

---

**Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190394861**

**Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

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

**Senhor(a), JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**

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, 20 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190394861**

**Vítima: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 23,90
Juros:	R\$ 16,15
Total creditado:	R\$ 1.390,05

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

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

**Recebedor: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.390,05**

**Banco: 1**

**Agência: 000002508-9**

**Conta: 000010029565-7**

**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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

121.850.994-50 JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

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

Nome completo:

JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Profissão:

REC INF

Endereço:

SIT. BARRA DE AROEIRAS

Bairro:

AREA RURAL

Cidade:

ALCANTIL

Estado:

PB

CPF:

121.850.994-50

Número:

SIN

Complemento:

CASA

CEP:

58460-000

Tel. (DDD)

(81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2508

9

CONTA:

29565

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e extensão dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e exclusiva aceitação da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE REGISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, ALCANTIL PB, 27/06/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Henrique Cardoso da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

531041



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RIACHO DE STº ANTONI  
Rua Cel. Demostenes Barbosa S/N - Centro - Riacho de Santo Antônio PB - 58460000 - 83-36411085

OCORRÊNCIA Nº 000051/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000051/19 registrada em 22/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e dois dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de Riacho de Santo Antônio PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE RIACHO DE STº ANTONI, quando encontrava-se presente a Bela. DIANNI REGINA, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:19 horas, compareceu o Sr. JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA, com 20 anos de idade, filho de JOSE ROMERO DA SILVA e ADRIANA CARDOSO XAVIER, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de RIACHO DE SANTO ANTÔNIO PB - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 4209235, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 12185099450, residindo à rua SÍTIO BARRA DE AROEIRAS, bairro ZONA RURAL, na cidade de ALCANTIL PB - PB.

#### Declarou que:

QUE no dia 24 de abril de 2019 por volta das 22:30h estava trafegando pela estrada do sítio CANUDOS, zona rural de Riacho de Santo Antonio-PB, no sentido desta cidade, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN, de placa KFF 1642, de cor AZUL de ano e modelo 1997, CHASSI 9C2JC250VVRO86355 e RENAVAL 670627232 registrado em nome de WILLIBALDO IVANILDO DA SILVA, quando colidiu em uma cerca. QUE logo após o acidente deu entrada no hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB onde foi submetido a tratamento. QUE sofreu lesões em seu maxilar. QUE ficou 10 dias internado no referido hospital. QUE sofreu tratamento cirúrgico. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Riacho de Santo Antônio PB, Quarta-feira, 22 de Maio de 2019

*Jose Henrique Cardoso da Silva*

JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Declarante

*Daniel Accioly*  
Comissário

*Daniel Accioly*

Escrivão



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

121.850.994-50 JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

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

Nome completo:

JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Profissão:

REC INF

Endereço:

SIT. BARRA DE AROEIRAS

Bairro:

AREA RURAL

Cidade:

ALCANTIL

Estado:

PB

CPF:

121.850.994-50

Número:

SIN

Complemento:

CASA

CEP:

58460-000

Tel. (DDD)

(81) 9665-0454

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2508

9

CONTA:

29565

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e extensão das sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e exclusiva aceitação da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE REGISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, ALCANTIL PB, 27/06/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Jose Henrique Cardoso da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura





SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES  
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES  
2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA6 - N° DO PRONTUÁRIO  
18820457 - CARTÃO DO SUS  
7063057825665758 - DATA DE NASCIMENTO  
01/10/19989 - SEXO  
Masc ☒ Fem ☐10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL  
ADRIANA CARDOSO CHAVIER11 - TELEFONE DE CONTATO  
8312 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
CONJUNTO CEAP, 0, BOM JESUS13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Riacho de Santo Antônio14 - CÓDIGO MUNICIPAL  
25127815 - UF  
PB16 - CEP  
58465000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupórico, apresenta exorciação em face com edema periorbital bilateral e em região mandibular, com lesão na manipulação.

## 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico etc

## 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura em face

## 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Redução + FIE

## 21 - CID 10 PRINCIPAL

## 22 - CID 10 SECUNDÁRIO

## 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fr. Mand.

## 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
AME27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO  
0228 - DOCUMENTO  
(X) CNS ( ) CPE29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
70740302896027130 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
JOSE RICARDO DOS SANTOS S31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
24/04/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CUIP EMPRESA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPE

47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

# 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: 14/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.390,05

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

CLIENTE: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02508-9

CONTA: 000010029565-7

---

Nr. da Autenticação 5A9B771563FB32CA



ADRIANA CARDOSO XAVIER  
SIT BARRA DE ARQUEIRAS, S/N - AREA RURAL  
ALCANTIL / PB CEP: 58460000 (AG. 108)

Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 6 - 265 - 495 - 3420 Referência: Mar / 2019  
Medidor: 00008025876 Emissão: 12/03/2019

**energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-620  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 021.626.795  
Cód. para Déb. Automático: 00011787645

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Mar / 2019

12/03/2019

10/04/2019

042.403.634-70

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

5/1178764-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão.  
Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua.



Anterior

Atual

Constante

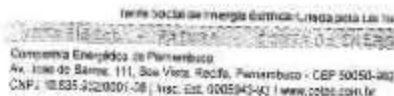
Consumo

Dias

Data	Leitura	Data	Leitura			
08/02/19	20251	12/03/19	20453	1	202	32

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/c/	Valor Base Calc	Aliq.	Icms(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)	Cotins(R\$)
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$) (1,0703%)(4,9299%)			
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,287540	8,62	8,62	27	2,33	8,62	0,09
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,492950	34,50	34,50	27	9,31	34,50	0,36
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	102,000	0,739420	75,42	75,42	27	20,36	75,42	0,81
310	Subsídio			47,43	47,43	27	12,81	47,43	0,51
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
07	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			18,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00
14	JUROS DE MORA 01/2013			1,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00
5	MULTA 01/2019			3,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00
3	Devolução Subsídio			-31,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FELIX J. NOBATO, STAFF WRITER

CENTRO S. RUBIM  
CURTUM PE  
55750-000

## CONTA CONTRATTI

31. 2000年4月  
2000年4月

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATACAO
06774795	UNICA	04/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DE CANCELAMENTO
540042314	20164195	071006

CONTA CONTRATO	0000000000
7005749888	04/2019
DADOS DE CONTATO	DADOS DE CONTATO
11/04/2019	08/05/2019
TOTAL	155.97

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

Consulente: Alrajabi & H  
Centro de Pesquisa Municipal  
CMSP Supervisão: CDC-46-1464066-1/2011/4  
CMSP Supervisão: CDC-46-14647436-1/2012/4

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
172,0000000	4,7735992	821,059056

19 JUN 2019

## CRYSTALLINE FATIGUE

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE 72ª NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		SAGA	LEITURA	SAGA	LEITURA				
02514	1.01	00000000	25 126 40	00042018	15 207 00	31	1.3008		171,00

HISTÓRICO DE CUSTAS		INCURRÊNCIAS DE TRIBUTOS			CUSTAS E SU CUSTAS		
PERÍODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição de Energia	Qtd	Valor
01/01/19 - 01/01/19	0,00				Transmissão	48	40,11
01/01/19 - 01/01/19	0,00				Transformação	48	5,30
01/01/19 - 01/01/19	0,00				Operação de Energia	48	27,70
01/01/19 - 01/01/19	0,00				Perdas de Energia	48	5,24
01/01/19 - 01/01/19	0,00				Energia Distribuída	48	1,75
01/01/19 - 01/01/19	0,00				Utilização	48	43,20
01/01/19 - 01/01/19	0,00				Total	48	123,00

0.52128000

PHD 5436 • 212 KCB 375L 1048 TORO 184

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

Prima di poter fare qualsiasi cosa, l'azienda deve essere in grado di pagare i fornitori. Le aziende che non pagano i fornitori a tempo debito, si trovano in una situazione di crisi. Le aziende che non pagano i fornitori a tempo debito, si trovano in una situazione di crisi. Le aziende che non pagano i fornitori a tempo debito, si trovano in una situazione di crisi.

© 1999 Blackwell Science Ltd  
Journal of Internal Medicine 245: 351–357



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES  
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES  
2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA6 - N° DO PRONTUÁRIO  
18820457 - CARTÃO DO SUS  
7063057825665758 - DATA DE NASCIMENTO  
01/10/19989 - SEXO  
Masc ☒ Fem ☐10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL  
ADRIANA CARDOSO CHAVIER11 - TELEFONE DE CONTATO  
8312 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
CONJUNTO CEAP, 0, BOM JESUS13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Riacho de Santo Antônio14 - CÓDIGO MUNICIPAL  
25127815 - UF  
PB16 - CEP  
58465000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupórico, apresenta exortoses em face com edema periorbital bilateral e em região mandibular, com lesão na manipulação.

## 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico etc

## 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura em face

## 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Redução + FIE

## 21 - CID 10 PRINCIPAL

## 22 - CID 10 SECUNDÁRIO

## 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fr. Mand.

## 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
AME27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO  
0228 - DOCUMENTO  
(X) CNS ( ) CPE29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
70740302896027130 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
JOSE RICARDO DOS SANTOS S31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
24/04/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CUIP EMPRESA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPE

47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

02/05/2019

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mat. Floriano Pessoa, 4700 - Mafra, Cangaçu Grande - PE  
NOME: Rebeca Valeska Soares Pereira

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 02/05/2019



GOVERNO  
DE PERNAMBUCO



GOVERNO  
DA PARAIBA

Número do Prontuário: 136520

DATA DA CIRURGIA: 02/05/2019

Número do Atendimento: 1882045 Clin: NEUROBUCO / Enf: 9 / Lei: 2

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data da Internação: 31/12/1969

Atendimento: 1882045

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA MANDIBULAR (ÂNGULO ESQUERDO)

Diagnostico Pós-Operatório: ☒ NENHUM

Cirurgia: REDUÇÃO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR

Data da

Cirurgia: 02/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesista: CRISLEIDE RODRIGUES SILVA

Tipo de anestesia: REDUÇÃO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:



Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL

2 - ANTISSEPSE EXTRA-BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE

3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

4 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

5 - ANESTESIA EXTRA-BUCAL COM LIDOCAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR

6 - ACESSO SUBMANDIBULAR

7 - DESCOLAMENTO, REDUÇÃO COM PINÇA DE REDUÇÃO

8 - BMM COM 06 PARAFUSOS IMF (COMFORT SCREW) E FIO AÇOFLEX 01

9 - FIXAÇÃO COM 01 PLACA RETA SISTEMA 2.0 04 FUROS + 03 PARAFUSOS Nº 05 E 01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA Nº 8 E COM 01 PLACA RETA SISTEMA 2.0 06 FUROS + 06

PARAFUSOS Nº 08

10 - SUTURA DE ACESSO SUBMANDIBULAR POR PLANOS COM FIO VICRYL 3-0 E NYLON 4-0

11 - REMOÇÃO DO BMM

12 - REMOÇÃO DO TAMPÃO OROFARÍNGEO

13 - CURATIVO COMPRESSIVO EXTRA-BUCAL

INÍCIO: 08:30

TERMINO: 10:20



[illegible]

20

90

Supers 10

E. 2.

10

40

56

20

202

 $\mathcal{L}_C$ 

20

L. xiphioides

LESIONADOS DE SINISTROS  
DIPINT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
25 JUN 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Rua Pedro I, 173 St. 108-João Pessoa/PB

Ne

red heart 10

40

40

10

250

20

23

1

1

1

1998



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Edi Gonçalves Cardoso da Silva</u>	Idade: <u>20</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>02/05/19</u>
Procedimento: <u>Tto. urg. de fratura de mandíbula</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Alfredo</u>	Auxiliar: <u>R. Reginaldo</u>
Anestesista: <u>Dr. Buslarla</u>	
Início: <u>08:30</u>	Término: <u>10:30</u>
Anestesia: <u>Geral</u>	

[illegible][illegible][illegible]



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

*[Handwritten signature]*

Assinatura do anestesista





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
*o trabalho*



CHECKLIST



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SEGUE  
*o trabalho*

PRÉ-OPERATÓRIO- ALAS



SETOR DE ORIGEM:	<i>Unidade Neuro</i>		
NOME:	<i>José Henrique Cardoso da Silva</i>		
PROCEDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> AVP:	LOCAL: <i>MS D</i>	JELCO Nº: <i>22</i>	<input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> JEJUM
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO:	<input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input checked="" type="checkbox"/> SABONETE PRÓPRIO	
RETIRADO:	<input type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS	<input type="checkbox"/> PERTENCES
ENCAMINHADO:	<input checked="" type="checkbox"/> HEMOG	<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA <input type="checkbox"/> RESSONÂNCIA
<input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO			<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA		
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: <i>Enfermeiro Carlos A. F. Maciel</i> COREN-PB 424955		



**BEMMED**  
ARTIGOS CIRÚRGICOS

## CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0184

PACIENTE: João Henrique Padua da Silva PRONTUÁRIO: 7887653  
HOSPITAL: Clínica de Emergências e Trauma INSTRUMENTADOR: Reginaldo  
MÉDICO: DR. A. M. Costa + DR. Reginaldo CONVÊNIO: fixo  
Data da Cirurgia: 02/06/2017 Circulante: Carla  
Procedimento: Redução + fixação de Fract de Mandíbula

### Material utilizado

Quant.	Nomenclatura	Código
1	Placa reta 4 Furos	2.0
1	Placa reta 6 Furos	2.0
10	Parafusos sendo 3 de Emerg (6 N°8) (4 N°5)	2.0
6	Parafusos de Anomafos 14F	2.0

Verificado por: \_\_\_\_\_

Visto: \_\_\_\_\_

Data: 02/06/2017

Av. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500  
Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com

*Dr. Alfredo Lucas Neto*  
Cirurgia e Traumatologia  
CRO 3631-PB



Handwritten text, mostly illegible due to blurring and bleed-through. Some words like "ablon" and "H" are visible.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
25 JUN 2019  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Dom Pedro II, 775 St. João Pessoa/PB

Handwritten text, mostly illegible due to blurring and bleed-through. Some words like "Gente" and "Seguradora" are visible.

Handwritten text, mostly illegible due to blurring and bleed-through.

Handwritten text, mostly illegible due to blurring and bleed-through.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	JOSE HENRIQUE CARDOSOS DA SILVA
DATA DO EXAME:	24/04/2019

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

**ANÁLISE:**

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresenta sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos. A porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio.*

  
**DR. ANDRÉ VENTURA**  
Médico Radiologista  
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683

Sr(a): JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA      Protocolo: 0000462212      RG: NÃO INFORMADO  
 Dr(a): JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA      Data: 25-04-2019 01:45      Origem: AREA AMARELA  
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 20 anos      Destino: AREA AMARELA

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 25/04/2019 01:45]

**Resultados**

**Valores de Referência**

**SERIE VERMELHA**

Hematócrito.....  
 Hemoglobina.....  
 Hematócrito.....  
 V.C.M.....  
 H.C.M.....  
 C.H.C.M.....

4,0 milhões/mm<sup>3</sup>  
 12,2 g/dL  
 36,0 %  
 90 fL  
 30 pg  
 34 g/dL

4,7 a 5,0 milhões/mm<sup>3</sup>  
 12,0 a 16,0 g/dL  
 40,0 a 54,0 %  
 82,0 a 92,0 fL  
 27,0 a 31,2 pg  
 32,0 a 36,0 g/dL

**SERIE BRANCA**

Linfócitos.....

12.100 /mm<sup>3</sup>  
(%)

(/mm<sup>3</sup>)

4.000 a 12.000 /mm<sup>3</sup>

Neutrófilos.....  
 Promielócitos.....  
 Miélocitos.....  
 Metamielócitos.....  
 Bastonetes.....  
 Segmentados.....  
 Eosinófilos.....  
 Típicos.....  
 Atípicos ou Reativos.....  
 Monócitos.....  
 Contagem de Plaquetas.....

0  
 0  
 0  
 5,0  
 50,0  
 0  
 0

0  
 0  
 0  
 605  
 5.680  
 0  
 0

40 a 70 %  
 40 a 70 %  
 40 a 70 %  
 40 a 70 %  
 40 a 70 %  
 40 a 70 %  
 40 a 70 %

Linfócitos.....  
 Típicos.....  
 Atípicos ou Reativos.....  
 Monócitos.....  
 Contagem de Plaquetas.....

12,0  
 0  
 3,0  
 173.000 mm<sup>3</sup>

1.452  
 0  
 363

20 a 40 %  
 20 a 40 %  
 20 a 40 %  
 20 a 40 %  
 20 a 40 %

**OBSERVAÇÕES**

Contagens revisadas e confirmadas.

Método: SANCHEZ TOVA

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
 Biomédico  
 CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 73C5-A088-FEB2-32B4-2331-E912-D8D7-B9D6



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE GONZAGA  
LABORATÓRIO DE HEMATOLOGIA



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA  
Dr(a): JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMATOLÓGIA, LUTAS, ET AL  
RG: 700462212  
Origem: 11-04-2019 01:45  
Destino: ÁREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO

12 a 13 Seg  
75% a 100% de atividade de protrombina  
VALOR DE REFERÊNCIA

TEMPO DE COAGULAÇÃO

12 a 13 Seg  
75% a 100% de atividade de protrombina  
VALOR DE REFERÊNCIA

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTPOMBINA

12 a 13 Seg

TEMPO DE PROTPOMBINA 13.1 seg

ATIVIDADE DE PROTPOMBINA 94.3 %

INR 1.05

12 a 13 Seg

75% a 100% de atividade de protrombina

VALOR DE REFERÊNCIA

DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO



Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente em 11/04/2019 01:45





ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS  
GONZAGA FERNANDES  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS  
Sistema  
Único  
de  
Saúde

Sr(a): JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA  
Dt(a): JOSE RICARDO DOS SANTOS SOUZA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000462212  
Data: 25-04-2019 01:45  
Idade: 20 anos

RG: NÃO INFORMADO  
Origem: ARPA AMARELA  
Destino: ARPA AMARELA

GLICEMIA

DATA DE COLETA: 25/04/2019 01:45

Resultado: 83 mg/dL

70 a 99 mg/dL

Resultados anteriores:

Plasma PLASMA DE 200

DATA DE AUTOMATIZADO WIENNER, METROHM 2100

URÉIA

DATA DE COLETA: 25/04/2019 01:45

Resultado: 25 mg/dL

VALOR DE REFERENCIA  
17 a 43 mg/dL

Resultados anteriores:

Genérix 1000

DATA DE AUTOMATIZADO WIENNER, METROHM 2100

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
Bomédico  
CRM - 5010



Este laudo foi assinado digitalmente com o número: E7C6-DEA7-3FC1-9EB7-5AE2-09DA-1011-9178





Sr(a): JOSE HENRIQUE CANTO  
Dr(a): JOSE RICARDO DOS SANTOS  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA

INFO INFORMADO  
PATO AMARELA  
ARSA AMARELA

### CREATININA

(DATA DA COLETA: 25/01/2019 01:45)

Resultado ..... 0,9 mg/dL

Homens:  
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00  
mg/dL  
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40  
mg/dL  
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70  
mg/dL  
12 a 17 anos: 0,50 a 1,00  
mg/dL  
18 a 60 anos: 0,90 a 1,30  
mg/dL  
61 a 90 anos: 0,80 a 1,20  
mg/dL  
Acima de 90 anos: 1,00 a 1,20  
mg/dL

Mulheres:  
Recém-nascidos até 4 dias: 0,30 a 1,00  
mg/dL  
5 dias a 3 anos: 0,20 a 0,40  
mg/dL  
4 a 11 anos: 0,30 a 0,70  
mg/dL  
12 a 17 anos: 0,50 a 1,00  
mg/dL  
18 a 60 anos: 0,80 a 1,10  
mg/dL  
61 a 90 anos: 0,60 a 1,20  
mg/dL  
Acima de 90 anos: 0,80 a 1,10  
mg/dL

Resultados anteriores:

Além disso: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto  
Biomédico  
CRM - 5010



GOVERNO  
DO PARANÁ

9

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/04/2019

Horas: 17:49:06

Médico (a) Diarista: Jose Ricardo Dos Santos Souza

**PRESCRIÇÃO MÉDICA****DADOS DO PACIENTE:**

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 5 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

DIA 24/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	S/D
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO-INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 0D-7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	S/D
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	S/D
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	S/D
5	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	S/D
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	S/D
7	HIGIENE ORAL	S/D
8	MANTER COM IFLCO HEPARINIZADO	S/D

**EVOLUÇÃO**

DATA: 24/04/2019 HORA: 17:46:11

**#BMF**

Paciente admitido vítima de acidente de moto, encontra-se consciente, orientado, eupnelco. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere dor. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral. TC mostra fratura de ângulo mandibular esq.

CD: - SOLICITO INTERNAÇÃO

- SOLICITO ECG

- SOLICITO EXAMES HEMATOLOGICOS PRÉ OPERATORIOS

ASSINATURA + CARIMBO  
Jose Ricardo Dos Santos Souza

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25.06.2019

Hora: 08:54:05

Médico(a) Titular: Rebeca Valeska Soares Pereira

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

7-1

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do protocolo: 1482635 Paciente: JOSE HENRIQUE CARBOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nº do cartão: 1482635 Paciente: JOSE HENRIQUE CARBOSO DA SILVA Data de Nascimento: 01/10/1998 Atualizado: 24/04/2019

Exame: VARIANTE: Intercorrelação: 1 Exato: 5 Diagnóstico: FRATURA DE ANGOLO DE MANDIBULA ESQUERDA

Data: 25/06/2019

MEDIC(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza MEDIC(A) ASSISTENTE: Rebeca Valeska Soares Pereira

Exame	Prescrição	Apresentação
1	GLUCOSE	2
2	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
3	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
4	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
5	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
6	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
7	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
8	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
9	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
10	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
11	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
12	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
13	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
14	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
15	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
16	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
17	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
18	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
19	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18
20	INSULINA ANLOGA 1 G/INTRA VENOSA GEXTRAMISULAE V, 100 AMP. 10 7D	18

Assinatura

Data: 25/06/2019 Hora: 08:54:05

Assinatura

Exame realizado: Vítima de acidente de moto. Encaminhada consciente, orientada, eupneica. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, dor no local, edema em face e periostio bilateral. TC mostra fratura de angulo

Exame realizado: Vítima de acidente de moto. Encaminhada consciente, orientada, eupneica. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, dor no local, edema em face e periostio bilateral. TC mostra fratura de angulo

Exame realizado: Vítima de acidente de moto. Encaminhada consciente, orientada, eupneica. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, dor no local, edema em face e periostio bilateral. TC mostra fratura de angulo

Assinatura: CARLAIBO  
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares Pereira  
CRM: 1482635  
Assistente: 1482635

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JUN 2019  
Conta Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 775 St. 106-João Pessoa/PB

25 CM  
PA 26/150  
900  
primeira vez  
Lima e depois de 2 mil  
comunicar com o  
supervisor  
de segurança

25 CM  
PA 26/150  
900  
primeira vez  
Lima e depois de 2 mil  
comunicar com o  
supervisor  
de segurança

primeira vez no mesmo quarto  
com informações no momento  
para o seguro com dados de  
Equipe

Jaci Ferreira Lima  
Seção de Entregas  
ZOREN 320635

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JUN 2019  
Gentle Seguradora S/A.  
Av. Dom Pedro I, 775 Bl. 102-1030 Passos



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clinica: NEUROBUCCO Enfermarias: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

DATA: 27/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 3D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	18
4	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	18
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O, 1COMP, 12h/12h	18
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	HIGIENE ORAL	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

### EVOLUÇÃO

DATA: 27/04/2019 HORA: 05:58:20

#BMF 4º D.L.H.

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO  
Rebeca Valeska Soares Pereira

Rebeca Valeska Soares Pereira  
CRM 100.000.000-0  
RUA JOÃO PESSOA, 100  
JARDIM JOÃO PESSOA, 100





27 24. Peli Remuneração, orientado, apêndice, supérfluo, apre-  
sentar exatidão em face, acito de 10, 10,  
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  
19-110x10 supermagnum Renacer

27  
24  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19

PA-120x70

Segue descrição de  
supermagnum 10.



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROLÓGICO Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

Dia: 26/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assuero Menezes Honorato

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 2D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Dólar em 100 ML SF	18 06
3	DIPHRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	18 18
4	PENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE ORAL	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

## EVOLUÇÃO

DATA: 26/04/2019 HORA: 07:50:49

#BMH 3º D.L.H.

Paciente admitido vítima de acidente de moto. Encontra-se consciente, orientado, eupneico. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere melhora em dor. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral, múltiplas escoriações em face, TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO  
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Odontologia  
Bucodentofacial  
Residente - CRO/PR 7227



26/04/19 Not. por, corrente, pintado por guixas,  
para encerrar em que, fite algumas outras  
PA 11/9/80 II.



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

Dia 29/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valeska Soares Pereira

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 5D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 15 14 16
4	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 14
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18 16
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	etc
7	HIGIENE ORAL.	etc
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	



## EVOLUÇÃO

DATA: 29/04/2019 HORA: 07:00:56

#BMF 6º D.L.H.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilaterais com pressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipostegmã em região lateral de órbitas. Sutura em ferimento em língua.

TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO  
Rebeca Valeska Soares Pereira

Rebeca Valeska Soares Pereira  
Médico(a) Assistente  
29/04/2019 07:02:24

29  
04  
19

PA-120x60

Pouca de molten consciente  
orientado, sem queixas,  
falta os cuidados gerais  
e segue observações de  
enfermagem.

J

29

04

19

PA-150x70

Segue observações  
de enfermagem.

J



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Q2

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROLÓGICO Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDA

DIA 28/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 40/70D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18 06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06
4	TENOXICAM 20 MG SI M DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 06
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	HIGIENE ORAL	
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	



## EVOLUÇÃO

DATA: 28/04/2019 HORA: 03:21:15

#BME 5º D.I.II.

Paciente evolui consciente, orientado, eufórico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura da boca, com oclusão, refere incômodo à palpação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbita lateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipostagma em região lateral de órbitas. TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

Referiu na noite de ontem dor em língua ao se alimentar; ao exame físico constatou-se corte profundo em dorso e lateral lingual esquerdo. Foi realizada sutura com Vicryl 3-0.

CD: - AGUARDANDO MELHORIA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO  
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucodentofacial  
Residente - CRO/PE 7227



28/04/19

2.00HS

Paciente consciente, orientado, SSU entaral,  
PA: 120x60, T: 36°C, eupneico, clam-  
pado sem dificuldades, medula-  
do segue usar os enlados da  
enfermagem. Certo

28/04/19

24.00HS

Paciente consciente, orientado,  
SSU entaral, PA: 120x60, medula-  
do segue usar os enlados  
da enfermagem. Certo  
Se segue



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M  
 Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019  
 Clínica: NEUROBUCO Internação: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

DLA 30/04/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE: Tasso Assuero Menezes Honorato /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SÓDICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 6h/7D Reconstituir 10 ML ABD. Diluir em 100 ML SF	18
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML, 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 30
4	FENOXICAM 30 MG SEM DI. UENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	12 18
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	12 18
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12
7	HIGIENE ORAL	12
8	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	12

## EVOLUÇÃO

\* Dieta LERD A PARTIR DAS 00:00 h

DATA: 30/04/2019 HORA: 07:05:02

## #BMF 7º D.L.H.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, na oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hiposfagma em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção.  
 TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

CD: - AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLÍNICO

ASSINATURA + CARIMBO  
 Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
 Cirurgia e Traumatologia  
 Bucodaxilofacial  
 Residente - CRO/PB 7227



30/04/19

J20/80

Paciente estavel nega  
dor no momento  
segue a espera de  
cirurgia

early

30/04/19

J20/80

Paciente segue stavel  
sem queixas no momento



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Jane H. M. Pereira Registro:                      Leito: 42 Setor Atual: Neuro

## 2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:            °C; P:            bpm; FR:            lpm; PA:            mmHg; FC:            bpm; SPO2:            %HGT:            mg/dl; Peso:            Kg; Altura:            cm Dor: ( ) Local:            Obs.:           

## EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:



## 3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ☒ ) Consciente ( ☒ ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) OutroGLASGOW(3-15):           Drogas (Sedação/Analgesia):           Pupilas: ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) MidriáticasMobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:           

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:           

## OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T( ) VMNI ( ) VMI TOT nº            Comissura labial nº            FiO2            % PEEP            cmH2O( ☒ ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:           

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:           Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:           Aspiração: Quantidade e aspecto:            Drano de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:           Data da inserção do dreno            /            /            Aspecto da drenagem torácica:           Gasometria arterial: PH            PCO2            PO2            HCO3            EB            SpO2            Data:            /            /            Hora:           

## PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:           

## SEGURANÇA FÍSICA

( ☒ ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:           

## REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ☒ ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.

Pele: ( ) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )  
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo.  
Cateter vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: Data da punção \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
Tipo somático: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
Alimentação: ( ) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: \_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há \_\_\_\_ dias ( ) Outros:  
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito \_\_\_\_ ml/h;  
Aspecto: ( ) Outros: Observações:  
**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
Condição da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:  
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado  
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )  
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:  
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: \_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_ Retirado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_ Curativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**CUIDADO CORPORAL**  
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente Observações:  
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória  
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
**SONO E REPOUSO**  
( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:  
**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**  
**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**  
Comunicação: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo;  
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:  
**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**  
**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**  
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:  
**INTERCORRÊNCIAS**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 30/04/2019 HORA: \_\_\_\_\_ h

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2009).

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/05/2019

Horas: 18:31:50

Médico (a) Diarista : Tasso Assuero Menezes Honorato

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCO Enfermeira: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

Dia 01/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Tasso Assuero Menezes Honorato

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA <i>DIETA ZERO 00:00 HS</i>	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 7D/7D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	<i>TS</i>
3	DIPIROXNA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	<i>TS</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<i>TS</i>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	<i>TS</i>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	<i>Ch</i>
7	HIGIENE ORAL	<i>Ch</i>
8	MANTER COM JELO HEPARINIZADO	<i>Ch</i>

## EVOLUÇÃO

DATA: 01/05/2019 HORA: 18:30:25

#BMF 8º D.I.H.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hiperemia em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

#O paciente iria ser operado hoje, porém não houve sala disponível em bloco cirúrgico.

CD: - AGUARDANDO OPORTUNIDADE CIRÚRGICA

ASSINATURA + CARIMBO  
Tasso Assuero Menezes Honorato

Dr. Tasso Assuero Menezes Honorato  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucodentofacial  
Residência - CRO/PB 7227





08  
02  
19

Paciente foi para o Bloco  
Cirurgico. Mas não foi realizado  
a cirurgia. Programada para amanhã  
02-05-19. Credenciado às 18 hs Contar com  
a presença médica.

Josilene Macêdo Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN 719.093

01  
02  
19

Paciente foi para o Bloco  
Cirurgico. Mas não foi realizado  
a cirurgia. Programada para amanhã  
02-05-19. Credenciado às 18 hs Contar com  
a presença médica.

Josilene Macêdo Santos  
Téc. de Enfermagem  
COREN 719.093



GOVERNO  
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 02/05/2019

Horas: 10:21:26

Médico (a) Diarista: Rebeca Valeska Soares Pereira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045

Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Idade: 020 Sexo: M

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER

Data de Nascimento: 01/10/1998

Admissão: 24/04/2019

Clínica: NEUROBUCA

Enfermaria: 9

Leito: 2

Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO

Dia 02/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 8h/8h OD/3D Reconstituir 10 ML. ABD, Diluir em 100 ML. SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	14 22 06
4	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	14 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML. ABD,	14 22 06
6	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP, 12h/12h	18 06
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 06
8	HIGIENE ORAL	At+
9	MANTER COM JFLCO HEPARINIZADO	At+
EVOLUÇÃO		At+

DATA: 02/05/2019 HORA: 10:20:08

#BMF 9º D.L.H.

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofagia em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.

CD: - ACOMPANHAMENTO BMF.

- Somente TC de face

ASSINATURA + CARIMBO  
Rebeca Valeska Soares Pereira



02 8As - Peto consciente, orientado, apêlvil, eupneico,  
05 em jejum para procedimento cirúrgico,  
19 SAs eliminações presentes. Segue aos cuidados  
PA=320x80 da enfermagem Renally

02 19As - PA=176x80 -----x----- Renally  
05  
19



GOVERNO  
DE PERNAMBUCO

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 03/05/2019

Horas: 07:36:13

Médico (a) Danista : Rebeca Valeska Soares Pereira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1882045 Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA Idade: 020 Sexo: M  
 Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO CHAVIER Data de Nascimento: 01/10/1998 Admissão: 24/04/2019  
 Clínica: NEUROBUCO Enfermaria: 9 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO  
 DIA 03/05/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 8h/8h 1D/3D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 8h/8h	
5	FENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1COMP. 12h/12h	
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
8	HIGIENE ORAL	
9	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

## EVOLUÇÃO

DATA: 03/05/2019 HORA: 07:35:08

#BMF 10" D.L.H. 1" D.P.O

Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hipofagema em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de ângulo mandibular E.

Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.

CD: - ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO  
Rebeca Valeska Soares Pereira

Rebeca Valeska Soares Pereira



03/05/2019

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ 08.778.288/0001-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 1700 - Médicas - Campina Grande - PB, CEP 58432-809

Data: 03/05/2019

NOME: Rebeca Valeska Soares Pereira



GOVERNO  
DA PARAIBA



SECRETARIA  
DE SAÚDE

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Data da Internação: 24/04/2019

Data da Alta: 03/05/2019

Registro: 1882045

Tempo de Permanência: -18011

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE MANDIBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

Diagnóstico Final: ☒ RESOLU

Principais Exames: - EXAMES DE IMAGEM - EXAMES HEMATOLÓGICOS

Cirurgia: REDUCAO + FIE DE FRATURA MANDIBULAR

Data: 02/05/2019

Equipe:

Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista: CRISLEIDE RODRIGUES SILVA

Medicamentos:

Infecção E.O:

Coleta de Material:

Bacteriologia:

Anatomopatológico:



Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente evolui consciente, orientado, eupneico e deambulando. Apresenta ao exame clínico, limitação de abertura bucal, má oclusão, refere incômodo à palpação e durante alimentação na região da fratura. Hematoma e edema em face e periorbital bilateral em regressão, múltiplas escoriações em face em processo de cicatrização sem sinais de infecção. Hiposfagma em região lateral de órbitas. Ferimento suturado em língua sem sinais de infecção. TC mostra fratura de ângulo mandibular E. Paciente submetido a procedimento cirúrgico, sem intercorrências.

Orientações: - REPOUSO DOMICILIAR - RETORNO PROGRAMADO - REMOÇÃO DE SUTURA - PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÃO VO

Dieta: LÍQUIDA PASTOSA

Medicações para Casa: - NIMESULIDA - DAPIRONA

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL

Retorno ao Ambulatório de : em : para retirada de pontos

ao Ambulatório de :BMF em:15/05/2019 para revisão Repouso15dias

Condições de Alta::Melhorado

Data03/05/2019

  
Assinatura/Carimbo

Rebeca Valeska Soares Pereira

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Rebeca Valeska Soares Pereira







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORDEM SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917




*José Henrique Cardoso da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.209.235 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/11/2013

NOME JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ ROMERO DA SILVA  
ADRIANA CARDOSO XAVIER

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 01/10/1998

DOC ORIGEM NASC.N.20.922 FLS.170 LIV.18  
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB

CPF 121.850.994-50

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 20/06/83

DEPARTAMENTO DE SAISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Dom Pedro I, 775 SL. 106-João Pessoa/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR JOSÉ HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 01/10/1998 Nº INSCRIÇÃO 0447 5428 1295 ZONA 018 RECAO 1118

MUNICÍPIO / UF AI CANTIL / PB DATA DE EMISSÃO 24/05/2018

JUIZ ELEITORAL

*Jose Henrique Cardoso da Silva*

VALIDO

Des. Roberto Marcelo da Fonseca Oliveira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Jose Henrique Cardoso da Silva*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 121.850.994-50

Nome JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

Nascimento 01/10/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE 34D5.21D6.6EE3.90AE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 15:52:08 do dia 06/06/2013 (hora e data de Brasília)

Algoritmo verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

SOC. DENTACE ORG. EMISOR / UF  
 3092028 003 PE

GRUPO  
 576.940.534-40

CATAMENSO  
 04/04/1968

PLAÇÃO  
 AMARO FERNANDO DE  
 OLIVEIRA ROBINHO  
 DALFANI COSTA DE  
 ALBUQUERQUE FERNANDES

PERMISSÃO  
 ADI  
 ADI

VALIDADEZ  
 15/12/2020

VALIDAÇÃO  
 25/09/1984

INSCRIÇÕES  
 A

LOCAL  
 SANTA CRUZ DO CAPIMARIZ - PE

DATA EMISSÃO  
 15/12/2015

ASSINATURA DO EMISOR  
 47587676291  
 79070298447

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1219484604

PERMISSÃO PLACIFICAR  
 1219484604

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

19 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.  
 Cx. Com Pacho I, 776 St. Nova Vida Pessoal PB

# RENOVAMENTO DE

PLACA

RTU

272 2

NOME/ENDEREÇO

ALIBALDO VANILDO DA SILVA  
SURUBI

RLA 070 E SETEMERO  
CS CENTRO

CHASSI

PLACA

79288359400

KFF 15

PLACA ANT/UF

CHASSI

N000003733

02JC250V R05

PERÍODO

ATENÇÃO

PEN 270

11/HONDA CG 125 1 AN

199

CAP POT/CIL

CATEGORIA

COR. PRE

0124/CIL

PARTIC

AZUL

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC/C

I	P	R\$	53,15	31/03/97	1º	31/
V	A	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO/COTAS	2º	30/	
		002803	3XR\$	17,72	3º	29/

PRÊMIO LÍQUIDO (R\$)

ISOF

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PA

57,20

1,15

58,35

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DEPARTAMENTO DE SEGUROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUN 2019

Genta Seguradora S/A  
Dom Pedro I, 176 SL 106-João Pessoa/PB

774061

LOCAL

CONTRAR

## Informações sobre o veículo

Placa: KFF-1642

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: HONDA/CG 125 TITAN

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C2JC250VVR086355

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 1997

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

## Observações

❏ RESTRIÇÕES

> COMUNICACAO DE VENDA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212864/19

**Vítima:** JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

**CPF:** 121.850.994-50

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 24/04/2019

**Titular do CPF:** JOSE HENRIQUE  
CARDOSO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68**

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

**JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA : 121.850.994-50**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

**Documentação recebida sem conferência.**

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019  
Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

ALINE GOMES DE BRITO



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190394861 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 3 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:** % SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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:** 3190394861 **Cidade:** Alcantil **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA **Data do acidente:** 24/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA (ÂNGULO ESQUERDO)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PG 3 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

NOME:	JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE:	4.209.235-55/SPB CPF 121.850.994-50
DATA DO ACIDENTE:	
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA
ENDEREÇO:	SIT. BARRA DE ARGIAS, SIN - AREA RURAL, ALCANTIL - PB

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FORQUETES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNIONARIO PUBLICO APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028-55/PE CPF 574.940.534-68
ENDEREÇO:	RUA JOAO BATISTA, 370, CENTRO, SURUBIM-PE



PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



ALCANTIL - PB 12 DE Maio DE 2019.

Reconheço a firma de Jose Henrique Cardoso da Silva (por Autenticidade)  
Em test. 29 da verdade dou fe  
R. do St. Antonio 22 de 05 de 2019  
10... da ...

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212864/19

**Vítima:** JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA

**CPF:** 121.850.994-50

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 24/04/2019

**Titular do CPF:** JOSE HENRIQUE  
CARDOSO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### JOSE HENRIQUE CARDOSO DA SILVA : 121.850.994-50

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019  
Nome: ALINE GOMES DE BRITO  
CPF: 079.445.364-30

ALINE GOMES DE BRITO