
Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200077967 Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

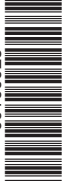
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	---

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONEN SANTOS DO O

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: **RONEN SANTOS DO O**

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

Banco: **237**

Agência: **000001898-8**

Conta: **000000018385-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

707.210.224-80

4 - Nome completo da vítima:

Rômulo Santos do G

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

5 - Nome completo:

Rômulo Santos do G

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Distrito Brejozinho

11 - Bairro:

Casa rural

12 - Cidade:

Bom de São Miguel

15 - E-mail:

romuloconsultoriaeconomerica@gmail.com

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58488-000

16 - Tel. (DDD):

(83) 99831-8821

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:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1838

CONTA:

0018385

7

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ 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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande, PB, 16/02/2020.

X Rômulo Santos do G

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 número: **0000005/2020** registrada em 13/02/2020 às 10:50, e passo a transcrever na íntegra: aos 13 dias do mês de FEVEREIRO do ano de 2020, nesta cidade de Barra de São Miguel, Estado da Paraíba no cartório de registro de ocorrência da DELEGACIA MUNICIPAL DE BARRA DE SÃO MIGUEL, quando se encontrava presente o Bel. JOAO JOALDO FERREIRA, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado COMPARECEU o senhor (a) **RÔNEN SANTOS DO Ó, RG 3.835.548, CPF 707.210.224-80 NASCIDO DIA 20/11/1992, FILIAÇÃO: OSVLADO FERREIRA NETO e MARIA JOSE DOS SANTOS, RESIDENTE no SÍTIO BREJINHO, ZONA RURAL DESTA CIDADE.** INQUIRIDO PELA AUTORIDADE DECLAROU: QUE no dia 10 de junho de 2019, por volta das 17h estava pilotando a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ESD, DE PLACA OVZ 6654, DE COR VERMELHA, DE ANO 2014, MODELO 2014, CHASSI 9C2KDO54OER047091, RENAVAM 0101001487-8 registrada em nome de VIRGINIA POLIANA OLIVEIRA em destino a vila do Pará, distrito da cidade de Santa Cruz do Capibaribe-PE, por uma estrada vicinal, quando na localidade do SÍTIO PINHOES, zona rural desta cidade, ao perder o controle em uma curva colidiu numa árvore vindo a cair. QUE deste acidente sofreu deslocamento do braço esquerdo e fraturou o osso do rosto, conhecido por "Osso Zigomático". Que foi socorrido pela ambulância desta cidade para o hospital de Trauma de Campina grande-PB. QUE ficou internado por alguns dias e realizou uma cirurgia. 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, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Barra de São Miguel, Quinta-feira, 13 de FEVEREIRO de 2020

Rônen Santos do Ó
RÔNEN SANTOS DO Ó

Daniel Accioly
Comissário

Mat. 168.318-7

COMISSÁRIO DE POLÍCIA



DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rômulo Santos do C 6 - CPF: 707.210.224-80

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Est. Brejinho 9 - Número: S/Nº 10 - Complemento:

11 - Bairro: Casa rural 12 - Cidade: Barna de São Miguel 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58488-000

15 - E-mail: mirandaconsultoriaeconomi@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 99831-8821

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: BRADESCOAGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1898 CONTA: 0018385 7

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DE SÃO MIGUEL-PB.
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.228.592/0001 - 10

DECLARAÇÃO

Venho através deste documento, enquanto responsável pela pasta da saúde do município de Barra de São Miguel, declarar que no dia 10 de Junho de 2019 foi realizado um atendimento na Unidade Básica de Saúde Doutor Sebastião Pedrosa, por volta das 18h30min, para o paciente Ronen Santos do Ó, data de nascimento 20/11/1992, CPF: 707.210.224-80, RG 3835548 SSDS/PB, filho de Maria José dos Santos e Osvaldo Ferreira Neto, vítima de acidente de moto, na estrada vicinal que dá acesso à Vila do Pará, distrito do município de Santa Cruz do Capibaribe - PE. O mesmo dirigia-se, em uma motocicleta, saindo da cidade de Barra de São Miguel - PB, em direção à Vila do Pará, onde acidentou-se ao manobrar numa curva que dá acesso ao destino. A vítima sofreu fraturas no braço, seios da face e escoriações pelo corpo, ocasionado pelo acidente, com gravidade crítica, e sendo socorrido pela Ambulância local e direcionada à Unidade Básica de Saúde Doutor Sebastião Pedrosa. O mesmo recebeu os primeiros atendimentos pela equipe de enfermagem que estava de plantão na Unidade, que após fazer avaliação, encaminhou a vítima para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, na cidade de Campina Grande-PB, para realizar avaliação e exames mais complexos, no referido dia ao dia 12/06/2019, e retornando para procedimento cirúrgico dia 25/06/2019 e tendo alta no dia 28/06/2019.

Dados do veículo
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/NXR 150 BROS ESD
Ano: 2014
Cor: Vermelha
Placa: OVZ6654
Chassi: 9C2KD0540ER047091

Como atual gestora da Secretaria de Saúde, venho através deste informativo realizar comunicação desta ocorrência.

Barra de São Miguel-PB, 13 de Fevereiro de 2020.

