

---

**Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190548544**

**Vítima: EDMILSON BEZERRA**

**Data do Acidente: 09/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), EDMILSON BEZERRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190548544                      Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

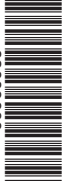
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190548544**

**Vítima: EDMILSON BEZERRA**

**Data do Acidente: 09/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), EDMILSON BEZERRA**

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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

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

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 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 joelho 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: EDMILSON BEZERRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002235-7

Conta: 000010008050-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0330332/19 3 - CPF da vítima: 535.609.494-91 4 - Nome completo da vítima: Ademilson Bezerra

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

5 - Nome completo: Ademilson Bezerra 6 - CPF: 535.609.494-91  
7 - Profissão: Emprego 8 - Endereço: 33 de Maio 9 - Número: 31 10 - Complemento:  
11 - Bairro: zona Rural 12 - Cidade: Angas de Minas 13 - Estado: AP 14 - CEP: 58250-000  
15 - E-mail: 5349428029

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascido)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:



40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0330332/109 3 - CPF da vítima: 939.609.494-91 4 - Nome completo da vítima: Edmilson Bezerra

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

5 - Nome completo: Edmilson Bezerra 6 - CPF: 939.609.494-91  
7 - Profissão: Empregado 8 - Endereço: 33 de Maio 9 - Número: 97 10 - Complemento:  
11 - Bairro: zona Rural 12 - Cidade: Angicos de Centro 13 - Estado: AP 14 - CEP: 58250-000  
15 - E-mail: 8549468@G 16 - Tel.(DDD): 8549468@G

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0235 7 CONTA: 8050 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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



40 - Local e Data, Angicos de Centro, 24-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edmilson Bezerra

43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

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

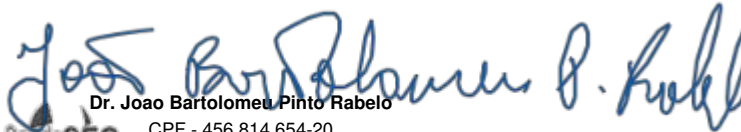
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190548544  
Nome do(a) Examinado(a): Edmilson Bezerra  
Endereço do(a) Examinado(a): 13 de Maiores/n, S/N  
Zona Rural Lagoa de Dentro PB CEP: 58250-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 2313435  
Data local do acidente: [ 09/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 21/10/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE E DO TRAUMATISMO NO JOELHO.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 27/09/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.**
- IV. Nexo de casualidade: 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:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA, APRESENTA CRISES CONVULSIVAS E QUEIXAS DE TONTURA.**  
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 (\*).
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"<br><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):<br><b>JOELHO - Lado Direito</b>   | Região Corporal (Sequela):<br><b>LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL</b>   |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><b>( X ) 50% médio</b> <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo             | % do dano: <b>( X ) 10% residual</b> <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo             |
| Região Corporal (Sequela):   | Região Corporal (Sequela):   |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**



Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 503/2019

Aos 13 dias de setembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 14h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**EDMILSON BEZERRA**, conhecido por , RG nº 2.313.435-SSP/PB, CPF nº 535.609.494-91, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: divorciado, profissão: aposentado, filho(a) de Manoel Amaro Bezerra e Severina André do Nascimento, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 06/10/1958, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua 13 de maio, nº 24, bairro: Centro-Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83) 000-000.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 9 de julho de 2019;
- 3) HORÁRIO: 0h:0min;
- 4) LOCAL: PB-085 nº , bairro -Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

**9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

SUNDOWN/WEB 100, NIV: 94J1XFBB88M065251, ano/modelo: 2008, cor prata, placa: MOA-5175/PB, licenciada em nome de MARIA DAS GRAÇAS DE LIMA.

**10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NÃO HOUVE**

**11) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada quando o farol do veículo apagou, fazendo o notificante bater em algo (não lembra o quê) e perdeu a consciência; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de Traumas de João Pessoa.

**12) OBSERVAÇÕES:**

**ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).**

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



*Edmilson Bezerra*  
**EDMILSON BEZERRA**  
Comunicante

*Kennedy*  
Kennedy De Carvalho Andrade  
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0330332/19 3 - CPF da vítima: 535.609.494-91 4 - Nome completo da vítima: Ademilson Bezerra

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

5 - Nome completo: Ademilson Bezerra 6 - CPF: 535.609.494-91  
7 - Profissão: Emprego 8 - Endereço: 33 de Maio 9 - Número: 31 10 - Complemento:  
11 - Bairro: zona Rural 12 - Cidade: Angas de Cristo 13 - Estado: AP 14 - CEP: 58250-000  
15 - E-mail: 5349428029

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascido)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:



40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



SECRETARIA DE SEGURIDAD PUBLICA  
DIRECCION GENERAL DE VIALIDAD

[illegible]

