went to the library on Saturday

### **Fechamento:**

### Observación:

João Pessoa

Médico/CRM:

ECON)



1982-83 Session 563063







Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: YURI LEITE ELOY  
Em: 23/11/2019 08:33:02

Nome	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	1201290	04/11/2019 00:14:03	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
30/05/1993	26	Masculino	203578978080009 119077
Tempo de Internação		Convênio	Plantão
18d 20h 12min		SUS	DIURNO
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:	Permanência no Leito:
04/11/2019 00:14:03	04/11/2019 12:21:35	19d 8h 19min	8d 14h 33min

### Evolução do Paciente (YURI LEITE ELOY - 23/11/2019 08:32:49)

#### Evolução do Paciente

##### Procedimento:

##### Descrição da Evolução:

##### # Diagnóstico:

- 1.- TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL
- 2.- Ratura Exposta Mandíbula Parassínfise D
- 3.- PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

Sinais vitais:  
PA: 119/67 FC: 51bpm FR: 13irpm SATO2: 100% TEMP: 36.3

##### Dispositivos:

SNE / AVC / SVD

DIETA: oral EVACUAÇÕES: sem registro

ANTIMICROBIANOS: Pipe-tazo

PROFILAXIAS: clexane

SEDAÇÃO / ANALGÉSIA: Fentanil (5ml/h)

DVA / INOTRÓPICO:

OUTRAS INFUSÕES: Hidratação Venosa

##### Controles:

FEBRE: não DISGLICEMIAS: não  
DIURESE: 4000ml/24h BH: -1538

EXAMES: HB 23/11 10.3 LEUCO 5.590 PLAQ 459 UREIA 15 CREAT 1.29 Na 139 3.5 K 2.0 Mg 8.6 Ca 12 PCR

GASO: pH 23/11 pO2 pCO2 HCO3 P/F

AO EXAME: REG, consciente, desorientado, AAA, eupneico, hipocorado

AR: MV+ EM AHT S/RA

ACV: BNF C/ RCR EM 2T S/S

ABDOME: plano, flácido, indolor, sem peritonismo, RHA reduzidos

NEURO: Pupilas IsoFoto, CPOT: zero, ECG: 15

EXT: bem perfundidas, ausência de edema, TEC < 3seg, panturrilhas livres

IMPRESSÃO CLÍNICA: Paciente clinicamente bem, evoluindo com melhora do quadro clínico e sem intercorrências clínicas. Respirando espontaneamente sem desconforto, em processo de decanulação.

##### COND:

- 1.- SUPORTE E CUIDADOS INTENSIVOS
- 2.- MANTENHO ALTA HOSPITALAR

#### Checagem de Metas

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE ESCALA DE RASS: NENHUM

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753  
Número do documento: 20052812543089500000029825753

23/11/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataIni=

Nome: <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>		Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	Idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>
Tempo de Internação <b>18d 20h 12min</b>		Convênio <b>SUS</b>	
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade: <b>19d 8h 19min</b>	

#### SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

SECREÇÕES: NENHUM

#### SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE CC

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

#### SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

#### SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA , ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA

#### EVOLUÇÕES FINAIS

DIARISTA DR. LAECIO

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009  
Profissional responsável pela informação: YURI LEITE ELOY

Núm:

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataIni=



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>  
Número do documento: 20052812543089500000029825753

Num. 31074774 - Pág. 43



Nome <b>JOSEMAR SOARES DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1201290</b>	Data/Hora Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data/Hora Saída	
Data de nascimento <b>30/05/1993</b>	idade <b>26</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>203578978080009</b>	Prontuário <b>119077</b>
Tempo de Internação <b>16d 23h 20min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>04/11/2019 00:14:03</b>	Data Internação <b>04/11/2019 12:21:35</b>	Permanência na Unidade <b>17d 11h 27min</b>		Permanência no Leito: <b>6d 17h 41min</b>

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ROBERTO RAMOS LEITAO FILHO - 21/11/2019 11:40:57)**

*D: Roberto Ramos Leitão Filho  
Med: 10/11/2019 10:01:51  
GMI: 00000 - CRM: 00000*

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

**PROCEDIMENTO:**

**DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

- # TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL;
- # FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSÍNFISE D;
- # LEFORT II;
- # PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA;

Paciente evolui estável, consciente e orientado, em ar ambiente, traqueostomia ocluída, mas ontem apresentou 2 episódios eméticos em grande quantidade, no entanto sem demais queixas.