Suênia Beserra Costa
Suênia Beserra Costa
Secretária Municipal de Saúde
Barra de São Miguel - Paraíba

Suênia Beserra Costa
Secretária de Saúde
Portaria 0003/2017
Prefeitura Municipal de Barra de São Miguel

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONEN SANTOS DO O

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01898-8

CONTA: 000000018385-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0403202005000000000023701898000000018385135000 PAGO

EDIVANIA SEVERINA DA SILVA
SIT BREJINHO, S/N - AREA RURAL
BARRA DE SAO MIGUEL / PB CEP: 59429000 (AG: 103)



Ligação: MONOFASICO

Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro: S - 111 - 250 - B55

Medidor: 00008618920

Referencia: Jan / 2020

Emissao: 14/01/2020

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-229 Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-000
CNPJ 09.095.103/0001-40 - Insc Est 18.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 037.269.472
Cod. para Dsb. Automático: 00000179185

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2020	14/01/2020	12/02/2020	047.787.934-98 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): **6/1667918-5**

Canal de contato

Aproveite o 1º e regularize suas contas em atraso: podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
13/12/19	8716	14/01/20	8900		9	32

Demonstrativo

QCD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Aliq. (cmr) (R\$)	Base Calc. Ps. (R\$)	Defrto (R\$)
				Tributac Total (R\$)	CMR (R\$)	Pot/Consumo (R\$)	(0.8005%) (4.5601%)
0801	Consumo em kWh	190.000	0.903160	153,74	153,74	27	41,51
0801	Adic. B. Amarelo			3,78	3,78	27	1,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUICAO PUBLICA			0,00	0,00	0	0,00

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE
OFFICE OF THE CURATOR
OF THE MUSEUM OF ARTS
AND ARCHITECTURE
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE
OFFICE OF THE CURATOR
OF THE MUSEUM OF ARTS
AND ARCHITECTURE
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE
OFFICE OF THE CURATOR
OF THE MUSEUM OF ARTS
AND ARCHITECTURE
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE
OFFICE OF THE CURATOR
OF THE MUSEUM OF ARTS
AND ARCHITECTURE
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE
OFFICE OF THE CURATOR
OF THE MUSEUM OF ARTS
AND ARCHITECTURE
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE
OFFICE OF THE CURATOR
OF THE MUSEUM OF ARTS
AND ARCHITECTURE
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
DEPARTMENT OF THE HISTORY OF ARTS
AND ARCHITECTURE
OFFICE OF THE CURATOR
OF THE MUSEUM OF ARTS
AND ARCHITECTURE
540 EAST 57TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. 773-936-5000



**GOVERNO
DA PARAIBA**



**SEGUE
o trabalho**

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

Dr. Diogo Araújo
CRM/PB: 7195

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonilê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.



Dr. Diego Araújo
CRM/PB: 7195

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcela Farias
CRM/PB 6050

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PB: 6220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

NAME	
ADDRESS	
CITY	
STATE	
ZIP	
TELEPHONE	
DATE	

NAME	
ADDRESS	
CITY	
STATE	
ZIP	
TELEPHONE	
DATE	

NAME	
ADDRESS	
CITY	
STATE	
ZIP	
TELEPHONE	
DATE	

NAME	
ADDRESS	
CITY	
STATE	
ZIP	
TELEPHONE	
DATE	

NAME	
ADDRESS	
CITY	
STATE	
ZIP	
TELEPHONE	
DATE	

NAME	
ADDRESS	
CITY	
STATE	
ZIP	
TELEPHONE	
DATE	

NAME _____
ADDRESS _____
CITY _____
STATE _____
ZIP _____
TELEPHONE _____
DATE _____

NAME _____
ADDRESS _____
CITY _____
STATE _____
ZIP _____
TELEPHONE _____
DATE _____



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**



PACIENTE: RONAN SANTOS DO O

DATA DO EXAME: 10.06.2019

RADIOGRAFIA DE BRAÇO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE COTOVELO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Dr. Diogo Araújo
CRM/PB: 7195

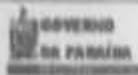
Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Faíñas
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramonilê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



PACIENTE:	RONAN SANTOS DO Ó
DATA DO EXAME:	10/06/2019

ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

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

ANÁLISE:

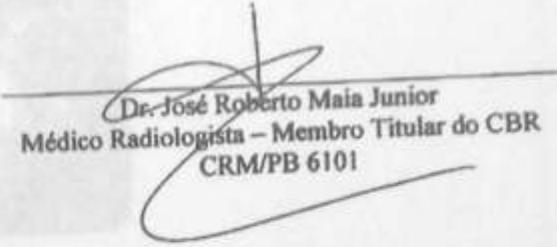
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista - Membro Titular do CBR
CRM/PB 6101



HOSPITAL DE EXPERIMENTAL E TRATAMENTO DON LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0008-62
Av. Nél. Figueira Fátima, 4789 - Miraflores, Campina Grande - PB, CEP: 56402-809 Date: 10/06/2019

Paciente: RONAN SANTOS DO O Idade: 828 N° ATEND: 1917984

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 10/06/2019 HORA: 21:24:32

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTOCICLETA

SINAIS VITAIS

HGT: SAT: 82 PA: 120/70 FC: 98 PR: 95 PESO: 70

DIABETES (SIM/NÃO) HAS (SIM/NÃO)
DES. MOTOCICLETA (SIM/NÃO)

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: REGULAR
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTOCICLETA

SINTOMAS REPERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () PLEURITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPICASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE

Escala de Unintensiidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

VERIFICADO

CONTROLE E DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DRS:

ENFERMEIRO COREN

Evilaine De Fátima Costa Neres Barbosa

BNF 01:50

Paciente vítima de acidente tipo homicídio
motociclista. Ferimentos de abdômen.