**Balim de Alandimto: 1178018**

AX ORBSTER LBSOA, 30 - PEDRO GONDIH - CHES; 123312 - Tel: 5532155705

SEGRETO GOVERNO DA PARAIBA

**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

\* အကျဉ်းချုပ်ဖော်ပြချက်များကို ဝန်ဆောင်မှုပေးသည့်နေ့စွဲအရရှိနိုင်ပါသည်။

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: EDMILSON BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02235-7

CONTA: 000010008050-2

---

Nr. da Autenticação 50CEA5432D258483

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Recibo para depósito pagamento de nota fiscal emitida em energia elétrica Nº 029.645.874

**energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-600  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 15.915.227-4

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA  
RUA 13 DE MAIO 345  
LAGOA DE DENTRO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/299214-7

## REFERÊNCIA

AGO/2019

## APRESENTAÇÃO

16/08/2019

## CONSUMO

35

## VENCIMENTO

23/08/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 32,40

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05167.829174 9 799000000003240

Pagador: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 531.141.164-34

RUA 13 DE MAIO 345 - CENTRO - LAGOA DE DENTRO / PB - CEP 00000-000

Nosso Número

Nr Documento

Data Vencimento

Valor do Documento

Valor Pago

26249120005167829

000299214201908

23/08/2019

R\$ 32,40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N. - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

09.095.183/0001-40

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE  
o trabalho**

AV. ORESTES LUIZDA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 3332165700

Boletim de Atendimento: 1176018



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 017787	Nome EDMILSON BEZENRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/10/1968	Idade 50 anos 9 meses 3 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Profissão B4817
Mãe BEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Pai MANOEL AMARO BEZERRA			
Educationalidade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) O MESMO - OUTRO PARENTE			
DDD Celular 33	Celular 90000000	DDD	Telefone	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	CPF 098004832840387		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade LAGOA DE DENTRO	CBOA		
<b>Endereço</b>				
CEP 58260000	Município da residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro TREZE DE MARO	
Número 24	Complemento	Bairro CENTRO		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 09/07/2019 21:16:31	Número de pulso 1000007638021	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Códea	Origem do paciente TRABALHO		
Classificação de risco	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Cartão de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso paciente NÃO	Plano de saúde NÃO	Via de ambulância NÃO	Trauma NÃO	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA x mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Radi X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
			ECO [ ]	Ultrassom [ ]
Dados clínicos				
Paciente vítima de acidente, com supra espinha, dor no pulso B, Torax e MTD, SFC, consciente e orientado.				
Diagnóstico				
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA				



Gerente de Saneamento  
COREN-PB 268 - EN

Imprimir





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edmilson Bezerra  
DATA DE NASCIMENTO 06/10/58  
NOME DA MÃE Severina Andra do Nascimento

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 84917  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1176016  
DATA DO ATENDIMENTO 09/07/19  
HORA DO ATENDIMENTO 21:16  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Traumatismo craniano  
CID 10 S06.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, refere cefaléia, dor em pulso direito, dor em tórax e MID, nega perda da consciência ou vômitos, apresenta edema importante em olho D, glasgow 15

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, coluna cervical  
Rx tórax, punho D, joelho D, tornozelo D  
USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC:HSA laminar temporal  
Rx:sem anormalidades  
USG:normal.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano

ALTA HOSPITALAR: 15/07/19  
DATA DA EMISSÃO: 06/09/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Serviço Hospitalar Local



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

# AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>EDMILSON BEZERRA</b>	BAE 1178016	Data/Hora Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Baixa
Data da nascimento 08/10/1958	Idade 60s Em 4d	Sexo Masculino	CNS 995004532840337
Nome <b>SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO</b>	Endereço TREZE DE MAIO, 24	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE BENTRO
Endereço TREZE DE MAIO, 24	Endereço TREZE DE MAIO, 24	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE BENTRO
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY BARRENTO PEDROSA	Data/Hora Prescrição 09/07/2019 23:17:19
Donatário Classificação 090572019 21:18:31			

## ANAMNESE

PACIENTE SOFREU TRAUMA EM MSD. E MID. APRESENTANDO DOR FORTE EM JOELHO D. E EM OMBRO E COTOVELO D.: AO EXAME: MÚLTIPAS ESCORIAÇÕES; NÃO COOPERATIVO; EXAME FÍSICO PREJUDICADO; CD: SOLICITO NOVAS RADIOGRAFIAS; REAVALIAR APÓS LIBERAÇÃO DAS OUTRAS CLÍNICAS.

## MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50/500 ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

## Conduta

Em observação

EDMILSON BEZERRA

Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 52010  
FRANCISCO KARTNEY BARRENTO PEDROSA  
(CRM 52010)

Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:16







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Sede: Rua Humberto Luzena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1176016



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 817767	Nome EDMILSON BEZERRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/10/1988	Idade 80 anos 8 meses 11 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário 84917
Mãe SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Pai MANOEL AMARO BEZERRA			
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO			Responsável (Parentesco) - OUTRO PARENTE	
DDD Celular 83	Celular 867626090	DDD		Telefone
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cria 806004532640387		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade LAGOA DE DENTRO	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58260000	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro TREZE DE MAIO	
Número 24	Complemento	Bairro CENTRO		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 08/07/2019 21:18:31	Número da pulseira 1000007638021	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO			
Caráter da atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial NÃO	Plano de saúde NÃO	Visto de embarque NÃO	Trauma NÃO	
Modo de transporte 1	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
<b>Exames complementares</b>				
Rote X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]
ECG [ ]		Ultrassonografia [ ]		
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA				CID
				Tempo 44seg

Importante



**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> EDIMILSON BEZERRA		<b>Número Prontuário:</b> 84917	
<b>Data de Nascimento:</b> 08/10/1958	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 10/07/2019 17:16:27	<b>Data de Alta:</b> 15/07/2019 15:10:30
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> conduta=TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTICONVULSIVANTE. SINTOMÁTICOS.			
<b>Resumo da Internação:</b> resumointernacao=PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TCE EM 09/07/19. EVOLUINDO COM CEFALÉIA E CONFUSÃO MENTAL. NO MOMENTO, SEM INTERCORRÊNCIAS. EF.: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. RECEBE ALTA ESTÁVEL, SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS, SEM ORIENTAÇÕES AOS FAMILIARES.			
<b>Resultado de Exames:</b> resultadoExames=TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e parietal à esquerda, relacionado ao trauma. Não há evidência de fraturas desenhadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do tórrio. O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais. As substâncias branca e cinzenta apresentam coeficientes de atenuação aos raios-x normais. Aspecto anatómico das cisternas da base e da cavidade dos hemisférios cerebrais. Ausência de desvio de estruturas centromedianas.			
<b>Tratamento:</b> tratamento=TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTICONVULSIVANTE, ANTIBIÓTICO. SINTOMÁTICOS.			
<b>Diagnóstico:</b> S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado			
<b>Recomendações:</b> recomendacoes= AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA (HTOP) EM 30 DIAS. - CONTINUAR DE OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA DOMICILIAR. - RETORNAR AO HOSPITAL DE TRAUMA SE APRESENTAR SINAIS DE ALERTA: DESMAIOS, CONVULSÕES, VÔMITOS, SONOLÊNCIA EXCESSIVA, CONFUSÃO MENTAL, PERDA DA FORÇA MUSCULAR OU OUTROS SINAIS NEUROLÓGICOS. - FAZER USO DE MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS PARA DOR DE CABEÇA LEVE E TONTURA, SE NECESSÁRIO, EM CASO DE PIORA DOS SINTOMAS, RETORNAR AO HOSPITAL.			

Data: 15/07/2019

LEONARDO PEREIRA DA COSTA  
MATIAS  
CRM: 6028 - PB







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUI**

*o trabalho*

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 8121221

Paciente <b>EDMILSON BEZERRA</b>	BAE 1176016	Data/Hora Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Saída
Data de nascimento 08/10/1958	Idade 60a 9m 4d	Sexo Masculino	Telefone do Contato (83) 90000000
Mae <b>SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO</b>		CNS 698084532640387	Prontuário 84917
Endereço <b>TREZE DE MAIO, 24</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>LAGOA DE DENTRO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA</b>	Nº Cons. Regional 6018/PB
Data/Hora Classificação 09/07/2019 21:16:31		Data/Hora Prescrição 10/07/2019 16:22:46	

## ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO:REFERE CEFALEIA. AO EXAME:GLASGOW 14.REFERE CEFALEIA,ESCORAÇÕES NA FACE,HEMATOMA PERIORBITARIO A DIREITA,SEM DEFICIT MOTOR APENDICULAR,EPNHEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DE CRANIO:HSA-T+HSDA LAMINAR A ESQUERDA. CD:EXAMES DE SANGUE+INTERNAÇÃO.

## DIETA

DIETA, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H. DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANTIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

## CUIDADOS

AFERIR PA E FC

CABECEIRA ELEVADA A 30°

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

HGT 6/6HS





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Endereço: Rua Manoel Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGRE**

