



25/06/2020

Número: **0800776-80.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

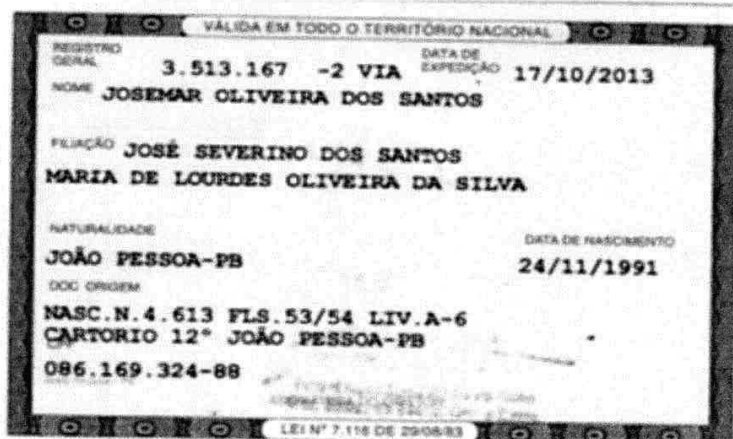
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31788312	25/06/2020 10:09	Contestação	Contestação
31788555	25/06/2020 10:09	2728412_CONTESTACAO_Anexo_021	Outros Documentos
31788557	25/06/2020 10:09	2728412_CONTESTACAO_Anexo_022	Outros Documentos

EM ANEXO





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Câmara
inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Josemar Oliveira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.169.324 / 88
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Josemar Oliveira dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.169.324 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua da República</u>	Número: <u>390</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58010-180</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98873-6310</u>

Local e Data: João Pessoa, 07/01/2020

Flaviana da Silva Câmara

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Domicílio:

971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS



JOSE SEVERINO DOS SANTOS
RUA CLARA NUNES, S/N - PARATIBE
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 5)



Ligação MONOFÁSICO
Clas/Soc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 15 - 5 - 562 - 2360 Referência: Nov / 2019
Medidor: 00006278893 Emissão: 25/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.086.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 034.743.832
Cód. par. Dth. Automático: 00010658391

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	25/11/2019	24/12/2019	095.566.214-15 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1065839-1

Canal de contato

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/10/19	Leitura 8141	Data 25/11/19	Leitura 8240	1
				98
				32

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc.	Pis(R\$)	Colins(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Colins(R\$)	(0,33979%) (0,26739%)	
0601	Consumo em kWh	98,000	0,775890	76,81	76,81	25	19,21	76,81	0,84
0601	Adic. B Amarela			0,41	0,41	25	0,10	0,41	0,01
0601	Adic. B Vermelha			4,58	4,58	25	1,14	4,58	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			3,27	0,00	0	0,00	0,00	3,00

CCl: Código de Classificação do Item TOTAL: 85,07 81,80 20,45 81,80 0,88 3,18
Tarifa s/ Tributos: 0,545400

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
102	02/12/2019	R\$ 85,07

Histórico de Consumo (kWh)											
74	114	111	111	115	103	105	105	87	88	108	97
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO
c796.ab7e.d58b.f3e4.797f.6e3c.1edb.f7c5.

Indicadores de Qualidade 8/2019 - Paratibe				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,19	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/PB	20,89	24,67
DIC TRIMESTRAL	10,39			Compra de Energia	20,25	35,56
DIC ANUAL	20,77		CONTRATADA	Serviço de Transmissão	3,12	3,67
FIC MENSAL	3,30	0,00		Encargos Setoriais	3,15	3,70
FIC TRIMESTRAL	6,60		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	27,39	32,43
FIC ANUAL	13,20			Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	2,94	0,00	LIMITE SUPERIOR	Total	85,07	100,00
DICR	12,22					

Valor do EUSD (Ref. 9/2019) R\$ 17,35

ATENÇÃO

Faturas em atraso



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 086.169.324-88 4 - Nome completo da vítima: Joemar Oliveira 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: Joemar Oliveira dos Santos 6 - CPF: 086.169.324-88
7 - Profissão: autônomo motorista 8 - Endereço: Rua Almeida Nogueira, 1400, Centro, João Pessoa - PB 9 - Número: 577 10 - Complemento:
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83.98873.0310

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 (DMS, 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: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 31410 CONTA: 00125695 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do casamento: 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 (ou nascidos)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/004, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2218423, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS** idade 26 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto)** no dia 06/10/2018, na Rua Brasilino Alves da Nóbrega, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 23:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Novembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª REG/50.10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00374.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00374.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 10 de janeiro de 2019, 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Josemar Oliveira dos Santos**, CPF nº 086.169.324-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar Administrativo, filho(a) de Maria de Lourdes Oliveira da Silva e Jose Severino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/11/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Clara Nunes, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Santa Barbara, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-0902.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Brasilino Alves da Nóbrega, Ladeira de Mangabeira., João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/10/18 23:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 06/10/2018, POR VOLTA DAS 23:50, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2015, PLACA NQK-6152/PB E CHASSI 9C2KD0800FR010437, PERTENCENTE AO PRÓPRIO NOTIFICANTE NA RUA BRASILINO ALVES DA NÓBREGA, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, QUANDO O PILOTO DE UMA MOTOCICLETA 50CC ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA CRUZOU A VIA DE ROLAMENTO POR ONDE ESTE NOTIFICANTE ESTAVA TRAFEGANDO VINDO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DO MESMO, O QUE PROVOCOU A QUEDA DESTE NOTIFICANTE; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ATENDENDO O REQUERIMENTO 808/004 SOB PROTOCOLO 2218423; QUE CHEGANDO AO HOSPITAL DE TRAUMA FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM OS SEGUINTE CID'S: S02.6, S52.5, S36.3, S36.4 E J91, CONFORME LAUDOS MÉDICOS DAQUELE HOSPITAL CONSTANTES NO BOLETIM DE ATENDIMENTO 1113604; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00374.01.2019.1.00.401



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



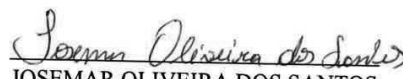
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00374.01.2019.1.00.401