EF: hemotórax fechado e D

Costa em poltrona ortopédica

Realizada a punção de abdômen

Assintomático e estável. Ferimentos

na região abdominal.

Hemotórax fechado em local S e I.

TC: Fratura de tíbia

CD: Exatidão + avaliação

CD: Punção na região abdominal

Exatidão.

Dr. Teresinha Helena Horvath
Cirurgia e Traumatologia
Bucal - CRIO/PB 17271
Residência - CRIO/PB 17271

cirurgia geral # 23:00h
paciente readmitido após retorno
do centro de oncogen. Pedidos feitos
de torax, pelve sem alteração.
FAST negativo + abdome macio
ao exame. CD: Alta da cirurgia
geral.

HCN# - 10/06/13 - Jones
 + C.C. - P. Allen & Sons.
 1/14/14, 1/22/14, 1/23/14
 1/24/14, 1/25/14, 1/26/14

Dr. Alfredo Daniel de S. Nieto
Neuquén 11230 - P.O.E.
CERMA - C.A. RA 23426
Cpt

Philippe Rigola Senlec
Agido pacante ou respaldado quando necessário

on the ship, in

Act e Transcendental
e

Alex. há lição Teófica
de cultura de si só
PP 1º Período abstrato
e prosa na linha oratória

Osteopoda - 23:40 m

R x de colapso (E) sem sinais de putrefação / necrose.
 Exame físico sem alterações.
 Presença de microrganismos + dióxido de enxofre.
 Imobilização. Alta de O₂ produzida.
 Na fase 11-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031

Dra. Ana Isabel Rodríguez
M.D. Director of Immunology
CRIM-PS 7825

PERVINCOS REALIZADOS

COPIED PROCEEDING TO

CBO

IPADBI

Dr. Alexandre G. Pascoal
RUE DE JARDIM
CRAIA 2B: 9010
CEMEPE 28034

GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1924469 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58472-809

Data: 19/06/2019

Bairro de Emergência (B.E.) - Modelo 07

Atendente: Jussara Rubia Vilar

PACIENTE: RONEN SANTOS DO O CEP: 58483000 Nascimento: 20/11/1992

Endereço: TRUS DE MAIO

Sexo: M Telefone: 988253178

Cidade: Barra de São Miguel

Idade: 026 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS

RG: Nº: 30

Responsável:

CPF: Profissão:

Isento Civil:

Data de Anál: 19/06/2019 CNS: 7066/09445963465

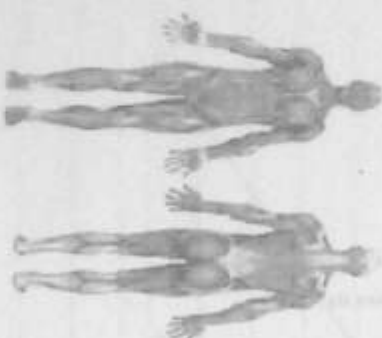
Motivo: RETORNO AMBULATORIO GERAL

Hora: 13:19:25 CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Abreção | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Inguetamento Venoso |
| 5. Certeção | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Enghamento | 26. Mordedura |
| 9. Erissma subcutâneo | 27. Movimento torácico parado-a |
| 10. Enghamento | 28. Objeto Enfiado |
| 11. Equimose | 29. Ocorrência |
| 12. F. Alma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Alma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Coriúsa | 32. Paralisia |
| 15. F. Certante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-contuso | 34. Ruptura |
| 17. F. Partura-contuso | 35. Sinal de Isquemia |
| 18. F. Parturo-certante | 36. |

OBS:

QUEMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME FÍSICO - DADOS CLÍNICOS

1. Lesão em parte superior do tórax com ferida
superficial (2). Sem alteração de vitalidade.
Sem pulso e por uma compressão

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Pupilas () Isotéricas () Anisotéricas ()

Glasgow PA
HCT: S002

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratório () Ultrassonografia: _____
() Gasometria arterial () Radiografia: _____
() Tomografia Computadorizada () _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / de /

Especialista: / / de /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Ante. de 30'	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE em Conselho e
Transmissão de informações

HTCG-Painel Administrativo	
----------------------------	--

~~At. 20000. 10/10/2000~~

SECRET
DEPARTMENT OF THE ARMY
WASHINGTON, D. C. 20315
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
ADJUTANT GENERAL'S OFFICE
ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

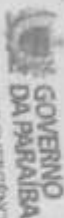
ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE

ADJUTANT GENERAL'S OFFICE



25/06/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRIAGEM DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0018-52
Av. Nel Falcão Pessoa, 4700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809 Data: 25/06/2019

Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 826 N° ATEND: 1928861

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 25/06/2019 HORA: 14:24:28

ESPECIALIDADE: BRICO MAXILO

MOTIVO: RETORNO AMBULATORIO GERAL
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO:

SINAIS VITAIS
BCT: SAT O2: PA: TEMP: FC: PR: PESO:

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:

AVALIÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() HRTADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTRIÇÃO () MELENA () SIBULOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HTCG-Paraná Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

DBS:

ENFERMEIRO/COREN
Inocência

Inocência
Enfermeiro

Q1trialmedlogica 25/06/2019 às 15:28h.