*o trabalho*

**AREA LARANJA UDC**

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

**Tel: 32165700**

**CNES: 2458276**

<b>Paciente</b> <b>EDMILSON BEZERRA</b>	<b>BAE</b> <b>1178016</b>	<b>Data/Hora Entrada</b> <b>09/07/2019 21:19:31</b>	<b>Data Saída</b>
<b>Data de nascimento</b> <b>08/10/1958</b>	<b>Idade</b> <b>60a 9m 4d</b>	<b>Sexo</b> <b>Masculino</b>	<b>Telefone de Contato</b> <b>(83) 90086000</b>
<b>Mãe</b> <b>SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO</b>		<b>CNS</b> <b>838004532640387</b>	<b>Prontuário</b> <b>84917</b>
<b>Endereço</b> <b>TREZE DE MAIO, 24</b>	<b>Bairro</b> <b>CENTRO</b>	<b>Município</b> <b>LAGOA DE DENTRO</b>	<b>UF</b> <b>PB</b>
<b>Acidente</b> <b>QUEDA / OUTROS</b>	<b>Motivo</b> <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>Profissional</b> <b>MOURIBE ARRUDA FELINTO</b>	<b>Nº Cons. Regional</b> <b>7522/PB</b>
<b>Data/Hora Classificação</b> <b>09/07/2019 21:19:31</b>		<b>Data/Hora Prescrição</b> <b>10/07/2019 08:25:23</b>	

## ANAMNESE

#Ortopedia# >> Paciente vítima de acidente de trânsito relata dor em MSD e MID >> Ao exame ADM preservado, sem deformidade anatômica em membros >> Radiografia sem sinais de fraturas HD: Contusão em membros CD: Alta da ortopedia Prescrevo AINES para domicílio Em OBS pela NRC

## Conduta

Em observação

EDMILSON BEZERRA

MOURIBE ARRUDA FELINTO  
(CRM: 7522/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:15





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



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE**

*o trabalho*

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>EDMILSON BEZERRA</b>	BAE <b>1176016</b>	Data/Hora Entrada <b>09/07/2019 21:18:31</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>06/10/1936</b>	Idade <b>82a 9m 4d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 90000000</b>
Mãe <b>SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO</b>		CNS <b>888004532640387</b>	Previdência <b>84917</b>
Endereço <b>TREZE DE MAIO, 24</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>LAGOA DE DENTRO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES</b>	Nº Cons. Regional <b>11628/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>09/07/2019 21:18:31</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/07/2019 01:09:32</b>	

**ANAMNESE**

REAVLIAÇÃO USG FAST NÃO EVIDENCIOU ALTERAÇÕES ALTA DA CIRURGIA GERAL, AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES.

**Conduta**

Em observação

Dra. Michelly Mellinny Queiroga Gomes  
Méd. Cirurgia Geral  
CRM / PB 11.628

EDMILSON BEZERRA

MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES  
(CRM: 11628/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:15



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		Pr. Prescritor		Data Prescrição	
EDMILSON BEZERRA		08/10/1958		80a 5m 7d		MASCULINO		1178016		64917		13/07/2019 17:39:52	
Médico do Atendimento		Entrevista / Lobo		ÁREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014		Validade da Prescrição		13/07/2019 17:39:52 - 14/07/2019 17:30:00		Bônus			
Conteúdo		Máscula		Data da entrada:		Data da internação:		Ponto de entrada na		Ponto de saída no			
				08/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		3d 20h 24min		20h 1min			
Morte do medicamento		Dose		U.M.		Orientação de Uso		Via de Admín.		Veloc. Int.		Pos	
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°		90											
11 HQ 1000mg		100											
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		90											

JANSEN HENRIQUES CEZARINO  
CRM: 11385

*[Assinatura]*  
13.07.2019

Relatório por:

dia:

Dr. Jansen Henriques  
CRM: 11385

Assinatura e rubrica do Profissional



Nome: Jansen  
Usuário: JANSEN  
Senha: 1178016

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
EDJAILSON BEZERRA		08/10/1956		60a 8m 6d		MASCULINO		1176016		84917		12/07/2019 14:19:15	
Relativo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Unidade de Prescrição		Sessão		Sessão		Sessão		Sessão	
Conteúdo		ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002		Materiais		Sessão		Sessão		Sessão		Sessão	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Ortografia de Uso	Via de Adm.	Voloc. Int.	Pos	Apresentação

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------





# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENA JORDANI

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDMILSON BEZERRA	Data de Nascimento	05/10/1958	Idade	60a 9m 6d	Sexo	MASCULINO	Nº	1176016	Nº Prontuário	84917	Data Prescrição	12/07/2019 14:19:15
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Convenio	AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002												
Matricula												Senha	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da entrada:	09/07/2019 21:16:31	Data da Internação:	10/07/2019 17:16:27	Permanência na	2d 19h 13min	Permanência no	1d 23h 13min		
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0			Via de Admín.		Veloc. Inf.		Pos		Apazamento			
11 HOT 6/6HS	0,0												
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIENCIA	0,0												

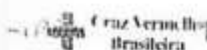
JOSE RAMALHO DA SILVA NETO  
CRM: 77703

Reimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional



Data	12/07/2019 14:29
Usuário:	JOSE RAMALHO
Senha	1176016



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: THAISE AGRA  
Bolin: 1176016  
Data Prescrição: 11/07/2019 08:21:43