2/2



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

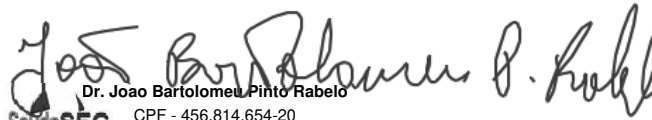
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200007769
Nome do(a) Examinado(a): Josemar Oliveira dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Clara Nunes, S/N
Paratibe Joao Pessoa PB CEP: 58064-360
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 3513167
Data local do acidente: [06/10/2018]
Data local do exame: [17/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE MANDÍBULA+FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO+DERRAME PLEURAL + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO DE ALÇA INTESTINAIS.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA E SUTURA DE ALÇAS, REALIZADO TORACOTOMIA COM DRENAGEM FECHADA, REALIZADO TRATAMENTO DA FRATURA DA MANDÍBULA E TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
Data da Alta: 25/01/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA E TORACOTOMIA, EXAME TORACICO PRESERVADO. DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO (APROX 45 GRAUS), LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM < 1,5CM, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL ÀS ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS. DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO PUNHO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo |
| % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 086.169.324-88 4 - Nome completo da vítima: Joemar Oliveira 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: Joemar Oliveira dos Santos 6 - CPF: 086.169.324-88
7 - Profissão: auxiliar técnico 8 - Endereço: Rua Almeida Nogueira, Lagoa Nunes 9 - Número: 577 10 - Complemento:
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98873-0310

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 (DMS, 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 31410 CONTA: 00125695 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 ☐ Viúva 24 - Data do falecimento 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 (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



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, 11 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007769

Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 00965/00966 - carta_02 - INVALIDEZ

00020483



Carta nº 15350508





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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007769

Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEMAR OLIVEIRA 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\$ 3.037,50

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 237

Agência: 000003141-0

Conta: 0000012569-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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.





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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007769

Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEMAR OLIVEIRA 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 15335024



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 000000012569-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2901202005000000000023703141000000012569303750 PAGO



PROCURAÇÃO

Outorgante: Josemar Oliveira dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão aux. administrativo, residente e domiciliado à Rua Clara Nunes, nº b/n, bairro Paratibe, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep: 55056-010, portador(a) do Rg nº 3.513.167, SSP/PB e CPF nº 086.169.324-88.

Outorgado: Flamiana do Silo Amorim, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 390, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep: 55056-010, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/PB e CPF nº 048.049.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josemar Oliveira dos Santos, ocorrido em 06/10/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa de 01 de 2019.

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Josemar Oliveira dos Santos
Outorgante
CPF Nº 086.169.324-88

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
2º OFÍCIO DE NOTAS
DISTRITO DE MANGABEIRA

Br. Rômulo Vieira Batista
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabé - João Pessoa - PB
CEP: 55056-010 - Fone: (33) 3239-6167

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-000524

Reconheço por autenticidade a firma de:
JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Dou fe', em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 08/10/2020 11:01:06
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AJO83392-2R3C
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjb.pb.gov.br>

MARICLEIDE ALEXANDRE DA SILVA MORAIS - ESCRIVENTE AUTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007029/20

Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

CPF: 086.169.324-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2018

Titular do CPF: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS : 086.169.324-88

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: 07/01/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA.
TRAUMA FECHADO TORÁCICO.
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA PRÉVIA.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM MANDÍBULA; DRENAGEM TORÁCICA; LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA REALIZAÇÃO DE RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.2,6,13-15,18(BAM) P.4(RELATÓRIO) P.10(ALTA) P.29(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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



1-129
Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1113604



Identificação do paciente				
Nome		JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		Sexo
Data de nascimento		26 anos 10 meses 13 dias		Idade
Estado civil		SOLTEIRO(A)		Religião
Religião		CATOLICA		Prontuário
Prontuário		88173		
Mãe		MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA		Pai
Pai		JOSE SEVERINO DOS SANTOS		
Escolaridade		SUPERIOR INCOMPLETO		Responsável (Parentesco)
Responsável (Parentesco)		O PAI - PAI		
DDD Móvel		Fone Móvel		DDD Fixo
83		87426995		83
Tipo documento		Número documento		Fone Fixo
				87250824
Local de procedência		Nº Cns		
UPA DO VALENTINA		701203053677513		
Email		Naturalidade		Tipo
		JOAO PESSOA		UNIDADESAUDE
				UF
				PB
				CBO/R
Endereço				
CEP		Município de residência		UF
53033000		JOAO PESSOA		PB
Número		Complemento		Logradouro
88		COMUNIDADE SANTA BARBARA		Flodoaldo Peixoto Filho
				Bairro
				Valentina de Figueiredo
Admissão				
Data e Hora		Número da pulseira		Convênio
17/10/2018 01:19:38		1000006279270		SUS
Especialidade		Clínica		
CIRURGIA GERAL				
Classificação de risco		Origem do paciente		
		RUA		
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento		Detalhe do acidente
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		MOTO X MOTO
Indicadores e Transporte				
Caso policial		Plano de saúde		Veio de ambulância
Não		Não		Não
Trauma		Quem transportou		
Não				
Sinais Vitais				
PA		Pulso		Temperatura
X		mmHg		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []	Ultrasonografia []			
Doença clínica: Doença da coluna por trauma por queda de altura, lesão da coluna cervical, occipital, sem fratura.				
Diagnóstico				CID
Atendido por				Tempo
YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA				01min 12seg

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		BAE 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Baixa
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Telefone de Contato (83) 87426995 / (83) 87250824
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA		Prontuário 88173		
Endereço Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON CORDEIRO MOREIRA	Nº Cons. Regional 10942/PB	
Data/Hora Classificação 07/10/2018 01:19:36		Data/Hora Prescrição 07/10/2018 01:42:17		

anamnese

PACIENTE TRAZIDO POR SAMU COM RELATO DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM FACE. RELATA PERDA DE CONSCIENCIA MOMENTANEA. REFERE USO DE CAPCETE. NEGA INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOOLICAS. PRESENTA FERIMENTO EM FACE (MENTO E CAVIDADE ORAL). REFERE TAMBEM DOR EM OMBRO E PUNHO ESQUERDO.

