



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
31074774	28/05/2020 12:54	2722507_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012565107295

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 24317224461

VIA 1 COD. RENAVAM 327358343 RNTRC *****

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

CPF/CNPJ 072.611.534-75 PLACA PEP2585

NOME ANTERIOR
ALEXANDRE DA SILVA ALMEIDA

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

ESPECIE TIPO FAS /MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN K3 ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

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

20160040 OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

[Assinatura]

LOCAL RECIFE-PE DATA 15/07/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN





Seguradora Líder - 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, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO 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, 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 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
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INI TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLI
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) I
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS

DOCUMENTOS COMPLEM

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$
- DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES = R\$

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO APRESENTAR OS DOCUMENTOS BANCÁRIOS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA João Carlos Soares



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 sequela

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
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



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 sequela

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
Total			10 %	R\$ 1.350,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088009/20

Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

CPF: 117.129.244-94

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 04/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

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 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

JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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, 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,

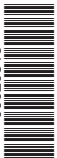
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15621110

Pag. 01697/01698 - carta_01 - INVALIDEZ

00020849





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, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

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 sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 117.129.244-94 4 - Nome completo da vítima: JOSEHAN 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: JOSEHAN SOARES DOS SANTOS 6 - CPF: 117.129.244-94
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: AV. SÃO SEBASTIÃO 9 - Número: 93 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: CAPIM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 58287000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 0831987088728

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 001163908

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

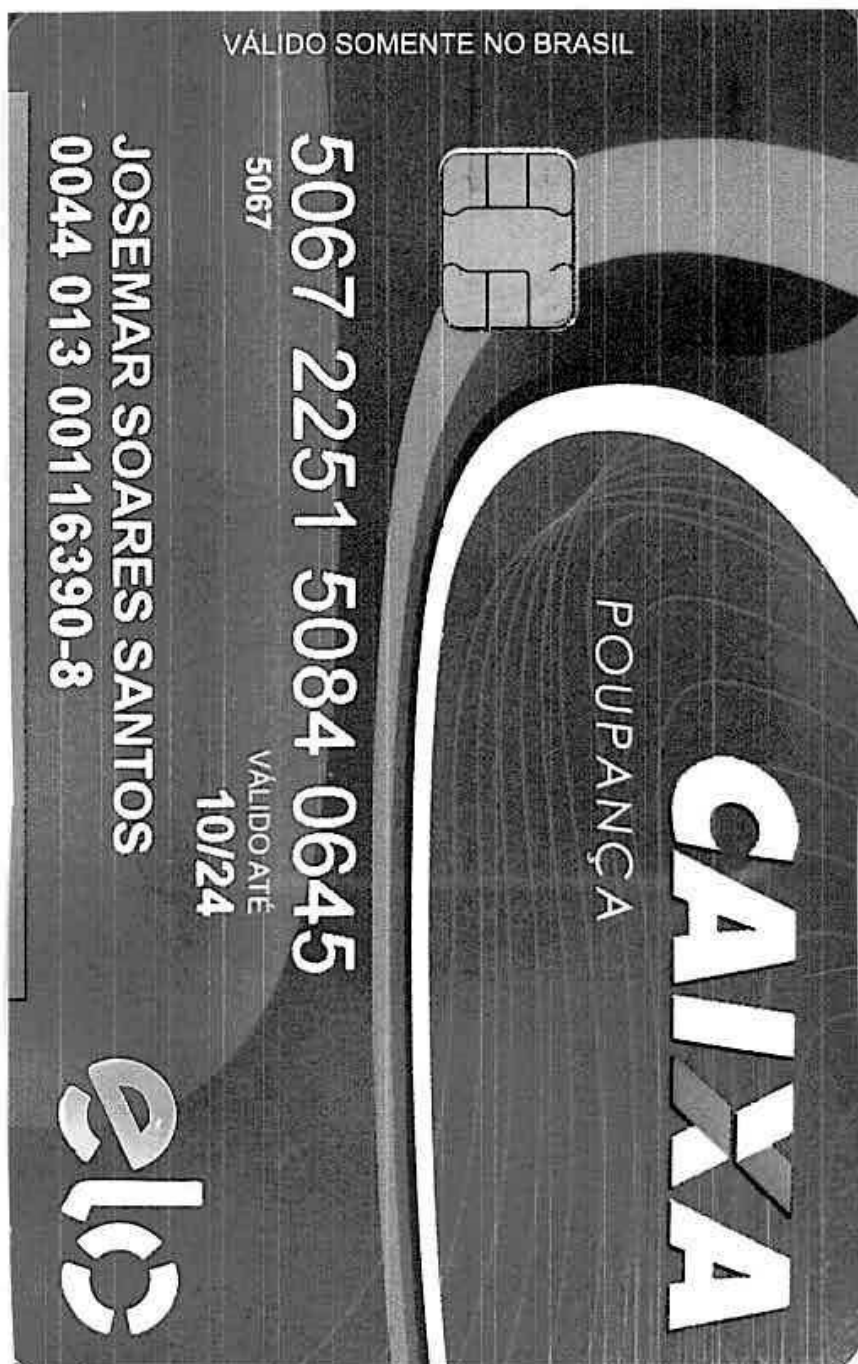
40 - Local e Data, São Pessoa-PB, 06/03/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019