Nome: EDIMILSON BEZERRA  
Data de Nascimento: 06/10/1958  
Idade: 60a 9m 5d  
Sexo: MASCULINO  
Nº: 1176016  
Nº Prontuário: 54917  
Data Prescrição: 11/07/2019 08:21:43  
Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito  
Validade da Prescrição: 11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:00:00  
Convenio: AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002  
Matricula:   
Senha:   
Data de entrada: 09/07/2019 21:16:31  
Data de internação: 10/07/2019 17:16:27  
Permanência na: 1d 11h 6min  
Permanência no: 15h 6min

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA + H <sub>2</sub> O (IVAL)	0,0			ORAL			AT
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.		24H	3x 25 3 = 75
3 CEFALOTINA 1G - D(1/7) de 1	1,0	MG		E.V.		6/8H	14 23 05 11
4 DIFENIDOL 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/8H	14 23 05 11
5 ORGANELTROM 400/250 (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		6/8H	14 23 05 11
6 KANTIDINA 500 MG/250 (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	14 05
7 FENITOINA 500 MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/8H	14 05 09
8 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	14 05
9 AFERIR PA E FC	0,0						



THAISE AGRA TEIXEIRA  
CRM: 5247

0,5% 1000ml Abaixo 1ml  
2x atenção

15/07/2019

Reimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Pág. 1107 10/12/19  
Usuário: THAISE AGS64  
Senha: 1176016

Nome		Data de Nascimento		Made	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
EDMILSON BEZERRA		08/10/1958		606 Bm Sd	MASCULINO	1176016	64917	11/07/2019 08:21:43
Histórico do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição				
		ÁREA LARANJA - UDC 8 / LEITO - 002		11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:00:00				
Convenio		Matrícula		Senha				
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data de entrada:	Data de internação:	Parâmetros na	Parâmetros no
					09/07/2019 21:16:31	10/07/2019 17:16:27	1d 11h 6min	15h 5min
10   CABECERA ELEVADA A 30°		0.0						
11   MOT EISH		0.0						
12   OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		0.0						

Dr. Thaise Ags64

THAISE AGS64 TEIXEIRA  
CRM 10847

(507719)

Reimpresso por:  
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional











PREScrição Médica

Clínica	1007/2019
Usuário	MAURO DE
Senha	1176016

Nome	EDMILSON BEZERRA	Data de Nascimento	08/10/1958	Idade	60a 5m 4d	Sexo	MASCULINO	Nº	1176016	Nº Prescritor	64917	Data Prescrição	10/07/2019 16:22:45
Motivo do Atendimento	Enfermidade / Lesão			Matrícula			Verdade da Prescrição			10/07/2019 16:22:00 - 11/07/2019 16:22:00			
Convenção	Sempre												

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Ortografia de Uso	Via de Adm.	Veloc. Inv.	Pos	Apresentação	Data da entrada:	Data da internação:	Permanência na	Permanência no
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0							09/07/2019 21:16:31		19h 70min	

11 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0										
12 HST 6/03/15	0,0										

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
 CRM: 6018

Redigido por:  
 drs:  
 Dr. Mauro Guerra  
 Neurocirurgia  
 CRM: 6018

Assinatura e Carimbo do Profissional



# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Cruz Vermelha Brasileira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Local: FRANCISCO	Codim: 1176016
------------------	----------------

<b>Nome</b>	EDMILSON BEZERRA	<b>Data do Nascimento</b>	06/10/1956	<b>Idade</b>	60a 9m 4d	<b>Sexo</b>	MASCULINO	<b>Nº</b>	1176016	<b>Nº Prontuário</b>	84917	<b>Data Prescrição</b>	09/07/2019 23:17:19
<b>Endereço de Atendimento</b>													
<b>Enfermaria / Leito</b>													
<b>Validade da Prescrição</b>	09/07/2019 23:17:00 - 10/07/2019 23:17:00												
<b>Convênio</b>	Mediunidade												
<b>Data da entrada:</b>	09/07/2019 21:16:31		<b>Data de internação:</b>			<b>Permanência em</b>			<b>Permanência no</b>				

<b>Nome do medicamento</b>	<b>Dose</b>	<b>V.M.</b>	<b>Ortografia de Uso</b>	<b>Via de Adm.</b>	<b>Voloc. Inf.</b>	<b>Pos</b>	<b>Apreensão</b>
TRAMADOL 50MG ML INJETAVEL (AMPOLA 20ML)	1.0	ML		E.V.		AGORA	93:30

Rebimpresso por:   
 data:

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO  
CRM: 5604

Dr. Frederico Nery, CRM 5804  
Ortopedia e Traumatologia  
Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Secretaria Municipal de Saúde



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SEGUE

*o trabalho*

AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES  
CNEB: 8121221 - Tel: (35) 3211-1111