PACIENTE SONOLENTO. EGR. HIPOCORADO.
REFERE ALERGIA A BEZETACIL E TRATAMENTO CIRURGICO DE ULCERA PEPTICA.

VIAS AEREAS PERVIAS. SEM CERVICALGIA.
RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.
ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE.
GLASGOW 15.

DOR A MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E PUNHO ESQUERDO. FCC EM MENTO E CAVIDADE ORAL.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA
PROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

ERIR PA E FC

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

ACESSO VENOSO PERIFERICO - AVP

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10 registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:20:48

172 16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=407280



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:09:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510092894000000030478801
Número do documento: 20062510092894000000030478801

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça
Conduta	
Em observação	

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

ALISSON CORDEIRO MOREIRA
(CRM: 10942/PB)

[Handwritten signature]
25/06/2020





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 24/11/91
NOME DA MÃE MARIA DE LOURDES OLIVEIRA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 88173
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1113604
DATA DO ATENDIMENTO 07/10/18
HORA DO ATENDIMENTO 01:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO-(FRATURA DE MANDIBULA E RADIO ESQ.
RUTURA DE VISCERA OCA. DERRAME PLEURAL.
CID 10 S02.6, S52.5, S36.3, S36.4, J91

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VITIMA DE CONTUSÃO E FERIMENTO EM FACE (MENTO E CAVIDADE ORAL),FRATURA DE ELEMENTOS DENTARIO(11,21). CREPTAÇÃO EM MANDIBULA COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL. DOR EM OMBRO E PUNHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, BMF, ORTOPEDIA, CIRURGIA TORACICA. CLINICA MEDICA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE. TC DE TORAX
RX TORAX, OMBRO ESQ. , ANTEBRAÇO ESQ. , PUNHO ESQ.
USG(FAST)
EXAMES HEMATOLOGICOS

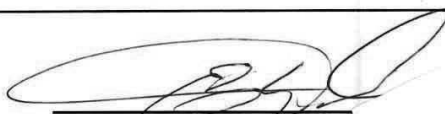
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC DE FACE - FRATURA DE SINFESE MANDIBULAR+ FRATURA DE CONDILO BILATERAL. RX ANTEBRAÇO ESQ. - FRATURA DE RADIO DISTAL . TC DE TORAX - DERRAME PLEURAL VOLUMOSO. ABDOME -LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PERITONEAL

TRATAMENTO:

CIRURGICO - ODONTOSSINTESE. LAPAROTOMIA EXPLORADORA (LESÃO DE ALÇA INTESTINAL + MULTIPLOS ABSCESSOS). TORAX - TORACOTOMIA C/DRENAGEM FECHADA.

ALTA HOSPITALAR: 23/11/18
DATA DA EMISSÃO: 02/01/19


Dr. ELIVALDO SALES D.
CRM: 1873/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		BAE 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Baixa
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Telefone de Contato (83) 87426995 / (83) 87250824
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA				Prontuário 88173
Endereço Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI		Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 07/10/2018 01:19:36			Data/Hora Prescrição 07/10/2018 02:18:20	

Anamnese

#NCR

ACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO. HOUE PERDA DE CONSCIENCIA.

AO EXAME AO=4 RV=5 RM=6
PUPILA ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS
MOBILIZA OS 4 MEMBROS

TC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

CD.OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA

Conduta

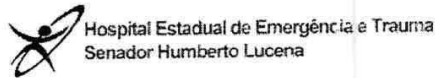
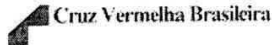
Em observação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:20:48





AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		BAE 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Baixa
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Telefone de Contato (83) 87426995 / (83) 87250824
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA				Prontuário 88173
Endereço Floidoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WESLEY PEREIRA DA SILVA	Nº Cons. Regional 9270/	
Data/Hora Classificação 07/10/2018 01:19:36			Data/Hora Prescrição 07/10/2018 07:41:11	

Anamnese

CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, BEG, COM FRATURA EM MENTO E LIMITAÇÃO ABERTURA 3OCAL, FAST -,,

AO EXAME:

A: COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS
B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.
C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.
D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.
E: SEM SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE OU FRATURAS APARENTES.
ABDOME SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

CD ALTA DA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS DA BUCOMAXILO, ORTOPEDIA E NEUROLOGIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

WESLEY PEREIRA DA SILVA
(CRM: 9270/)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:20:46

//172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=407371&pesquisa=S&perform=im... 1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:09:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510092894000000030478801

Número do documento: 20062510092894000000030478801

Num. 31788555 - Pág. 23



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS	BAE 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Baixa
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 701203053677513
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 87426995 / (83) 87250824
Endereço Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA	Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	Prontuário 88173
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MOURIBE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional 7522/PB
Data/Hora Classificação 07/10/2018 01:19:36		Data/Hora Prescrição 07/10/2018 15:11:39	

Anamnese

ORTOPEDIA

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO X MOTO HÁ 12h, COM TRAUMA NA REGIÃO DO MENTO E PUNHO ESQUERDO

REFERE TER ULCERA GÁSTRICA E HERNIA INCISIONAL

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO

FERIMENTO NO MENTO

EDEMA E DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO, SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES

RX: FRATURA ARTICULAR DO RADIO DISTAL ESQUERDO

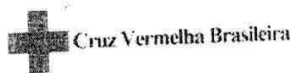
CD: NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A BMF**Conduta**

Em observação

MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7522/PB)

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7522/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		BAE 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Baixa
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Telefone de Contato (83) 87426995 / (83) 87250824
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA		Prontuário 88173		
Endereço Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO		Nº Cons. Regional 7650/PB
Data/Hora Classificação 07/10/2018 01:19:36		Data/Hora Prescrição 07/10/2018 11:49:06		

Anamnese

CR

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO. HOUE PERDA DE CONSCIENCIA.