Pravna učina de akcenti automatski ho i 15dan

Apresentando história de uso regular de álcool com 10

Parvuli uplandi imberbis uel in 00 a diphysia.

rust murina albom nigra macul

#AVC SIC OD 20/25 OE 20/20

+ Various Publications

2 Bio 00 HSC 360°, cones transparent, cat, nem EA

cuatrelino Transilucido

4 Feb 00: WSC EFF VU & Macaulay arm collected

2-CD: Acordo de da BME

Achieved at Melbourne after 6 months' service.

de commerce de détail

Don Casilda Nájera M. Zamora
San Carlos, México
Código 11076

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ : _____ hs

() Centro cirúrgico

(Malta hospitalar / (A revella

(Internação (setor)

A revelia

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL.

Wohino

Assinatura do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO


CBO

10ADE

NÃO FOI ALCANÇADA A ADAPTAÇÃO DESEJADA, SENDO SUBSTITUÍDA PELA PLACA PRESENTE DA DESCRIÇÃO.

Data 27/06/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira


Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirúrgia e Traumatologia
Buccomaxilofacial
RESIDENTE - CRO/PE 6618



GOVERNO
DA PARAÍBA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Número do Prontuário: 144452

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

Número do Atendimento: 1928915 Cln: AMARELA / Enf: 10 / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Atendimento: 1928915

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA ZIGOMÁTICA (D)

Diagnostico Pós-Operatório: (C) MESMO

Cirurgia: REDUCAO + FIXACAO

Data da Cirurgia: 27/06/2019

Equipe:

urgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL (OROTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
2 - ANTISSEPSIA LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4 - ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
5 - TAMPÃO OROFARÍNGEO
6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR
7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO D
9 - FIXAÇÃO DE 01 PLACA EM "L" 2.0 mm (08 FUROS) + 05 PARAFUSOS MONOCORTICAIS EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR
15 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
16 - SUTURA COM VYCRIL 3.0
17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

INÍCIO: 08:40 HRS

TÉRMINO: 09:30 HRS

EMPRESA: BEM.MED

OBS.: UMA PLACA EM "L" COM INTERMEDIÁRIO DE 04 FUROS FOI MODELADA MAS

**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 144452

DATA DA CIRURGIA: 27/06/2019

Número do Atendimento: 1928915 Clin: AMARELA / Enf: 10 / Lei: 6

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Atendimento: 1928915

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA ZIGOMÁTICO ☒Diagnostico Pós-Operatório: ☐ HESHO

Cirurgia: REDUCAO + FIXACAO

Data da Cirurgia: 27/06/2019

Equipe:

urgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Instrumentador: ROZANA

Anestesista: DIEGO

Tipo de anestesia: GERAL (OROTRAQUEAL)

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
2 - ANTISSEPSIA LOCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4 - ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAÍNA C/ VASOCONSTRICTOR
5 - TAMPÃO OROFARÍNGEO
6 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR
7 - DIVULSÃO + DESCOLAMENTO DE TECIDOS POR PLANOS
8 - EXPOSIÇÃO DAS FRATURAS E REDUÇÃO DE FRATURA EM COMPLEXO ZIGOMÁTICO D
9 - FIXAÇÃO DE 01 PLACA EM "L" 2.0 mm (08 FUROS) + 05 PARAFUSOS MONOCORTICAIS EM PILAR ZIGOMÁTICO MAXILAR
15 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
16 - SUTURA COM VYCIRIL 3.0
17 - REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO

INÍCIO: 08:40 HRS

TÉRMINO: 09:30 HRS

EMPRESA: BEM.MED

OBS.: UMA PLACA EM "L" COM INTERMEDIÁRIO DE 04 FUROS FOI MODELADA MAS

[illegible]

CÓDIGOS		LÍQUIDOS		SÓLIDOS		ANOTAÇÕES	
VP	ARTERIAL	O PULSO	O - RESPIRAÇÃO	AX - ANESTESIA	O - OPERAÇÃO		
<p>VP</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>		<p>VP</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>		<p>SÓLIDOS</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>		<p>ANOTAÇÕES</p> <p>VP</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>	
<p>VP</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>		<p>VP</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>		<p>SÓLIDOS</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>		<p>ANOTAÇÕES</p> <p>VP</p> <p>ARTERIAL</p> <p>O PULSO</p> <p>O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA</p> <p>O - OPERAÇÃO</p>	

POSIÇÃO	Dobro lateral	
AGENTES		
TECNICA	Intubação orofaringeal P, dege, Intubação	CANULAS
OPERAÇÃO	Pro Cúrio de Fábregas de Lencastre	
QUIRURGÕES	Alfredo + Agostinho A2.	
ANESTESISTAS	Dr. Luís	
OBSERVAÇÕES		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.		PERDA SANGÜÍNEA

24

777

[illegible]

(BROWNE)

2021 =

02001

92 DOX OT from si large
OT 100 2 O
02 7/10/1000
OT X

03 NOC

03

OT 2/10/1000

05 — 51200000

07 07 07

U — bromophenol
07

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Romen Santos do O</u> <u>Dr = 20.11.92</u>						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE		
	<u>Sala</u>	<u>205</u>	<u>26 anos</u>	<u>1928861</u>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		
CIRURGIA <u>Tratamento cirurgico</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Alvaro + Dr.º Ribeiro + Dr.º Reginaldo</u>			CÓDIGO	
ANESTESIA <u>medicab + fixacao de fratura zigom</u>			ANESTESIA <u>Dr.º Dugo</u>				
INSTRUMENTADORA <u>Hozana</u>		DATA <u>27-06-19</u>	INICIO <u>08:30</u>	FIM <u>10:00</u>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostomia	Qtd.	FIOS		
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dofantina amp.		Cotonóide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Ineve ml <u>propofol</u>		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Mercaina 1/2 ml		Equipo de Macrogotas		Fio de Algodão Sertix		
	Nubehin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavilion amp. <u>returônico</u>		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sutapak		
	Protigmine amp.		Espadrado Larco cm		Fio de Algodão Sutapak		
	Protóxido 1/2		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelidon ml <u>midazolam</u>		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp. <u>efoprolina</u>		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Fiebo cortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml				
	Heparina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor p/ urina		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda		(Bem MED)		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica				
	<u>Soro</u>		Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Torneirinha				
	Aguilha desc. 26 x 28		Vaselina ml				
	Aguilha desc. 3 x 4,5		Gelcon 18				
	Aguilha p/ raque nº		Latare				
	Álcool de Enfermagem 70%		<u>elctrodo</u>				
	Álcool Iodado ml		<u>21 tubo 3.0</u>				
	Ataduras de Crepon		<u>21 filtro 21 tubo</u>				
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
				EQUIPAMENTOS			
				() Oxímetro de Pulso			
				() Foco Auxiliar			
				() Serra			
				() Eletrocautério			
				() Desfibrilador			
				() Oxícapnógrafo			
				() Foco Frontal			
				() Cardiomonitor			
				() Fonte de Luz			
				() Perfurador Elétrico			
CIRCULANTE RESPONSÁVEL							
Francicleide Garcia S. Cândido							

MOO 604

1994

1. The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function $f(x)$ defined by the equation

GOVERNO DA PARAIBA **SEGUE o trabalho**

GOVERNO DA PARAIBA **SEGUE o trabalho** **KLIST PRÉ-OPERATÓRIO- ALIAS**



SETOR DE ORIGEM: <i>Renovação</i>	
NOME: <i>Vanessa Soares da O</i>	
PROCEDIMENTO:	
<input checked="" type="checkbox"/> AVP: LOCAL: <i>USP</i>	GELCO Nº: <i>20</i> <input type="checkbox"/> AV <input checked="" type="checkbox"/> JE <input checked="" type="checkbox"/> M
BANHO PRÉ-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> COM CLOREXIDINA	<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
RETIRADO: <input checked="" type="checkbox"/> PRÓTESE DENTÁRIA	<input type="checkbox"/> ADORNOS <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> RESERVA DE HEMODERIVADO	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
ENFERMEIRO RESPONSÁVEL:	COREN: <i>Alma Maria M. Henriques</i>
	<i>ENFERMEIRA</i>
	COREN-PB: 346.064

1052 47

1288807

amofor
and out 2

Thurs - 20th March 1970
DONT
PR 20 46
about 1000m high 20+000m high
about 1000m high 20+000m high

0 ph blue mangel

around 100m high 20+000m high

about 1000m high 20+000m high

PR 20 46

0 2 2000m high 20+000m high 10
0 2 2000m high 20+000m high 20

0 2 2000m high 20+000m high 10

most abundant 1000m high 20+000m high
abundant 1000m high 20+000m high

9/08/20 46

BEMMED

ARTIGOS CIRÚRGICOS

CONTROLE CIRÚRGICO

Nº 0201

PACIENTE:

Rogério Santos do O

PRONTUÁRIO:

1928861

HOSPITAL:

de Emergência e Trauma

INSTRUMENTADOR:

Rogério

MÉDICO:

DR. Alfredo + DR. Reginaldo

CONVÊNIO:

Extra Duz

Data da Cirurgia:

27 / 06 / 2019

Circulante:

Uma e

Procedimento:

Redução + fixação de fr. da zigonática - Dueda

Material utilizado

Quant.	Nomenclatura	Código
01	Placa L para 9 furos ABS. Lateral 15cm	2.0
05	Parafusos autoperforantes 16 G	2.0
1	Placa L para 4 furos ABS. For. modelação, colocada e utilizada para fixação	2.0
	Dr. Alfredo Lucius Neto Cirurgia e Traumatologia BUCOMAXIL OFICIAL CRO-PB 3631	

Verificado por:

Visto:

Data:

27 / 06 / 2019

Av. Odon Bezerra, 64 - Tambiá - João Pessoa - PB - CEP: 58.020-500

Fone: (83) 3024-8602 - E-mail: bemmedopme@gmail.com



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, Dispnéia = 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 ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10



Assinatura do anestesista

2



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Deino

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica		
Paciente: <i>Ronny Souza do O</i>	Idade: <i>66</i>	
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>27/06</i>	
Procedimento: <i>Talamento cirurgia redução + fix de fratura tibial</i>		
Cirurgião: <i>Dr. Eduardo</i>	Auxiliar:	Anestesista: <i>Dr. Diego</i>
Início: <i>08:30</i>	Término: <i>10:00</i>	Anestesia: <i>Gua 2</i>

[illegible][illegible]

Observações:

10:30 #5100#
Paciente consciente, SpO2 95% com oxigênio nasal.
O flumazenil de 4mg foi administrado.
10:30 Suspensão da anestesia geral planejada.

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 11

SECRET
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

PLANT INDUSTRY
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D. C.

Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó
Dir(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 8006473492
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos

R(a): NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2'00''

(DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55)
Materiais: sangue
Reagentes: Citrato

Valores de Referência:
DE 1 A 3 MINUTOS

TEMPO E ATIVIDADE DE PROTHROMBINA

(DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55)

TEMPO DE PROTHROMBINA..... 13.2 segundos
ATIVIDADE DE PROTHROMBINA 93.4 %
INR..... 1.06

1.2 a 1.5 seg

100 a 150% de atividade de protrombina

VALOR DE REFERENCIA:

Em plasma

coagulante.....

1.0 a 1.30

Em pacientes que fazem uso de

anticoagulantes orais 2.0 a 3.0

Resultados anteriores:

Plasma Controle..... 12.5

Materiais: PLASMA CITRATADO

Reagentes: COAGULOMETRICO

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'00''

(DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55)

Materiais: Sangue

Reagentes: Lixa-White

Valores de Referência:
DE 3 A 10 MINUTOS

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

(DATA DE COLETA: 26/06/2019 11:55)

Resultado..... 26.3 segundos

Resultados anteriores:

Materiais: PLASMA CITRATADO

Reagentes: COAGULOMETRICO

25.2 a 34.2 segundos

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: RNSF-E768-SFER-0936-1744-8909-1381-3074

UNITED STATES OF AMERICA
DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

CONFIDENTIAL

TO : DIRECTOR, FBI (100-442100)
FROM : SAC, NEW YORK (100-100000)
SUBJECT: [Illegible]

RE: [Illegible]
DATE: [Illegible]
BY: [Illegible]
CLASS: [Illegible]
EXTENSION: [Illegible]

CONFIDENTIAL

100-442100-111



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): REXAN SANTOS DO O
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000473492
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

GLICEMIA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55]

Resultado..... 103 mg/dL

Resultados anteriores:

Materiais: PLASMA DO SORO

Método: Automatizado WINKER, METROLAB 2300

VALORES DE REFERENCIA: 70 a 99 mg/dL

URÉIA

[DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55]

Resultado..... 35 mg/dL

Resultados anteriores:

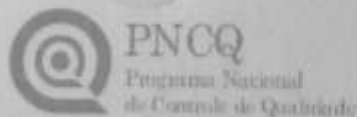
Materiais: SORO

Método: AUTOMATIZADO WINKER, METROLAB 2300

VALOR DE REFERENCIA: 17 a 43 mg/dL


Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Bomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2703-EDRF-6170-5009-6DDC-4D22-6A1F-D2A0



Emissão: 26/06/2019 13:01 - Página 1 de 1

2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030

ALLIANCE

Type 0.8

১৯৭১ সালের ১৫ আগস্ট
 ঢাকা, বাংলাদেশ
 প্রাপ্তি: ১৫/৮/৭১

Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 8008473492
Data: 26-06-2019 11:55
Idade: 26 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: AREA AMARELA
Destino: AREA AMARELA

CREATININA

(DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:55)

Resultado 1,0 mg/dL

Homens/mulheres até 17 anos.
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
Homens:
18 a 60 anos.....: 0,90 a 1,30
mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,80 a 1,30
mg/dL
Acima de 90 anos.....: 1,00 a 1,70
mg/dL
Mulheres:
18 a 60 anos.....: 0,40 a 1,10
mg/dL
61 a 90 anos.....: 0,60 a 1,20
mg/dL
Acima de 90 anos.....: 0,60 a 1,30
mg/dL

Resultados anteriores:

Material: SORO

Método: Automatizado WIENER, METROLAB 2300

Gerardo Rimalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2703-EDBF-6170-5009-6DDC-4D22-6A1F-D2A0

SECRET
U.S. DEPARTMENT OF THE ARMY
OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
WASHINGTON, D.C. 20315

TO: THE SECRETARY OF THE ARMY
FROM: THE ADJUTANT GENERAL
SUBJECT: [Illegible]

1. [Illegible]
2. [Illegible]
3. [Illegible]

4. [Illegible]
5. [Illegible]
6. [Illegible]

7. [Illegible]
8. [Illegible]
9. [Illegible]
10. [Illegible]

11. [Illegible]
12. [Illegible]

13. [Illegible]
14. [Illegible]

15. [Illegible]
16. [Illegible]

17. [Illegible]
18. [Illegible]

Sr(a): RENAN SANTOS DO Ó Protocolo: 0000473492 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): SEM IDENTIFICACAO MEDICA Data: 26-06-2019 11:55 Origem: AREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 26 anos Destino: AREA AMARELA

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 26/06/2019 11:54)

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.9 milhões/mm ³	4.2 a 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15.0 g/dL	13.5 a 16.0 g/dL
Hematócrito.....	45.0 %	40.0 a 52.5 %
V.C.M.....	92 fL	82.0 a 102.0 fL
H.C.M.....	31 pg	27.0 a 31.0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	12.9 a 16.0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.400 /mm ³	5.900 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	1,0	54
Segmentados.....	61,0	3.294
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	35,0	1.890
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	3,0	162
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	158.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

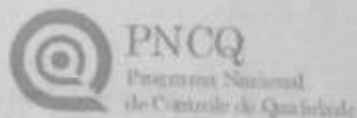
OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Materiais: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCÓPIA

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
Biomédico
CRBM - 5010

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: D53F-F61D-C8CD-BC34-D176-A05b-B92E-65DD



26.06.19 2044.

P.A = 100860

12/11/19



UNIBH ESCOLA DE MEDICINA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA ROSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

Dia 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Rebeca Valéria Soares Pereira /

Item	Prescrição	Agrazamento
1	ERETA PASTORA	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 06/06	
3	SE NECESSÁRIO	
4	HIGIENE ORAL	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
6	MANTER COM JEICO HEPARINIZADO	
7	EM BRACO ESQUERDO	

SOLUÇÃO

DATA: 26/06/2019 HORA: 08:22:57

RBMF 2º D.L.H

Paciente em retorno pós trauma motociclístico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hipofagm. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

CD: - PACIENTE APTO A CIRURGIA PELA RBMF (CIRURGIA PROGRAMADA P/ AMANHÃ DIA 26/06)

 ASSINATURA + CARIMBO
 Rebeca Valéria Soares Pereira

C
C
C



GOVERNO
DO PARANÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/06/2019

Horas: 15:23:24

Médico (a) Diarista : Jose Ricardo Dos Santos Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMATICO DIREITO

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Ricardo Dos Santos Souza /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	AV
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h SE NECESSARIO	
3	HIGIENE ORAL	
4	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
5	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO EM BRACO ESQUERDO	AP

EVOLUÇÃO

DATA: 25/06/2019 HORA: 15:18:09

#BMF

Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clinico e tomografico observa-se fratura de osso zigomatico direito com perda de projeção, equimose infraorbitaria, hiposfagma. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

CD: - INTERNAÇÃO

- SOLICITO ECG

- SOLICITO EXAMES HEMATOLÓGICOS PRÉ OPERATÓRIOS

- SOLICITO PARECER OFTALMOLOGISTA

- PACIENTE APTO A CIRURGIA PELA BMF

ASSINATURA + CARIMBO

Jose Ricardo Dos Santos Souza

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

RESEARCH REPORT

GOVERNO
DA PARAÍBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: **RONEN SANTOS DO O** Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 10 Leito: 6 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMATICO DIREITO

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 8h/8h	14 20 20
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h SE NECESSÁRIO	14 20
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 04
5	HIGIENE ORAL	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2019 HORA: 09:45:38

#BMF 3º D.L.H

Paciente em retorno pós trauma motociclístico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clínico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hiposfagma. Refere diplopia, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

CD: - ACOMPANHAMENTO BMF

- *Somente RADIOGRAFIA*

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CROPB 6618

27.06.19

10, 20 Parte converte e orientada, segue mm, sem queixas,
segue aos cuidados da equipe, após dois dias eliminados pontos

Isabella Sousa da Silva
Téc. de Fm
CQREN-PA 240.572

Retornar



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 07:16:04

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1928915 Paciente: RONEN SANTOS DO O Idade: 026 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 20/11/1992 Admissão: 25/06/2019

Clinica: NEUROBUCO Enfermaria: 7 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA DE ZIGOMÁTICO DIREITO

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML E.V. 8h/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h SE NECESSÁRIO	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	HIGIENE ORAL	
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 07:15:12

#BMF 4º D.I.H 1º D.P.O

Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clinico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hiposfagma. Diplopia resolvida, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base.

Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

CD: - ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO
Rebeca Valeska Soares Pereira

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CROPB 6618

Medicações para Casa:- AMOXICILINA - NIMESULIDA - DIPIRONA - PERIOGARD

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!

ao Ambulatório de :BMF em:10/07/2019 para revisão Repouso 15 dias

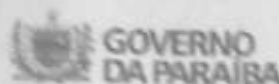
Condições de Alta::Melhorado


Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirúrgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CROPE 6618

Data 28/06/2019

Assinatura/Carimbo
Rebeca Valeska Soares Pereira

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



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 06.778.268/0001-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - São João, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Branco de Emergência (B.E.) - Modelo 03

Data: 28/06/2019
Nome: Roberta Valeska Soares Pereira

Retornar



UNIBI CAMPINA GRANDE

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: RONEN SANTOS DO O

Data da Internação: 25/06/2019

Data da Alta: 28/06/2019

Registro: 1928915

Tempo de Permanência: -18073

Diagnóstico Inicial: FRATURA LICCHÁTICO DIREITO

Diagnóstico Final: ☐ NE.SHO

Cirurgia: REDUCAO E FIE

Data: 27/06/2019

Equipe:

Cirurgião: ALFREDO LUCAS NETO

Aux 1: REGINALDO FERNANDES DA SI

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista: DIEGO

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações): Paciente em retorno pós trauma motociclistico de aproximadamente 15 dias. Ao exame clinico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito com perda de projeção, equimose infraorbitária, hiposfagma. Diplopia resolvida, sem restrição de oculomotora. Nega alergia ou doença de base. Procedimento cirúrgico realizado para redução e fixação de fratura sem intercorrências.

Orientações: - REPOUSO DOMICILIAR - MEDICAÇÕES VO - COMPRESSA DE GELO PRIMEIROS 2 DIAS - TERMOTERAPIA EM SEGUIDA

Dieta: PASTOSA

Handwritten text, possibly a list or notes, located in the upper right quadrant of the page. The text is faint and difficult to decipher.

ST-1 000000 000000

(0) 000000 000000

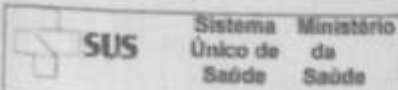
000000 000000
000000



000000
000000

000000
000000

Data da internação: 25/06/2019 Hora: 14:48:33



LAUDO 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 FERNANDES

2 - CNES
2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
RONEN SANTOS DO O

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1928915

7 - CARTÃO DO SUS
700609445963465

8 - DATA DE NASCIMENTO
20/11/1992

9 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA JOSE DOS SANTOS

11 - TELEFONE DE CONTATO
83 988253178

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
TRES DE MAIO, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Barra de São Miguel

14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250170 15 - UF PB 16 - CEP 58483000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em retorno por acidente motorciclístico de aprox. 15 dias. Ao exam. físico e tomográfico observa-se fratura de osso zigomático direito. Refr. hemiplegia (adema??), um restrição oculomotora.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame clínico etc

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Aut. de zigue (D)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução + FIE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

02

(X) CNS () CPF

707403028960271

JOSE RICARDO DOS SANTOS S

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/06/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAB DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COG. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

47 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-234



3.635.548

JOHNEN SANTOS DO Ó

DATA DE
EXPIRAÇÃO 04/03/2010

DEVALDO FERREIRA NETO

MARIA JOSÉ DOS SANTOS

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 20/11/1992

INASC.H.3382 PLS.212 LIV.A-04

CARTÓRIO BARRA DE S.MIGUEL-PB

Rômulo Santos de C.

CARTERA DE IDENTIDADE

LEI Nº 116 DE 29/06/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número

707.210.224-80

Nome

RONEN SANTOS DO O

Nascimento

20/11/1992

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

5062.9215.CD19.F593

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:59:48 do dia 06/12/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB
Nº 014666775257
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COB. REN. ERT 20190100065575-1
1 0101001487-B 00/000000000 2019

VIRGINIA POLIANA OLIVEIRA M CUNHA

02293082440

OVZ6654/PB

OVZ6654 SP

9C2KDD0540ER047091

PAS/MOTOCICLE/NAO ABILIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ESD

2014

2014

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 05/07/2019

FAIXA IPVA

A *****

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) COF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 23/09/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NAO VALIDO PARA RENOVACAO

CAMPINA GRANDE - PB

DATA

26/09/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014666775257

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 02293082440

OVZ6654/PB

01010014878 HONDA/NXR150 BROS ESD

2014

9

9C2KDD0540ER047091

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DEUTIVAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

P A G O

COTA ÚNICA

PAGAMENTO ☐ PARCELADO

DATA DE OUTUBRO 23/09/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.248.608/0001-04

CONFECÇÕES G E G/SCOPUS
VALTER GUIMARAES PER
RUA CANDIDO CASTELIANO 36 A
CENTRO B. DE S. MIGUEL PB

V19.1

13/02/2020

16:15

TERM 000001

LOJA 000000494000001

AUTE 529938

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.: 01898 - STA. CRUZ

CAPIBARIBE

PACB :161 - CONFECÇÕES G E G

AGENCIA :01898-STA. CRUZ CAPIBARIBE

CONTA :0000000018385-7

NOME :RONEN SANTOS DO O

DATA :13/02/2020

MODALIDADE:00

TIPO PESSOA: FISICA

TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

CESTA DE SERVICOS: CESTA EXPRESSO 5 -

R\$ 27.00

NSU BANCO: 004233595342

HORA : 16:15:54

SUJEITO A CONFIRMAÇÃO DO BANCO

OUVIDORIA BRADESCO

0800 727 9933

VIA DO CLIENTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063084/20

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do acidente: 10/06/2019

CPF: 707.210.224-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONEN SANTOS DO O

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RONEN SANTOS DO O : 707.210.224-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063084/20

Número do Sinistro: 3200077967

Vítima: RONEN SANTOS DO O

Data do acidente: 10/06/2019

CPF: 707.210.224-80

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONEN SANTOS DO O

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200077967 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONEN SANTOS DO O **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.19/20_CIRURGIA.

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