Impresso por: THAISE AGRA  
TEIXEIRA  
Em: 11/07/2019 08:32:19

Nome <b>EDMILSON BEZERRA</b>		Boletim de Atendimento <b>1174018</b>	Data/Hora Entrada <b>06/07/2019 21:15:31</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>06/12/1958</b>	Idade <b>60</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>694004532540387</b>	Prontuário <b>64917</b>
Tempo de internação <b>18h 18min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plano <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>06/07/2019 21:15:31</b>	Data Internação <b>10/07/2019 17:16:37</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 19h 16min</b>	Permanência no Leito: <b>18h 18min</b>	

## EVOLUÇÃO MÉDICA (THAISE AGRA TEIXEIRA - 11/07/2019 08:32:11)

### EVOLUÇÃO

#### PROCEDIMENTO

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#### NEUROCIRURGIA

#### RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO

ECG 14/15

TC CRÂNIO - HSA TRAUMÁTICA

TC COLUMNA CERVICAL - SEM LESÃO APARENTE

TC TORAX - SEM LESÃO APARENTE

FAST - OK

LAB: NA 146 E C 1.36

CONDUTA: TC CRÂNIO CONTROLE

ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA

Sala: ÁREA LARANJA - UOC B Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: THAISE AGRA TEIXEIRA



Assinatura  
Nº 5247

Número Contato: 5247





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 15/07/2019 09:43:33  
 Usuário: LEONARDO  
 Bolusim: 1176016

Nome: EDILSON BEZERRA  
 Data de Nascimento: 06/10/1958  
 Idade: 60a 9m 9d  
 Sexo: MASCULINO  
 Nº: 1176016  
 Nº Prescrição: 84917  
 Data Prescrição: 15/07/2019 09:43:33  
 Motivo de Atendimento: Enfermeira / Leito  
 Validade da Prescrição: 15/07/2019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00:00  
 Convênio: AREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014  
 Matricula: 15072019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00:00  
 Banha: 15072019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00:00  
 Data da entrada: 09/07/2019 21:16:31  
 Data da internação: 10/07/2019 17:16:27  
 Permanência na: 5d 12h 27min  
 Permanência no: 2d 12h 4min

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Adm.	Veloc. Int.	Pos	Agrazamento
1 DIETA	0.0			ORAL			
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 200ML)	2000.0	ML		E.V.		24h	4 2 3 4
3 CEFALOTINA 10 - 0.5 (7) de 5	1.0	MG		E.V.		6h	17 23 05 11
4 DIFENHIDRAMINA 500 MG (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		6h	17 23 05 11
5 ONDANSÊTRONA 4MG (AMPOLA 2ML)	4.0	ML		E.V.		6h	17 23 05 11
6 RANITIDINA 150MG (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.V.		12/12h	17 23 05 11
7 FENTONIA 50MG (AMPOLA 5ML)	2.0	ML		E.V.		6h	17 23 05 11
8 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		12/12h	17 23 05 11
9 AFERIR PA E FC	0.0						

Reimpresso por:

dia:

Liana K.T. Sastre  
 Coord. de Enf.

Assinatura e Carimbo do Profissional




LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
 CRM: 6028

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: LEONARDO  
Bateria: 1176016

Nome	EDMILSON BEZERRA	Data de Nascimento	06/10/1958	Idade	60a Sem 9d	Sexo	MASCULINO	Nº	1176016	Nº Prontuário	184917	Data Prescrição	15/07/2019 09:43:33
Nome do Atendimento	Enfermaria / Leito		ÁREA VERDE ENF 36 / LETO - 014		Validade da Prescrição		15/07/2019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00:00						
Corrente	Matrícula		Data de entrada:		Data da internação:		Permanência no		Permanência no				
			09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		5d 12h 27min		2d 12h 4min				
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Adm.	Veloc. Inf.	Pes	Aprimoramento						


10	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0											
11	HGT. BARR.	0,0											
12	OBSERVAÇÃO DA CONSCIENTIA	0,0											
13	ESV. + CEG. +	0,0											

Relinquisco por:   
Assinatura e Carimbo do Profissional

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
CRM: 8028





 Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SE. JADOR H

Data	14/07/2019 08:13
Usuário	LEOPOLDO
Bolém	1176016
	

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDMILSON BEZERRA	Data de Nascimento	06/10/1958	Idade	60a 9m 8d	Sexo	MASCULINO	Nº	1176016	Nº Prontuário	84917	Data Prescrição	14/07/2019 08:12:35
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		AREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014		Validade da Prescrição								
						14/07/2019 17:00:00 - 15/07/2019 17:00:00							
Convênio	Matrícula				Senha								
		Data da entrada:		Data da Internação:		Permanência na		Permanência no					
		09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		4d 8h 56min		1d 8h 33min					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
1 DIETA	0,0			ORAL			lab
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.		24h	2 3 4
3 CEFALOTINA 10 - D(4/7) de 4	1,0	MG		E.V.		6/8h	17 25 05 11
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 DIFENIDOL 500MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/8h	17 25 05 11
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		8/8h	17 01 09
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
6 RANITIDINA 300MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12h	17 05
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
7 FENITOINA 500MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.		8/8h	17 01 09
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
8 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12h	17 05
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9 AFERIR PA E FC	0,0						05/07