AO EXAME AO=4 RV=5 RM=6
PUPILA ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS
MOBILIZA OS 4 MEMBROS

TC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

PERMANECEU BEM DURANTE OBSERVAÇÃO

CD: ALTA NCR

Conduta

Em observação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

CRP 12.250/PB
Neurologista

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:29:48

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:09:29

Bandeira Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS	BAE 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Baixa
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 701203053677513
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 87426995 / (83) 87250824
Endereço Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA	Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	Prontuário 88173
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 07/10/2018 01:19:36		Data/Hora Prescrição 07/10/2018 09:55:38	

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO X MOTO HÁ 12h, COM TRAUMA NA REGIÃO DO MENTO E PUNHO

ESQUERDO

REFERE TER ULCERA GASTRICA E HERNIA INCISIONAL

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO

FERIMENTO NO MENTO

EDEMA E DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO, SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES

RX: FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

CD: TALA AXIOPALMAR ESQUERDA APOS REPETIR RX DO PUNHO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

Conduta

Sem observação

Dr. Tibério Vanomark
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PB 8252 / TEOT 14840

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

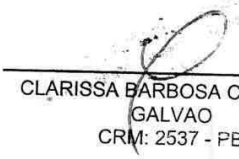
Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:20:48



Documento de Alta

Nome JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS			Número Prontuário: 88173
Data de 24/11/1991	Sexo: Masculino	Data de Internação: 07/10/2018 17:38:46	Data de Alta: 23/11/2018 10:06:54
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
Resumo da Internação: # CIRURGIA TORÁCICA 7º DPO DECORTICAÇÃO PULMONAR DIREITA POR VIDEO E BRONCOSCOPIA PACIENTE SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. DRENO TORÁCICO: SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO. CD: - Retiro dreno de tórax. - VPM. - ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA BMF PACIENTE VITIMA DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA SUBMETIDO A CIRURGIA PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA			
Resultado de Exames: TC DE FACE			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MANDIBULA CIRURGIA REALIZADA POR DR TALVANE DIA 20/11/18			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: EM ANEXO			

Data: 23/11/2018


CLARISSA BARBOSA CAMPELO
GALVAO
CRM: 2537 - PB

POTÁSSIO	
SÓDIO	
EXAME DE IMAGEM	
ELETROCARDIOGRAMA	
CID10	
Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula
Condução	
Internar Paciente	

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente	JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS			BAE	1113604	Data/Hora Entrada	07/10/2018 01:19:36	Data Baixa	
Data de nascimento	24/11/1991	Idade	26a 10m 13d	Sexo	Masculino	CNS	701203053677513	Telefone de Contato	(83) 87426995 / (83) 87250824
Mãe	MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA							Prontuário	88173
Endereço	Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA			Bairro	Valentina de Figueiredo	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	MOTO X MOTO			Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	RUI MEDEIROS JUNIOR	Nº Cons. Regional	5518/PB
Data/Hora Classificação	07/10/2018 01:19:36					Data/Hora Prescrição	07/10/2018 05:53:09		

Anamnese

PACIENTE RELATA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM HISTÓRICO DE DESMAIO, NEGA MITO, ALÉRGICO A BENZETACIL, NEGA DOENÇAS SISTÊMICAS (SIC).

NO MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL, EM MACA.

A. EXAME FÍSICO FCC EM MENTO, FRATURA CORONÁRIA DOS DENTES 11 E 21, CREPITAÇÃO EM MANDÍBULA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS.

TC: OBSERVA-SE SINAIS DE FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR + FRATURA DE CÔNDILO BILATERAL, COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1- SUTURA (NA CASA NÃO TEM FIO DE AÇO PARA FAZER ODONTOSÍNTESE NO PACIENTE)
2- AGUARDA LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA CONDUTA PELA BMF
3- AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA, GERAL, NCR E BMF

CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

Conduta

1. observação

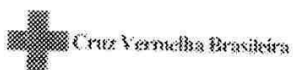
JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Rui Medeiros PhD
Especialização
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CROPE 8226 / CROPE 5518

RUI MEDEIROS JUNIOR
(: 5518/PB)

registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:20:48





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		BAE 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Baixa
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Telefone de Contato (83) 87426995 / (83) 87250824
Mãe MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA				Prontuário 88173
Endereço Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA		Bairro Valentina de Figueiredo	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RENATA MOURA XAVIER DANTAS	Nº Cons. Regional 4525/PB	
Data/Hora Classificação 07/10/2018 01:19:36		Data/Hora Prescrição 07/10/2018 16:47:33		
anamnese				
TEM TEMPO, REALIZADA ODONTOSSÍNTESE EM REGIÃO DE SÍNFISE MANDIBULAR. CD: ODONTOSSÍNTESE + PRESCRIÇÃO + INTERNAMENTO HOSPITALAR.				
DIETA				
DIETA LIVRE, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIQUIDO PASTOSA FRIA, SEM RESÍDUOS, HC E HP)				
MEDICAÇÃO				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA				
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), DILUIR 2,0 ML SE NECESSÁRIO EM CASO DE DOR FORTE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)				
KAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H				
OREXIDINA 2% DEGERMANTE 100ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA TÓPICA, 8/8H, (OBSERVAÇÕES: FAZER BOCHECHOS COM 1 ML 3 VZS AO DIA APOS ESCOVAÇÕES)				
CLINDAMICINA 600 MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)				
RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, 8/8H				
ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H				
CUIDADOS				
CABECEIRA ELEVADA A 30°				
SSVV + CCGG				
EXAME LABORATORIAL				
COAGULOGRAMA COMPLETO				
GLICOSE				
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)				
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)				
HEMOGRAMA COMPLETO				
CREATININA				
Bilete registrado por: YOLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:20:46				
UREIA				





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LUIZ
GUSTAVO DE BARROS
CORREIA
Em: 25/10/2018 18:58:26

LUIZ OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173	
Data Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 18d 17h 39min	Permanência no Leito: 6d 6h 54min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA - 25/10/2018 18:56:33)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

EXAME FÍSICO

EXAME DA EVOLUÇÃO

Paciente em pós operatório tardio de gastrectomia parcial (3 anos) por úlcera gástrica perfurada, sofreu trauma recente com presença de anastomose prévia. Submetido a laparotomia (18/10) com múltiplos abscessos. Segue ventilando espontaneamente. Ar ambiente. Confortável. Acordado, GCS 15 pontos. Sem fâscies aparente de dor. Hemodinâmica estável. Sem uso de aminas vasoativas. Glicemias estáveis. DU espontânea em torno de 2000 ml/dia. Dieta por SNE bem tolerada. Dr Aldênio (cirurgia geral) informa que a possível data de liberação de dieta oral é a partir de próximo sábado. Segue com leucocitose e elevação de PCR. RX tórax evidenciando derrame pleural moderado à direita. Solicitado TC tórax para melhor avaliação, além do parecer pela cirurgia torácica.

Temperatura: 36,4 F; 3,4 Hb; 10% L; 12360 3% bastões Pl; 380.000 Mg; 2,3 K; 3,9 PCR; 150 Ur; 13,5

ATIVIDADES DE INTERNAÇÃO

1. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS... 2. DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA PRÉVIA

3. DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX 4. SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX

OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

ATIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE

2. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS

3. ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOÍDE RAI

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1. GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

IMPRESSÃO CLÍNICA

1. SNE

2. SITUAÇÃO CLÍNICA, AFEBRIL, CONFORTÁVEL.

TRATAMENTO

1. AZOCIN 18/10

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1. SVD 18/10 - 24/10

2. SNE 18/10

3. CVC 18/10 - 24/10

RECAPITULAÇÃO DE METAS





FUMAGALLI OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de Nascimento 07/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173
Tipo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 17d 10h 35min		Permanência no Leito: 4d 23h 50min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ANDREIA CRISTINA FUMAGALLI CAINELLI - 24/10/2018 11:13:29)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1. OBJETIVO:

2. RESUMO DA EVOLUÇÃO:

Paciente em pós operatório tardio de gastrectomia parcial (3 anos) por úlcera gástrica perfurada, sofreu trauma recente com deiscência de anastomose prévia. Submetido a laparotomia (18/10) com múltiplos abscessos. Evolui estável e dinamicamente, afebril, confortável, evacuando, com boa evolução de dieta enteral. Boa diurese em SVD.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

- 18/10 L.E. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS... 2. DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA PRÉVIA
- DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX 4. SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX
- OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

- GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE
- ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS
- ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOÍDE RADIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

- GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

IMPRESSÃO CLÍNICA

1. SÍNTOMAS:

- MELHORA CLÍNICA, AFEBRIL, CONFORTÁVEL.

ANTIBIÓTICOS

- TAZOCIN 18/10

SONDAS, DRENOS E CATETERES

- SVD 18/10 - 24/10
- SNE 18/10
- CVC 18/10 - 24/10

ALCANCE DE METAS

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

1. VITAL DE RASS: NENHUM

RX TORÁX: 21/10

EXAME FÍSICO: PULMOES COM RONCOS

SISTEMA RESPIRATÓRIO

- PONTÂNEA: ESPONTÂNEA

FR: 20.00

SECREÇÕES: NENHUM





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO FORTE
DE OLIVEIRA NETO
Em: 23/10/2018 10:48:14

JOAO MAR OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saida
Data de nascimento 01/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173
Tipo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 16d 9h 29min		Permanência no Leito: 3d 22h 44min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO FORTE DE OLIVEIRA NETO - 23/10/2018 10:47:56)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM POS+OP DE LE (18/10) POR CORREÇÃO DE LESÃO GÁSTRICA EM BOCA ANASTOMÓTICA, EVOLUINDO LÚCIDO, EUPNEICO, MANTENDO HEMODINÂMICA ESTÁVEL COM BOM VOLUME URINÁRIO, RESPIRANDO ESPONTÂNEO E CONFORTÁVEL EM AR AMBIENTE. EVACUAÇÃO PRESENTE. AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 24H. LIBERADA DIETA POR SNE PELA CIRURGIA GERAL.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

- 1.: 18/10 L.E. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS... 2.: ... DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉERICA PRÉVIA
- 3.: ... DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX 4.: ... SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX
- 5.: OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

- 1.: GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE
- 2.: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS
- 3.: ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOÍDE RAD

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

- 1.: GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

MELHORA CLÍNICA, AFEBRIL, CONFORTÁVEL.

ANTIBIÓTICOS

- 1.: TAZOCIN 18/10

SONDAS, DRENOS E CATETERES

- 1.: SVD 18/10
- 2.: SNE 18/10
- 3.: CVC 18/10

CHECAGEM DE METAS

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

EXAME DE RASS: NENHUM

EXAME FÍSICO: PULMOES COM RONCOS

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: ESPONTÂNEA

FR: 12.00

SECREÇÕES: NENHUM





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO FORTE
DE OLIVEIRA NETO
Em: 20/10/2018 13:11:40

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 1d 1h 7min	Permanência no Leito: 13d 11h 52min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO FORTE DE OLIVEIRA NETO - 20/10/2018 13:11:18)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM POS+OP DE LE POR CORREÇÃO DE LESÃO GÁSTRICA E EM BOCA ANASTOMÓTICA, EVOLUINDO LÚCIDO, EUPNEICO, MANTENDO HEMODINÂMICA ESTÁVEL COM BOM VOLUME URINÁRIO, RESPIRANDO ESPONTÂNEO E CONFORTÁVEL EM AR AMBIENTE, APIRÉTICO COM 13.020 LEUCÓCITOS, AINDA EM DIETA ZERO. NO MOMENTO SEM QUEIXAS.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. 18/10 L.E. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS... 2. ... DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICAS PRÉVIA
3. ... DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX 4. ... SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX
5. OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE
2. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS
3. ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOÍDE RADIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1. GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

US ABDOMINAL LÍQUIDO LIVRE CAVIDADE ABDOMINAL MODERADA QUANTIDADE.

ANTIBIÓTICOS

1. TAZOCIN INÍCIO?
2. CLINDAMICINA INÍCIO?

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1. SVD 18/10
2. SNE 18/10
3. CVC 18/10

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS ESCALA DE RASS: NENHUM

RX TÓRAX: SOLICITADO

EXAME FÍSICO: PULMOES COM RONCOS.20

SISTEMA RESPIRATÓRIO

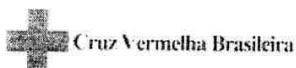
ESPONTÂNEA: ESPONTÂNEA

FR: 20.00

SECREÇÕES: NENHUM

SISTEMA CARDIOVASCULAR





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 19/10/2018 08:51:53

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 88173
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 17h 40min	Permanência no Leito: 12d 7h 32min

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 19/10/2018 08:50:53)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

*CIR. GERAL

#(1ºDPO) - PACIENTE SUBMETIDO À LE TENDO SIDO VERIFICADOS MÚLTIPLOS ABSCESSOS E DESCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA ANTIGA CAUSANDO O QUADRO DE ABDOME AGUDO. ASSIM, FOI REALIZADA AMPLA DRENAGEM COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DE SF0,9% MORNO, DESBRIDAMENTO DA ÁREA DA DESCÊNCIA DA ANASTOMOSE E RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA, COM POSICIONAMENTO DE CATETER NASOENTERAL ULTRAPASSANDO O FINAL DO Y DE ROUX, NÃO DEVENDO SER RETIRADO ATÉ AUTORIZAÇÃO DA EQUIPE DE CIR. GERAL.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI AINDA GRAVE, PORÉM ESTÁVEL NO MOMENTO. ABDOME SEM INTERCORRÊNCIAS.

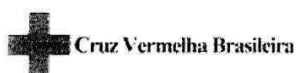
CONDUTA: AGUARDANDO VGA NO CTI.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 002
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL e CIR. VASCULAR
CRM-PB 5815





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: MARIANA
SARMENTO PIRES
Em: 17/10/2018 13:09:28

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 88173
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 5d 15h 7min	Permanência no Leito: 10d 11h 50min

EVOLUÇÃO MÉDICA (MARIANA SARMENTO PIRES - 17/10/2018 13:09:15)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CLÍNICA MÉDICA#

FRATURA DE MANDÍBULA
HÉRNIA INCISIONAL SUPRA-UMBILICAL
DOR ABDOMINAL À ESCLARECER

PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA SALA VERDE DEVIDO À DOR ABDOMINAL AGUDA. JÁ REALIZOU GASTRECTOMIA PREVIAMENTE APÓS PERFURAÇÃO DE ÚLCERA GÁSTRICA. APRESENTOU QUEDA DA HEMOGLOBINA, TENDO RECEBIDO TRANSFUSÃO DE HEMOCONCENTRADOS. NEGA MELENA OU HEMATÊMESE. DIURESE PRESERVADA. ALIMENTANDO-SE ADEQUADAMENTE.

*USG DE ABDOME REVELOU PRESENÇA DE LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL NA REGIÃO PÉLVICA, DIFICULDADE DE ANÁLISE DOS ÓRGÃO EM DECORRÊNCIA DO METEORISMO INTESTINAL.

AO EXAME FÍSICO:

REG, EUPNÉICO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, HIPOCORADO(+/-)

ABDOME DISTENDIDO, HIPERTIMPÂNICO, HÉRNIA INCISIONAL SUPRAUMBILICAL. SEM VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS.

MMII SEM EDEMAS

AC: RCR, EM 2T, BNF. SEM SOPROS

AP: MV+ ES IMÉTRICO SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

CONDUTA: AGUARDA MELHORA CLÍNICA PARA REALIZAR CORREÇÃO DE FRATURA DE MANDÍBULA
D10 DE CLINDAMICINA
SOLICITO NOVOS EXAMES

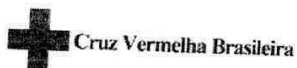
Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: MARIANA SARMENTO PIRES

Número Conselho: 11481

CS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 11/10/2018 09:50:37

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 3d 16h 12min		Permanência no Leito: 4d 8h 31min

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 11/10/2018 09:50:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA DE CONDILO MANDIBULAR BILATERAL

#FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL EM PUNHO ESQUERDO

APRESENTA INDICAÇÃO CIRURGICA PELA CBMF E ORTOPEDIA

OPME : FK 1,5

HB 8,5

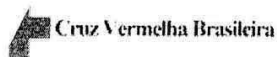
PRESCREVO 02 CONCENTRADOS DE HEMACIAS

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: MARIANA
SARMENTO PIRES
Em: 18/10/2018 12:52:38

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 88173
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 1h 3min	Permanência no Leito: 11d 11h 33min

EVOLUÇÃO MÉDICA (MARIANA SARMENTO PIRES - 18/10/2018 12:52:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CLÍNICA MÉDICA#

FRATURA DE MANDÍBULA

HÉRNIA INCISIONAL SUPRA-UMBILICAL

DOR ABDOMINAL À ESCLARECER(íleo paralítico? úlcera gástrica perfurada?)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 10 DIAS, TENDO APRESENTADO FRATURA DE MANDÍBULA. AGUARDAVA CORREÇÃO CIRÚRGICA. EVOLUI COM DOR EPIGÁSTRICA INTENSA ASSOCIADA À DISTENSÃO ABDOMINAL, HÁ 6 DIAS. NEGA FEBRE, VÔMITOS OU DIARRÉIA. DIURESE PRESERVADA. JÁ REALIZOU GASTRECTOMIA PREVIAMENTE APÓS PERFURAÇÃO DE ÚLCERA GÁSTRICA. NAS ÚLTIMAS 24 HORAS APRESENTOU MELHORA DA DISTENSÃO ABDOMINAL APÓS DIETA ZERO.

*USG DE ABDOME REVELOU PRESENÇA DE LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL NA REGIÃO PÉLVICA, DIFICULDADE DE ANÁLISE DOS ÓRGÃO EM DECORRÊNCIA DO METEORISMO INTESTINAL.

*EXAME: HB:10,7; HT:31; LEUCO:16000(83% SEGMENTADOS); PLAQUETAS:323000;TGO:4; TGP:33; PT:4,3;GLOBULINA:2,1;ALBUMINA:2,2;BT: 0,5; PCR: 174,30; AMILASE:20; GLICEMIA:135; CR:0,77; UR: 53; NA:131; K:3,7

AO EXAME FÍSICO:

REG, EUPNÉICO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, HIPOCORADO(+/-4+)

AC:RCR, EM 2T, BNF, SEM SOPROS.

AP: MV+ E SIMÉTRICO SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

ABDOME DISTENDIDO, HIPERTIMPÂNICO, HÉRNIA INCISIONAL SUPRAUMBILICAL. SEM VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS. SINAL DE BLOOMBERG NEGATIVO.

MMII SEM EDEMAS

CONDUTA: MODIFICO ANTIBIOTICOTERAPIA

SOLICITO COLOCAÇÃO DE SNG ABERTA

MANTENHO DIETA ZERO

AGUARDO AVALIAÇÃO DO LAUDO DA TC DE ABDOME

SOLICITO NOVOS EXAMES

ACOMPANHAMENTO JUNTO COM A CIRURGIA GERAL

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0015

Profissional responsável pela informação: MARIANA SARMENTO PIRES

Número Conselho: 11481



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/06/2020 10:09:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062510092951300000030478802>

Número do documento: 20062510092951300000030478802



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 18/10/2018 08:09:25

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 6d 10h 7min		Permanência no Leito: 11d 6h 50min

EVOLUÇÃO MÉDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 18/10/2018 08:09:10)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA DE MANDÍBULA

#FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL

ÍLIO PARALÍTICO?

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM BMF E CLÍNICA MÉDICA

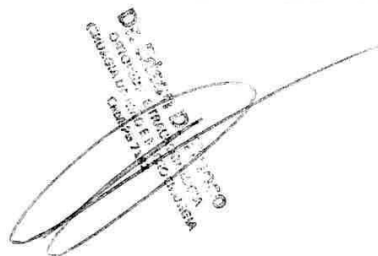
EVOLUI COM SUSPEITA DE ÍLIO PARALÍTICO

CD: SEGUIMENTO COM CLÍNICA MÉDICA / CIRURGIA GERAL PARA RESOLUÇÃO DO QUADRO OBSTRUTIVO INTESTINAL

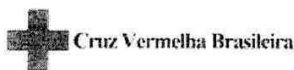
Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


Edson Delgado Tinoco
CRM: 10.100.000-00





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 18/10/2018 19:11:15

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 4h		Permanência no Leito: 11d 17h 52min

EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 18/10/2018 19:10:37)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

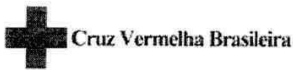
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- C #CIR. GERAL
- Pr PACIENTE SUBMETIDO À LE TENDO SIDO VERIFICADOS MÚLTIPLOS ABSCESSOS E DESCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA ANTIGA CAUSANDO O QUADRO DE ABDOME AGUDO. ASSIM, FOI REALIZADA AMPLA DRENAGEM COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DE SF0,9% MORNO, DESBRIDAMENTO DA ÁREA DA DESCÊNCIA DA ANASTOMOSE E RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA, COM POSICIONAMENTO DE CATETER NASOENTERAL ULTRAPASSANDO O FINAL DO Y DE ROUX, NÃO DEVENDO SER RETIRADO ATÉ AUTORIZAÇÃO DA EQUIPE DE CIR. GERAL.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 002
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA
CIR. GERAL e CIR. VASCULAR
CRM-PB 5815



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 11/10/2018 09:50:37

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saída
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513	Prontuário 88173
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 3d 16h 12min		Permanência no Leito: 4d 8h 31min

EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 11/10/2018 09:50:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA DE CONDILO MANDIBULAR BILATERAL

#FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL EM PUNHO ESQUERDO

APRESENTA INDICAÇÃO CIRURGICA PELA CBMF E ORTOPEDIA

OPME : FK 1,5

HB 8,5

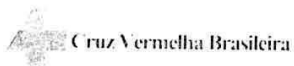
PRESCREVO 02 CONCENTRADOS DE HEMACIAS

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 10/10/2018 10:28:35

Paciente JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1113604	Data/Hora Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data/Hora Saida
Data de nascimento 24/11/1991	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 701203053677513
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 88173
Data de Entrada 07/10/2018 01:19:36	Data Internação 07/10/2018 17:38:46	Permanência na Unidade: 2d 16h 50min	Permanência no Leito: 3d 9h 9min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 10/10/2018 10:27:32)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 4º DIH, CURSANDO COM FRATURA DE SÍNFISE E CÔNDILO MANDIBULAR BILATERAL. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO. AO EXAME FÍSICO: EDEMA EM REGRESSÃO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL + SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD:1)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

2)AGUARDA REGRESSÃO DO EDEMA PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

3)ACOMPANHAMENTO CONJUNTO DA ORTOPEDIA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clarissa
Bucc-Max
CRO PB 2537





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Luciano Oliveira da Silva BE/Prontuário: 88172
Idade: 26 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: branco Data: 28/10/18
Clínica/Setor: Unidade de Cirurgia EMP: extremo LR:
Cirurgia: Laparotomia exploratória
Cirurgião: Dr. Aldemir Amorim 1º Assistente: Dr. Nelson
2º Assistente: Dr. Luiz Carlos 3º Assistente:
Instrumentador: Anestesista: Dr. João Paulo / Dr. Fábio
Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início : Término :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Processo patológico abdominal / sublin-</u>	
<u>gico - determinação de mastomiose</u>	
<u>gastro-entérico</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Laparotomia exploratória</u>	
<u>Lavagem de peritônio</u>	
<u>Suporte de mastomiose gastro-entérico</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☒ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Paulo Marcelo F. Rangei
CRM 11560

João Pessoa, 28/10/18

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

04 16 COMPRESSAS

03

04

Nome do Paciente: **Joelma Oliveira dos Santos**

ID: **26** RE: **11136041** ENFERMEIRA: **Leandro** LEITO: **16**

PROFISSÃO: **Leandro** DATA: **16/10/2018** HORA: **16:10** CIRURGIA INICIA: **19:15**

ANESTESIA: **Local** ANESTESISTA: **Henrique**

INDICADOR DE RISCO DE CIRURGIA: ASA I (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4)

GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA (L) CONTAMINADA (C) INFECTADA (I) POTENCIALMENTE CONTAMINADA (P)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	5F500	JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	5F500	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE ACC N°	
CETAMINA		JELCO N°24		FIO DE ACC N°	
DROPERIDOL		RIT SIST DREN TORACICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURIN N°		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURIN N°		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	LÂMINA BISTURIN N°		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	LÂMINA BISTURIN N°		FIO POLIGLACTINA N°	30
ISOFLURANO	PVP TOPICO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	30
LEVOBUPIVACAÍNA S VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C VASO	AGULHA 18X4,5	LUVA ESTERIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTERIL N°7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTERIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTERIL N°8,5		FITA CARDIACA	
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		RIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		RIT PAM	
BENTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°12			
DIPIRONA SÓDICA	CERA PARA OSO	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUOSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVP	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A N°		() BISTURI ELÉTRICO	
	GAZES	FIO ALGODÃO S/A N°		() CAPNOGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°		() CARDIOMONITOR	
	GEL ELETROLITICO	FIO ALGODÃO C/A N°		() DESFIBRILADOR	
	JELCO N°14			() ECOALUXILIAR	
	JELCO N°16			() FOCO CENTRAL	
	Filtro			() MICROSCOPIO	
				() NIMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

384-328



HEE7SHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 18/10/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS SEXO: M COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

LAPAROTOMIA EXPLORATORIA

CIRURGIÃO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA Médico Anestesiologista

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO CRM 6812

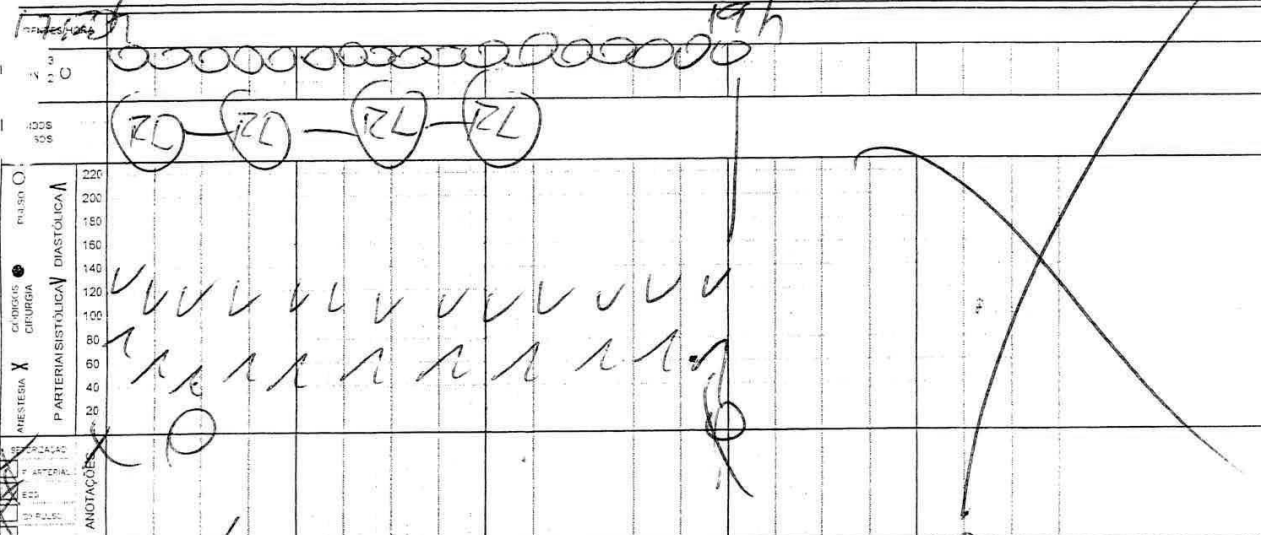
VALORES RS

ANESTESISTA

CPF

CRM-PB

6812



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

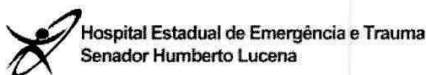
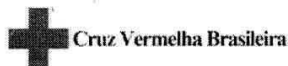
1. Alfentanil - 0,1 mg
2. Propofol - 20 mg
3. Fentanyl - 100 mcg
4. Succinilcholina - 60 mg
5. Ketorolaco - 30 mg
6. Remifentanyl - 0,1 mg
7. Fentanyl - 100 mcg
8. Alfentanil - 0,1 mg
9. Propofol - 20 mg
10. Fentanyl - 100 mcg
11. Alfentanil - 0,1 mg
12. Propofol - 20 mg
13. Fentanyl - 100 mcg
14. Succinilcholina - 60 mg
15. Ketorolaco - 30 mg
16. Remifentanyl - 0,1 mg
17. Fentanyl - 100 mcg
18. Alfentanil - 0,1 mg
19. Propofol - 20 mg
20. Fentanyl - 100 mcg

Dr. João Batista Fernandes
Médico Anestesiologista
CRM 6812

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F(ING) ASCIR 026-1





Documento de Alta

Nome JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS			Número Prontuário: 88173
Data de 24/11/1991	Sexo: Masculino	Data de Internação: 07/10/2018 17:38:46	Data de Alta: 23/11/2018 10:06:54
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
Resumo da Internação: # CIRURGIA TORÁCICA 7º DPO DECORTICAÇÃO PULMONAR DIREITA POR VIDEO E BRONCOSCOPIA PACIENTE SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. DRENO TORÁCICO: SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO. CD: - Retiro dreno de tórax. - VPM. - ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA BMF PACIENTE VITIMA DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA SUBMETIDO A CIRURGIA PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA			
Resultado de Exames: TC DE FACE			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MANDIBULA CIRURGIA REALIZADA POR DR TALVANE DIA 20/11/18			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: EM ANEXO			

Data: 23/11/2018

CLARISSA BARBOSA CAMPELO
GALVAO
CRM: 2537 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA.
TRAUMA FECHADO TORÁCICO.
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA PRÉVIA.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM MANDÍBULA; DRENAGEM TORÁCICA; LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA REALIZAÇÃO DE RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.2,6,13-15,18(BAM) P.4(RELATÓRIO) P.10(ALTA) P.29(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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: 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA+FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO+DERRAME PLEURAL + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO DE ALÇA INTESTINAIS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA E TORACOTOMIA, EXAME TORACICO PRESERVADO. DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO (APROX 45 GRAUS), LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM < 1,5CM, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: HOUE RESOLUÇÃO DO TRAUMA ABDOMINAL E TORÁCICO. CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RADIO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA+FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO+DERRAME PLEURAL + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO DE ALÇA INTESTINAIS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA E TORACOTOMIA, EXAME TORACICO PRESERVADO. DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO (APROX 45 GRAUS), LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM < 1,5CM, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

Resultados terapêuticos: HOUE RESOLUÇÃO DO TRAUMA ABDOMINAL E TORÁCICO. CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RADIO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