Hemodinâmica estável.

Diurese preservada e abundante.

Dieta oral.

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO**

- 1. TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL
- 2. TRAQUEOSTOMIA
- 3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSÍNFISE D
- 4. LEFORT II
- 5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

**MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)**

- 1.: VM
- 2.: MONITORIZAÇÃO

**DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA**

- 1.: NEGA

**ANTIBIÓTICOS**

- 1. TAZOCIN

**SONDAS, DRENOS E CATETERES**

- 1. SVD
- 2. AVC
- 3. TQT
- 4. SNE

**CHECAGEM DE METAS**

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

ESCALA DE RASS: NENHUM

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

ESPONTÂNEA SOB TRAQUEOSTOMIA

SECREÇÕES: NENHUM

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**

16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataInicial=21/11/2019 11:40:57&dataFinal=21/11/2019 11:41:13

1/2



NOME: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO: 1201290  
 IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_  
 CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA LEFORT II  
 CIRURGIANO: DR OLAVO HOSTON 1º ASS: \_\_\_\_\_  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA LEFORT II		S02.4

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA LEFORT II BILATERAL		

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

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: *Dr. Olavo Hoston* DATA: 12/11/2019  
*Dr. Bruno Marinho-Facch*  
*12/11/13*



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	
1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL	
2. ANTISSEPSIA INTRA E EXTRA ORAL	
3. POSICIONAMENTO DOS CAMPOS OPERATÓRIOS	
4. ANESTESIA DO NERVO ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR E INFRAORBITÁRIO BILATERAL MAIS INFILTRATIVA	
5. ACESSO INTRA ORAL TIPO LE FORT I	
6. DESCOLAMENTO E DESLOCAMENTO MUCOPERIOSTEAL	
7. REDUÇÃO DA FRATURA COM FORCEPS DE ROWE E GOTEIRA PALATINA	
8. BLOQUEIO MAXILO MANDIBULAR (BMM)	
9. OSTEOSÍNTESE DAS FRATURAS COM O MATERIAL DE SÍNTESE DO SISTEMA 2.0 BEMMED: 14 PARAFUSOS AUTOROSCANTE 2.0X13MM; 4 PARAFUSOS AUTOROSCANTE 2.0X11MM; 2 PARAFUSOS AUTOROSCANTE 2.0X15MM; 2 PARAFUSOS AUTOPERFURANTES 2.0X17MM USADOS PARA FIXAÇÃO DA GOTEIRA; 4 PARAFUSOS DE AMARRAÇÃO 2.0X11MM; 01 MINIPLACA RETA 4 FUROS FINE; 01 MINIPLACA QUADRADA 2.2 FUROS FINE; 01 MINIPLACA RETA BSSO 4 FUROS COM PONTE 5 MM; 01 MINIPLACA T 6 F FINE	
Conduta:	
10. IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SORO FISIOLÓGICO, REMOÇÃO DO BMM E SUTURA	
11. SONDA NASOGÁSTRICA E TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR	
12. CURATIVO	
13. AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ANESTESIA E ENFERMAGEM	
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

Dr. Clávio Hoashi  
Cir. Buc-Maxilo-Facial  
CRM: 4143

João Pessoa,

12/11/2019



## Nota de Sala Cirúrgica

三

para devol. 101

BR 1512.0. Ben med (01)

Красноб. птическое 2013 гг. (14)

3.0 x 15 mm (02)

"Autophytomie" 0.017 mm (104)  
"Microphytome" 0.017 mm (102)

~~sumplaca recta 4 fueros fine (01)~~  
~~sumplaca cuadrada 2.2. Fine Fine 1011~~

Placa ruta BSS. 4 Fueron el Punto 5 en la ...

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31





## HOSPITAL DE E

**PACIENTE**

DATA DO:  
Nº PRONT  
MÉDICO ( )  
DIAGNÓS  
PROCEDII

SEMPRE  
NECESS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005281254308950000029825753>  
Número do documento: 2005281254308950000029825753

Num. 31074774 - Pág. 50



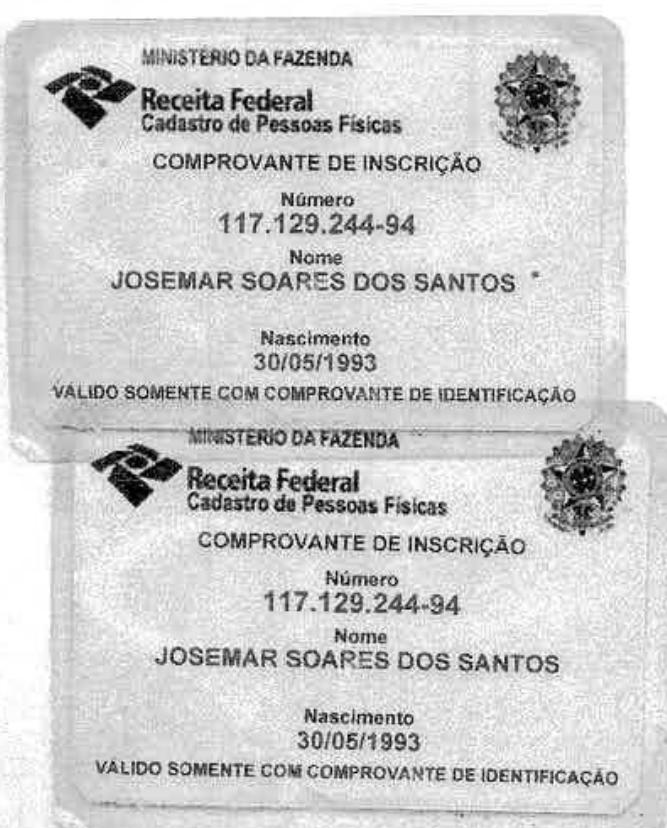
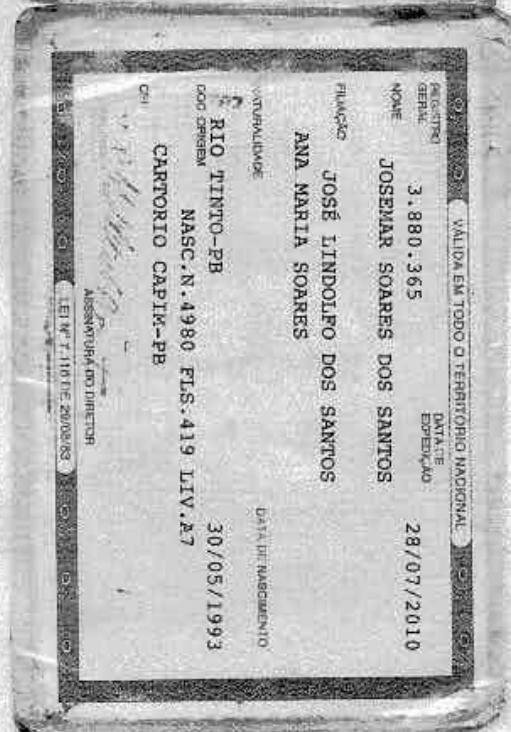
Documento de Alta

<b>Nome:</b> JOSEMAR SOARES DOS SANTOS			<b>Número Prontuário:</b> 119077
<b>Data de Nascimento:</b> 30/05/1993	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 04/11/2019 12:21:35	<b>Data de Alta:</b> 26/11/2019 10:57:32
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> Alta Hospitalar			
<b>Resumo da Internação:</b> Paciente deu entrada neste serviço após acidente automobilístico, tendo trauma de face trauma de mandíbula com fratura exposta. Sendo submetido a traqueostomia internação em unidade de terapia intensiva correção cirúrgica. Após resolução do tratamento cirúrgico, e estabilidade clínica recebeu alta para enfermaria, aguardando término de atb terapia. No momento, atb terapia concluída, paciente assintomático, com melhora clínica.			
<b>Resultado de Exames:</b>			
<b>Tratamento:</b>			
<b>Diagnóstico:</b> S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
<b>Recomendações:</b> - Acompanhamento ambulatorial com o Bucamaxilo no HTOP - Retorno imediato se sinais de piora/alarme			

Data: 26/11/2019

Dr. Matheus Agra  
Médico  
CRM-PB-11597  
MATHEUS AGRA LUCAS MACEDO  
CRM: 11597 - PB





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 12:54:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052812543089500000029825753>  
 Número do documento: 20052812543089500000029825753