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO  
CRM: 5960



Reimpresso por:  
data:

Assinatura e Carimbo do Profissional



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data	14/07/2019
Usuário: LEOPOLDO	
Bolha: 1178016	

Nome	EDIMILSON BIEZERRA	Data de Nascimento	08/10/1968	Idade	60a 9m 8d	Sexo	MASCULINO	Nº	1178016	Nº Prontuário	84917	Data Prescrição	14/07/2019 08:12:35
Motivo da Atendimento	Enfermaria / Leito AREA VERDE ENF 35 / LEITO - 014												
Validade da Prescrição	14/07/2019 17:00:00 - 15/07/2019 17:00:00												
Colunado	Matrícula												
	Sanha												

Data de entrada:	09/07/2019 21:16:31	Data da Internação:	10/07/2019 17:16:27	Permanência na	4d 8h 56min	Permanência no	1d 8h 33min
------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------	-------------	----------------	-------------

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Vetoc. Int.	Pes	Agrazamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	-------------

10	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0					
11	HGT 1000	0.0					
12	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0					

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO  
 CRM: 5960

Reimpresso por:  
 dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional



Reimpresso por:  
 dia:

# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sender: Humberto Lemos

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 445365 - Tel: 8332185700

Impresso por: LEONARDO  
PEREIRA DA COSTA MATIAS  
Em: 15/07/2019 08:57:31

GOVERNO DO PARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE

Nome	EDMILSON BEZERRA
Data de nascimento	06/10/1959
Idade	60
Sexo	Masculino
CNPJ	496004532640387
Prontuário	84817
Data/Hora Entrada	09/07/2019 21:16:31
Data/Hora Saída	
Boletim de Apendimento	1178016
Permanência no Unidade	5d 12h 41min
Data Internação	10/07/2019 17:16:27
Tempo de Internação	4d 16h 41min
Convênio	SUS
Plano	DIURNO
Permanência no Leito	2d 12h 18min

EVOLUÇÃO MÉDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 15/07/2019 09:55:02)



EVOLUÇÃO  
PROCEDIMENTO:  
DESCRÇÃO DA EVOLUÇÃO:  
## NEUROCIRURGIA ##

ÚLTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TCE EM 09/07/19. EVOLUINDO COM CEFALIA E CONFUSÃO MENTAL.  
NO MOMENTO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

EF: GLASGOW 14/15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.

TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e

parietal e

asquerd, relacionado ao trauma.

Não há evidência de fraturas desalinhadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais.

O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais.

As substâncias branca e cinzenta apresentam coeficientes de atenuação aos raios-x normais.

Aspecto arborístico das estruturas centromediana.

Porções visibilizadas das cavidades aéreas paranasais com transparência habitual.

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

CHAMAR FAMILIARES PARA ALTA HOSPITALAR.

Sócio: ÁREA VERDE EMF 38 Lote: LOTO - 014

Profissional responsável pelo atendimento: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Número Conselho: 6028





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 446385 - Tel.: 8332185700

Impresso por: JOSE  
RAMALHO DA SILVA NETO  
Em: 12/07/2019 14:17:16

Nome EDIMILSON BEZERRA		Boletim de Atendimento 1176016	Data/Hora Entrada 08/07/2019 21:18:31	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/12/1958	Idade 60	Sexo Masculino	CNS 698004532640387	Prontuário 84917
Tempo de internação 1d 21h 1min		Convênio SUS	Plano DIURNO	
Data de Entrada 08/07/2019 21:18:31	Data Internação 10/07/2019 17:18:27	Permanência na Unidade: 2d 17h 1min	Permanência no Leito: 1d 21h 1min	

# **EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RAMALHO DA SILVA NETO - 12/07/2019 14:17:00)**

## **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

== NEUROCIRURGIA ==

RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO

ECG 14/16

TC CRÂNIO - HSA TRAUMÁTICA

TC COLUMNA CERVICAL - SEM LESÃO APARENTE

TC TORAX - SEM LESÃO APARENTE

FAST -OK

PACIENTE EVOLUINDO COM QUADRO CLÍNICO E NEUROLÓGICO ESTÁVEIS, SEM RELATO DE INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS.

NO MOMENTO VIGIL, CONTACTUANTE, ALGO DESORIENTADO, MOBILIZANDO MEMBROS.

## **TAC DE CRÂNIO:**

"Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e parietal à esquerda, relacionado ao trauma.