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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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 íntegra: 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) Fatos:


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**.

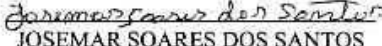
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 caí 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 Alcobra 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





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 sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 001163908

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainseiro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura da vítima/beneficiário

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/05/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

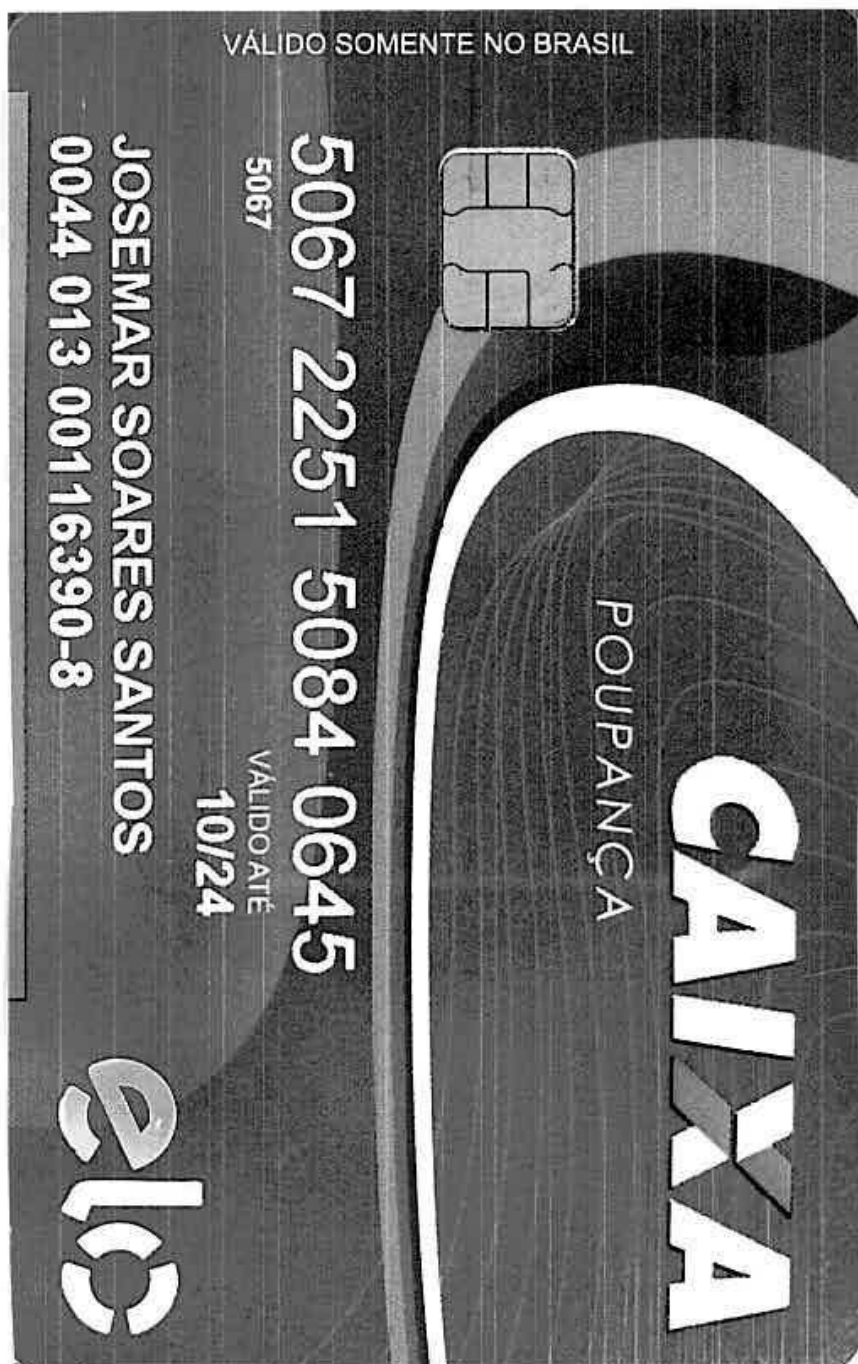
01 V002/2019

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. 11





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGRE
o trabalho**

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1201290



Identificação do paciente				Sexo
ID	Nome			Masculino
708786	JOSEMAR SOARES DOS SANTOS			Prontuário
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	119077
30/05/1993	26 anos 5 meses 27 dias	UNIAO ESTAVEL		
Mãe	Pai			
ANA MARIA SOARES	JOSE LINDOLFO DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	- ACOMPANHANTE			
DDD Celular	Celular	DDD		Telefone
83	993458633			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
RG (IDENTIDADE)	3880365	203578978080009		
Local de procedência	Tipo		UF	
CAPIM	MUNICIPIO		PB	
	CBO/R			
	Naturalidade			
	RIO TINTO			
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
58287970	CAPIM	PB	SÃO SEBASTIÃO, 30	
Número	Complemento	Bairro		
96		CENTRO		
Admissão				
Data e Hora	Número da pulseira	Convênio		
04/11/2019 00:14:03	1000007293381	SUS		
Especialidade	Clínica			
CIRURGIA GERAL			Origem do paciente	
Classificação de risco			RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente		
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma	
	Não	Não	Não	
Meio de transporte	Quem transportou			
SAMU	NAO INFORMADO			
Sinais Vitais				
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por				Tempo
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				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





Lugar: MONOFÁSICO
C/ Soc: RES MTC B17 RESIDENCIAL - BARRIO RINDA
R/ vera: 6-289-313-4000 Petrópolis Nov/2019
Medidor: 00000695719 Enchufe: 110V/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 R-230, Km 25 - Círculo Redentor - Jd. Piraí - PR - CEP 86071-000
 (041) 308.095 / 308.000.140 - Insc. Est. 18.015.923-0
 Nova Foz! Certeza Energia Elétrica 9103-967 547
 Cód. para Ode. Automático: 00010239098

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Nov / 2019	11/11/2019	11/12/2019	025.293.424-92

UC (Unidade Consumidora): 5/1023959-8

Canal de contato
 "Anta Bóate Energia Elétrica - TSE" (conclui a Lei)
 nº 13.438, de 26 de abril de 2007.
 Boleto é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de
 vacinação a se seguir.

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/12/10	13544	15/12/10	13712	1	66	31

Demonstrativo									
CD	DESCRIÇÃO	Conta Corrente	Conta Saldo	Conta Saldo	Conta Saldo	Conta Saldo	Conta Saldo	Conta Saldo	Conta Saldo
		123456789	123456789	123456789	123456789	123456789	123456789	123456789	123456789
		Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho
0001	Consumos 2014/01-01	20.000,00	20.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	Consumos - 31-12-2014/01-01	30.000,00	30.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	Adm. B. Amarelo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	Adm. B. Verde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	Subsídios	10.000,00	10.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:									
0006	CONTROLE LUMINARIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	JUROS DE MORA 10/2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	JUROS DE MORA 10/2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	MULTA 03/2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	MULTA 10/2016	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	Despesa com Subsídios	10.000,00	10.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação da Item	TOTAL	20.01	0.00	0.00	30.73	0.32	1.48
Taxa de Transmissão AIG 20.000% 0.161713 AIG 100.00% 0.311533							

Media 411/mus/masem/10/b	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
59	19/11/2019	R\$ 30,01

Histórico de Consumo (KWh)												
34	31	33	72	68	73	53	58	66	68	65	57	
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	

RESERVADO AO FISCO
55dd.39c0.1031 ae6c.1700.8afc.430b.6fb4

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DE VENSIL	17,47	0,00	Benefícios de Def. na Empresa/PB	6,59	21,66
DE TENSIL	17,64	N/A/N/A	Consumo de Energia	6,50	21,50
DE INJUL	25,88		Benefícios de Transmissão	0,06	0,24
DE INJUL	3,42	0,00	Serviços de Soluções	17,95	58,52
DE TENSIL	3,20		Impostos Diretos e Indiretos	0,00	0,00
DE INJUL	3,97	0,00	Outros Serviços	0,00	0,00
DE INJUL	12,27				
TOTAL				30,61	100,00

Valor do EUS (R\$) 9/2019 a 9/2020

Value in USD (Bil.) 9/20/91 to 9/20/95

ATENÇÃO Faturas em atraso

Figure 1. The effect of the number of trials on the mean accuracy of the responses. The error bars represent the standard error of the mean.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
 00180 00009 02624 912008 08455 316177 7 80780000003001

PAGADOR ANA MARIA SOARES - CPF/CNPJ 045.290.424-92
AV SAO SEBASTIAO 93 - CENTRO - CAHUI/RS CEP: 98267000

Nº do Documento	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
23249120006455318	001023969251911	16/11/2019	R\$ 30,01	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.133/0001-40
R: 220, Km 25, Cx. Postal 100, Jd. Piquet, Curitiba - PR - CEP 86071-900





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Paciente
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Data de nascimento
30/05/1993

Mãe
ANA MARIA SOARES

Endereço
SÃO SEBASTIÃO, 30, 96

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
04/11/2019 00:14:03

BAE
1201290
Sexo
Masculino

Bairro
CENTRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
04/11/2019 00:14:03
CNS
203578978080009

Município
CAPIM
Profissional
ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
Data/Hora Prescrição
04/11/2019 06:04:46

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 93458633
Prontuário

UF
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 ANTEBRACO DIREITO, AO EXAME FISICO PACIENTE APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA EM REGIAO DE PARASSINFISE D, EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL, MOBILIDADE MAXILAR, LACERACAO EM PALATO DURO, EPISTAXE, FCC EM REGIAO FRONTAL TC COM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE MANDIBULA (PARASSINFISE D) + LEFORT II + OFN + PARASSAGITAL DE MAXILA CD. REALIZADO REDUCCAO 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, SEGUE 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 CORRECCAO DE FRATURAS DE TERCO MEDIO FACIAL.

DIETA

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

MEDICAÇÃO

ÁGUA 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 ESCOVAÇÕES)

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

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

Diluir

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

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

AFERIR PA E FC

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

Conduta

Internar Paciente



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. 16



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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 iso/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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	BAE 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Baixa
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26a 5m 5d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 93458633
Mãe ANA MARIA SOARES		CNS 203578978080009	Prontuário
Endereço SÃO SEBASTIÃO, 30, 95	Bairro CENTRO	Município CAPIM	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2019 00:14:03		Data/Hora Prescrição 04/11/2019 01:33:56	

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

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
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			Prontuário
ANA MARIA SOARES			
Endereço	Bairro	Município	UF
SÃO SEBASTIÃO, 30, 96	CENTRO	CAPIM	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EDUARDO MOTTA BRAGA	7253/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
04/11/2019 00:14:03		04/11/2019 00:33:23	

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 AERIAS PERVIAS 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 PA. AÇÃO.BACIA ESTÁVEL,PAS>90MMHG ECG 3 (SEDADO),PUPILAS ISOCORÍCAS E FOTORREAGENTES LESÃO FACIAL E DE M. COLUNA CONDUTA: 1)TC DE CRÂNIO E FACE,COLUNA CERVICAL,ABDOME E TORAX 2)EX. LAB. 3)SOLICITO PARECER DA NEURO/BMF

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

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

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**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUIE

o trabalho

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

Paciente
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Data de nascimento
30/05/1993

Mãe

ANA MARIA SOARES

Endereço

SÃO SEBASTIÃO, 30, 96

Acidente

VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação

04/11/2019 00:14:03

BAE

1201290

Sexo

Masculino

Idade

26a 5m 5d

Bairro

CENTRO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada

04/11/2019 00:14:03

CNS

203578978080009

Município

CAPIM

Profissional

THYAGO DUAVY FERRER LIMA

Data/Hora Prescrição

04/11/2019 01:52:41

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 93458633

Prontuário

UF

PB

Nº Cons Regional

9766/PB

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
LIQUIDO LIVRE. CD> ALTA DA CIRURGIA GERAL; LIBERO PARA DEMAIS ESPECIALIDADES.

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Thyago Duavy Ferrer
Cirurgião Geral / URGÊNCIA
Data: 04/11/2019 01:52:41
CRM: 9766/PB

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

04/11/2019 01:52





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	BAE 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Baixa
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993458633
Mãe ANA MARIA SOARES		CNS 203578978080009	Prontuário 119077
Endereço SÃO SEBASTIÃO, 30, 96	Bairro CENTRO	Município CAPIM	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2019 00:14:03		Data/Hora Prescrição 04/11/2019 01:33:56	

SINAIS VITAIS

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

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 COLUMA 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



18/11/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataInicial=18/11/2019 23:44:28&dataFinal=18/11/2019 23:44:28



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

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

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 14d 11h 23min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 14d 23h 30min	Permanência no Leito: 4d 5h 44min

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 ESTÁVEL, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, APRESENTANDO PICOS FEBRIS
DIURESE SATISFATÓRIA, BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA.
DIURESE 12H=1200 MLBH=+596 ML

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

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, TRAQUEOSTOMIZADO, HEMODINÂMICA ESTÁVEL SEM VASOATIVOS, ANALGESIA CONTÍNUA.

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/FIO2 (MMHG): 290

ESCALA DE RASS: -2 SEDAÇÃO LEVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO

E SPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 15.00

SECREÇÕES: AUSENTES-MÍNIMAS

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataInicial=18/11/2019 23:44:28&dataFinal=18/11/2019 23:44:28 1/2

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. 22

18/11/2019

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

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

FC: 73.00

PA: 144/85

SPO₂: 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

Número



6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataInici



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



**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**

**SEGUE
o trabalho**

Impresso por: CLAUDIO DE PAULA ARAUJO
Em: 16/11/2019 08:38:50

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 11d 20h 17min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119077
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade 12d 8h 24min	Permanência no Leito 1d 14h 38min

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. Seguiu 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 PARASSÍNSE 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, HEMODINÂMICA ESTÁVEL SEM VASOATIVOS, SEDOANALGESIA 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/FIO2 (MMHG): 290

ESCALA DE RASS: -3 SEDAÇÃO MODERADA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

CLAUDIO DE PAULA ARAUJO
MEDICO
CRM 20052812543089500000029825753

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

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 15.00

SECREÇÕES: AUSENTE

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 77.00

PA: 117x62

SPO₂: 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 TÓXICO/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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO HAROLDO LEITE DE SOUSA MANGUEIRA

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

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 11d 5h 16min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119077
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 11d 17h 23min	Permanência no Leito: 23h 37min

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. Seguiu 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

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/FIO2 (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

SPC: 98.00

EVOLUÇÃO

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: DOR 2

RV: NÃO FALA 1

RM: RETIRADA À DOR 4



Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578976080009	Pront. 119C
Tempo de Internação 11d 5h 16min		Convênio SUS	Plan. DIU	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 11d 17h 23min		Perr. 23h

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: 1.1

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: 1900.00

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

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

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO HAROLDO LEITE DE SOUSA MANGUEIRA

Número

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





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

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	Plantão DIURNO	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	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. Seguiu 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 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
- 4.: LEFORT II
- 5.: PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

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

CHECAGEM 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



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

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

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

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

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



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

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		Plantão 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 SEGUIDO DE PCR COM RCP.

EM 4 PO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA EM TERÇO MÉDIO

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 OSTEOSÍNTESE 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 PARÊCER 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 5.126





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 15/11/2019 08:20:07

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 19h 59min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Permanência no Leito: 14h 20min
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 11d 8h 6min	

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM HISTORIA DE OBSTRUÇÃO DE TRAQUEOSTOMO, APRESENTOU CONVULSÃO SEGUIDO DE PCR COM RCP

EFG: MEG, SEDADO PORÉM RESPONSIVO À ESTIMULOS
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 Bucocomaxilo-facial
CRO-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, JOAO 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
Tempo de Internação 9d 19h 7min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119077
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 MEDICA (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 14/11/2019 07:28:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM PODE CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA LEFORT II SOB ANESTESIA GERAL. INSTALADA SNE PARA PROFILAXIA DE INFECÇÃO. O PRÓPRIO PACIENTE REMOUEU 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


CW2602-RS





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SEGRE

o trabalho

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

Impresso por: OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA
Em: 12/11/2019 13:28:35

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 8d 1h 7min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119077
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 OSTEOSINTESE DE FRATURA LEFORT II SOB ANESTESIA GERAL. HOVE COMUNICAÇÃO NA FISSURA PALATINA QUE FOI SUTURADA E INSTALADA SONDA NASOENTERAL. O PRÓPRIO PACIENTE REMOUEU 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
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRM 4443





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

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

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

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 5d 20h 8min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade 6d 8h 15min	Permanência no Leito 4d 17h 57min

EVOLUÇÃO MEDICA (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

EFEQ: 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

Brno da Silva Mesquita
Cirurgião Geral
CRM 10.107





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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 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 4d 18h 59min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade 5d 7h 6min	Permanência no Leito: 3d 16h 48min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 09/11/2019 07:12:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM PO DE OSTEOSSÍNTESE 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

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) 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 Bucal, Maxilo-facial
CRQ 5126





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593252

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

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 2d 19h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 3d 7h 35min	Permanência no Leito: 1d 17h 17min

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, LACERACAO 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 POSICAO, TQT, TNA EM POSICAO, 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

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





HOSPITAL
SANTA HELENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1201290
IDADE: 26a SEXO: MASCULINO COR: DATA: 04/11/2019
CLÍNICA / SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSINTESE 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
OSTEOSINTESE 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

Ana Karina Tormes
C.R.C. 20052812543089500000029825753



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Arzener Soares da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento 1ª Assistente: Dr. Thyago Bastos
 Cirurgia: Dr. Thyago Bastos 3ª Assistente: _____
 2ª Assistente: _____ Anestesista: _____
 Instrumentador: _____ Horário: início _____ Término _____
 Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do metacarpo 1</u>	
<u>metacarpo 1</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

João Pessoa, ____/____/____



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em JOT, sedado e em DAM
Anestesia e Anti-embolia
Aposição de Comprimidos
Infusão de Antibiótico de

Incisão:

Minicirúrgica nas duas pernas e o
ferido externo.

Abertura por ploma

Achados:

Abertura do hígado com joel
colocação de hígado com a
e paciente com o solo
Recesso do Hígado

Conduta:

Intubação de Tráqueia com

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, _____

Médico/CRM: _____

F(NG): _____



NOME DO PACIENTE: **João Carlos Soares dos Santos**

IDADE: **26** SEXO: **M** DATA DO NASCIMENTO: **12/02/1994** LOCAL DO NASCIMENTO: **BRASIL**

DIAGNÓSTICO: **Tranqueletomia e Osteossíntese e Fratura de mandíbula**

PROFISSIONAL: **Dr. Thiago**

DATA DO PROCEDIMENTO: **02/02/2019** LOCAL DO PROCEDIMENTO: **Dr. Ana Karina Dr. Otávio Gusi**

ANESTESIA: **Genal**

ANESTESISTA: **Dr. F**

PROF. RESPONSÁVEL: **Dr. F**

DATA DO PROCEDIMENTO: **02/02/2019** LOCAL DO PROCEDIMENTO: **Dr. Ana Karina Dr. Otávio Gusi**

INDICADOR DE RISCO DE CONTAMINAÇÃO: **CONTAMINADO**

LOCAL DE TRATAMENTO: **CLÍNICA DE TRATAMENTO DE TRAUMATISMO**

SITUAÇÃO ANESTÉSICA: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

CONT. MATERIALS: **OTD**

01 miniplaca reta 06 furos 10x10x10mm
01 miniplaca curvada 06 furos 10x10x10mm
02 parafuso auto perfurante 2.0x8mm
02 parafuso auto perfurante 2.0x11mm
01 parafuso auto perfurante 2.0x13mm
01 parafuso auto perfurante 2.0x15mm
01 parafuso auto perfurante 2.0x6mm

01 miniplaca reta 06 furos 10x10x10mm

01 miniplaca curvada 06 furos 10x10x10mm

02 parafuso auto perfurante 2.0x8mm

02 parafuso auto perfurante 2.0x11mm

01 parafuso auto perfurante 2.0x13mm

01 parafuso auto perfurante 2.0x15mm

01 parafuso auto perfurante 2.0x6mm



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005281254308950000029825753

Número do documento: 2005281254308950000029825753



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

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

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

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 18d 20h 12min		CNS 203578978080009	Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Convênio SUS	Permanência no Leito: 8d 14h 33min
		Permanência na Unidade: 19d 8h 19min	

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 PARASSINFISE 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

ANTIMICROBIANOS: Pipe-tazo

PROFILAXIAS: clexane

SEDAÇÃO / ANALGESIA: Fentanil (5ml/h)

DVA / INOTRÓFICO: _____

OUTRAS INFUSÕES: Hidratação Venosa

CONTROLES:

FEBRE: não DISGLICEMIAS: não

DIURESE: 4000ml/24h BH: -1538

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

GASO: pH 7.35 pO2 100 pCO2 35 HCO3 24 P/F 10

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

AR: MV+ EM AHT S/RA

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

ABDOM: 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

23/11/2019

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

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

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

Número

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



21/11/2019

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataInicial=21/11/2019 11:40:57&dataFinal=21/11/2019 11:41:13


**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
**SEGUE
o trabalho**

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

 Impresso por: ROBERTO RAMOS LEITAO FILHO
 Em: 21/11/2019 11:41:13

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 16d 23h 20min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 17d 11h 27min	Permanência no Leito: 6d 17h 41min

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

 Dr. Roberto Ramos Leitoa Filho
 Médico - Clínica de Emergência
 CRM - 30890 - CREMOM - 16.03

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

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. 44

21/11/2019

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

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 16d 23h 20min		Convênio SUS	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 17d 11h 27min	

FC: 93.00

PA: 133/82

SPO₂: 98.00

EVOLUÇÃO:

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE CO

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

LAUDO TC CRÂNIO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ZERO, EPISÓDIOS DE VÔMITOS.

EVACUAÇÃO: SEM REGISTROS.

ABDÔMEN: FLÁCIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: FACE

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): -3998.00

DIURESE PARA ÚLTIMAS 24HS: 5450.00

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

- 1- REPOSIÇÃO DE MAGNÉSIO.
- 2- DECANULAR HOJE ACM.
- 3- ALTA DA UTI

DIARISTA: DR. LAECIO

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

Profissional responsável pela informação: ROBERTO RAMOS LEITAO FILHO

Número:

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=515315&dataInic=2019/11/21 12:54:31



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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

NOME: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1201290
IDADE: SEXO: COR: DATA:
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSINTESE DE FRATURA LEFORT II
CIRURGIÃO: 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
OSTEOSINTESE 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
Cir. Buco-Maxilo-Face
CRM 123

DATA: 12/11/2019



Nota de Sala Cirúrgica

ENTRADA

NOME DO PACIENTE: João Carlos Soares dos Santos			
IDADE: 26	SEXO: M	DATA DE NASCIMENTO: 12/01/2000	LEITO: 120
CIRURGIA: Trat Cirurg Fract completo Orbita + Zigomaxilar			
CIRURGIÃO: Drº Claudio			
ANESTESIA: Dura			
ANESTESISTA: Drº Gilvandro			
INSTRUMENTADOR: 12/11/19			
DATA: 12/11/19 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INÍCIO: FIM: CIRURGIA INÍCIO: FIM:			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS			
ALFENTANIL	QTD: 300	MATERIAIS CONT.	QTD:
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	300	FELCO Nº11	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		FELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
CETAMINA		FELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		FELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	FIO DE NYLON Nº
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES	FIO DE NYLON Nº
FENTANIL		ALCOOL ETÉRICO 70%	FIO DE NYLON Nº
FLUMAZENIL		PVP DEGERMANTE	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO		PVP TINTURA	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		PVP TÓPICO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO		MATERIAIS	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 13x4,5	FIO POLIPROPILENO Nº
MIDAZOLAM		AGULHA 25x07	FIO POLIGLACTINA Nº
MORFINA		AGULHA 25x08	FIO SEDA Nº
NEBULUM		AGULHA 40x12	FITA CARDÍACA
PANCRURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº16	MATERIAL ESPECIAL
PEFIDONA		AGULHA PERIDURAL Nº18	CATETER DE PIC
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº23G	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUI Nº26G	CLIP TITÂNIO LIGADURA
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD:	BOLSA P/ COLOSTOMIA	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	KIT. DERIVA. VENTRICULAR
ATROPINA		CATETER EMBOL. SC. ARTERIAL Nº	PRÓTESE VASCULAR
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	KIT. PAM
CEFALOTRINA		CATETER EPIDURAL Nº17	FIXADOR EXTERNO
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	END-RESA
DIFENHIDRAMINA		CERA PARA OSSO	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS CORTICAIS
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS ESPONDO
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	PARAFUSOS ESPONDO
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	PARAFUSOS MAL BOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	PARAFUSOS MAL BOLAR
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	PLACA
PLASOL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	PLACA
PROSTIGMONE		EQUIPO MICROGOTAS	EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE FVPI	QTD: 1 ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO	1 BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	1 CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODADAS	1 CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	1 DESFIBRILADOR
		FELCO Nº14	1 FOCO AUXILIAR
		FELCO Nº16	1 FOCO CENTRAL
			1 MICROSCÓPIO
			1 OXÍMETRO DE PULSO
			1 P.A. INVASIVO INVASIVO
			1 PERFURADOR ELÉTRICO
			1 SERRAÇÃO

FNG/AS CIR. 021-1

00000000

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/11/19

PRONTUÁRIO: 1201290

PACIENTE: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS SEXO: COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO: (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: ESTADO FÍSICO: 4541

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: FRAT. Complexa da órbita. Zangene maxila

CIRURGIÃO: ALIARRES

INÍCIO DA ANESTESIA: TERMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CODIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: Gilvandro Lins CPF: CRM-PB: 66895

AGENTES INDI- 540

ETN 40

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

300 500 500 500 500 500 500 500 500 500

151

Tranquila Paciente
Oml 0
Oml 0
3 RPD

Dr. Gilvandro Lins de Oliveira Júnior
ANESTESIOLOGISTA E ESPECIALISTA EM DOR
CRM-PB 66895

ANESTESIA GERAL: RAQUIDIANA: EPIDURAL: BLOCO PLEXO: BLOCO NERVOS: OUTROS:

TECNICA: 1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

USADO: 1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.


1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

1. Prof. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNOS	SALA
13/12/19	BWF. 140P	26/1/20	10

F(NG).APC.035-1


HOSPITAL DE E

PACIENTE

DATA DO

Nº PRONT

MÉDICO (

DIAGNÓ

PROCEDII

SEMPRE
NECESS





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Documento de Alta

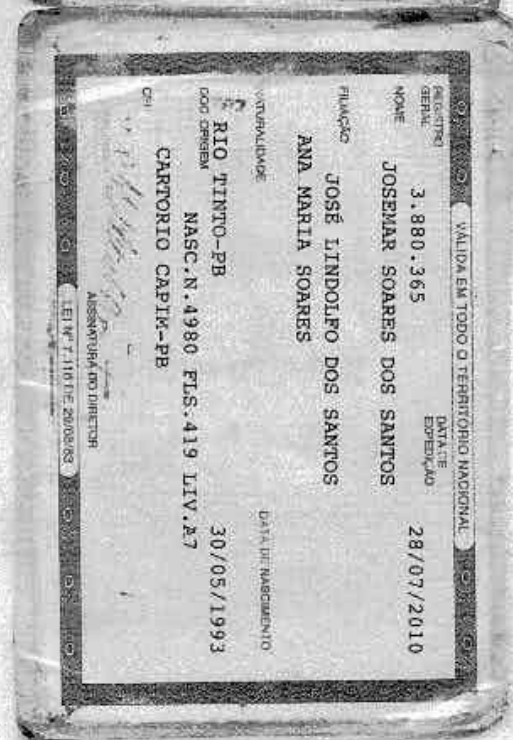
Nome: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS			Número Prontuário: 119077
Data de Nascimento: 30/05/1993	Sexo: Masculino	Data de Internação: 04/11/2019 12:21:35	Data de Alta: 26/11/2019 10:57:32
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: Alta Hospitalar			
Resumo da Internação: Paciente deu entrada neste serviço após 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 enfermagem, aguardando término de atb terapia. No momento, atb terapia concluída, paciente assintomático, com melhora clínica.			
Resultado de Exames:			
Tratamento:			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: - Acompanhamento ambulatorial com o Bucomaxilo no HTOP - Retorno imediato se sinais de piora/alarme			

Data: 26/11/2019

Dr. Matheus Aguiar
Médico
CRM-PB 11597

MATHEUS AGUIAR LUCAS MACEDO
CRM 11597 - PB





VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTERIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
117.129.244-94

Nome
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Nascimento
30/05/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE SAÚDE

JOSEMA SOARES DOS SANTOS

JOSEMA SOARES DOS SANTOS

20357897808 0009 1

30/05/1993

30/05/1993


NOME
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS


MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
23ª C S M
Nº 527121 SÉRIE V
RA 230892092873

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
Missão: Mamanguape , PB, 28/mar/2012
0527121

PAI **JOSE LINDOLFO DOS SANTOS**
MAE **ANA MARIA SOARES**
DATA NASC. **30/05/1993** NATURALIDADE **RIO TINTO - PB**
Dispensado do Serviço Militar Inicial em 09 de maio de 2012.
por residir em município não tributário.
Cmb/Ch ou Dir _____
ALCIMAR SILVA OUTRA - 2. TEN
Delegado de Serviço Militar da 1ª Del Sv MII/23ª CSM