Não há evidência de fraturas desalinhadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do tentório.

O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais.

As substâncias branca e cinzenta apresentam coeficientes de atenuação aos raios-x normais.

Aspecto anatômico das cisternas da base e da convexidade dos hemisférios cerebrais.

Ausência de desvio de estruturas centromedianas.

Porções visibilizadas das cavidades aéreas paranasais com transparência habitual."

## **CONDUTA:**

ALTA DA NEUROCIRURGIA

AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE RAMALHO DA SILVA NETO

Número Conselho: 77703



*[Handwritten signature]*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: EDIMILSON GUEZERRA		Data de Nascimento: 08/10/1958		Idade: 60a em 4d		Sexo: MASCULINO		Nº Prescrição: 1176016		Data Prescrição: 08/07/2019 21:28:41	
Módulo de Atendimento				Exatidão / Lado				Validade da Prescrição: 08/07/2019 21:28:00 - 10/07/2019 21:28:00			
Comentário				Medicação				Receita			
Data de entrada: 08/07/2019 21:18:31				Data de internação:				Permanência no			
Vila de origem: 100m				Permanência no				Permanência no			
Nome do médico: U.M.				Ordem de uso				Via de Adm. Valor Ind. Pos. Apresentação			

CETOPROFENO 100MG		100.0		MG		Observação: 100 ML SF 0.9%		EN		APOSEA	
-------------------	--	-------	--	----	--	----------------------------	--	----	--	--------	--

Assinatura e Carimbo do Profissional:    
 Edmilson Guezerra   
 CRM: 1176016

MICHELLE MELLINNY GUEZERRA GOMES   
 CRM: 117626



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB  
CERTIFICAD. DE REGISTRO E HABILITAC. DE VEICULO  
VIA 1 0096828189-3 00/00000000 2013  
COD. RENAVAM  
NOME

MARIA DAS GRACAS DE LIMA

04550148411

PLACA NOA5175/PB

NOVO

9411XEBB88M065751

PAS/MOTONETA/RAO APPLIC

GASOLINA

MARCA/MODELO

SUNDOWN/EEH 100

ANO FAB 2008 ANO REG 2008

2 P/97 /CI

CATEGORIA PARTIC

CON PREDOMINANTE PRATA

IPVA PAGO EM

03/05/2013

1º VENC/COTAS

FAIXA 1 PVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

A.F. AYMORE CRED FINANCI E INVEST SA

GUARABUNA - PB

40649

03/05/2013





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edimilson Bezerra  
 DATA DO ACIDENTE 09-04-2019 CPF DA VÍTIMA 535.609.494-91  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DT VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR 13 de maio  
 Nº 511 COMPLEMENTO - BAIRRO zona Rural  
 CIDADE Anga de Santos UF PA CEP 59250-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (33) 991929029

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.300,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.300,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24-09-2019  
 IDENTIDADE 2.313.495  
 ASSINATURA Edimilson

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

DATA

NOME

ASSINATURA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190548544

**Cidade:** Lagoa de Dentro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDMILSON BEZERRA

**Data do acidente:** 09/07/2019

**Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.

**Resultados terapêuticos:** HOUE RESOLUÇÃO DO TCE PORÉM RESULTOU EM CRISES CONVULSIVAS (FAZ USO DE HIDANTAL), REFERE QUEIXAS DE TONTURA, EXISTE INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO, COM GAVETA E LACKMAM POSITIVOS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 30 GRAUS DE FLEXÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO..

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/10/2019

**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 neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190548544

**Cidade:** Lagoa de Dentro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDMILSON BEZERRA

**Data do acidente:** 09/07/2019

**Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.

**Resultados terapêuticos:** HOUE RESOLUÇÃO DO TCE PORÉM RESULTOU EM CRISES CONVULSIVAS (FAZ USO DE HIDANTAL), REFERE QUEIXAS DE TONTURA, EXISTE INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO, COM GAVETA E LACKMAM POSITIVOS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 30 GRAUS DE FLEXÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO..

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/10/2019

**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 neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190548544 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P27)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** TCE

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330332/19

**Número do Sinistro:** 3190548544

**Vítima:** EDMILSON BEZERRA

**CPF:** 535.609.494-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/07/2019

**Titular do CPF:** EDMILSON BEZERRA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**EDMILSON BEZERRA : 535.609.494-91**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019  
Nome: EDMILSON BEZERRA  
CPF: 535.609.494-91

EDMILSON BEZERRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330332/19

**Vítima:** EDMILSON BEZERRA

**CPF:** 535.609.494-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/07/2019

**Titular do CPF:** EDMILSON BEZERRA

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**EDMILSON BEZERRA : 535.609.494-91**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019  
Nome: EDMILSON BEZERRA  
CPF: 535.609.494-91

EDMILSON BEZERRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA