

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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280058

Vítima: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

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

Documentos de identificação incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280058

Vítima: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

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

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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280058 **Vítima: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO**

Data do Acidente: 02/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização o 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: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000037308-1

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, retorno 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,





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL
Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

C E R T I D Ã O .
459/2019



CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 459/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos oito dias do mês de abril do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, compareceu o Sr. **Jhon Klemerson Gomes de Araújo**, brasileira, solteiro, natural de João Pessoa/PB, nascido aos 10/12/2000, filho de pai não declarado e de Edjane Gomes de Araújo, portador da cédula de identidade nº 4 709 449 Seds./PB, e CPF nº 713.624.254 - 19, residente (na) rua **Hercilia de Oliveira Sampaio S/N, conjunto Alto do Mateus, nesta capital**, identificado pelo CEP 58.090-210, e notificou que, na manhã do dia 02 de dezembro do ano de 2018, por volta das 04:10 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta Honda XRE 300, ano e modelo 2018, cor verde e placa QFU 0723 - PB, cadastrada em nome de Cícero Ferreira da Silva Filho, na BR 101, sentido Bayeux/Cabedelo/PB e nas proximidades do viaduto que dá acesso a via Oeste, um veículo de placas e Condutor não identificado que seguia a sua frente, colidiu em um animal cavalo e este, se referindo ao animal permaneceu estendido ao solo, consequentemente, o Notificante não obteve habilidade em razão da velocidade para desvia-lo, colidiu neste e assim, sofreu uma queda, e dessa forma, foi socorrido às pressas para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, com Ferimentos **Múltiplos da cabeça (face) + Fraturas Múltiplas da Face (osso Malar + Mandíbula esquerda, identificada pelo CID 10 S 01.7 + S 02.6**, conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 09 de abril de 2019.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

Jhon Klemerson Gomes de Araújo

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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:	
	713 62425419	JHON KLEMERSON GOMES DA ARAUJO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome completo:		
Profissão:	CPF:		
RÉCUSO	Endereço:	713 62425419	
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:
ALTO DE MATEUS	João Pessoa	15	CASA
E-mail:	CEP:		
	58000-000		
	Tel.(DDD):		
	183) 87088728		

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO 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)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 37308 Dígito: 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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

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 da 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 gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

MORTE
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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Jônio Pessoa, 01/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

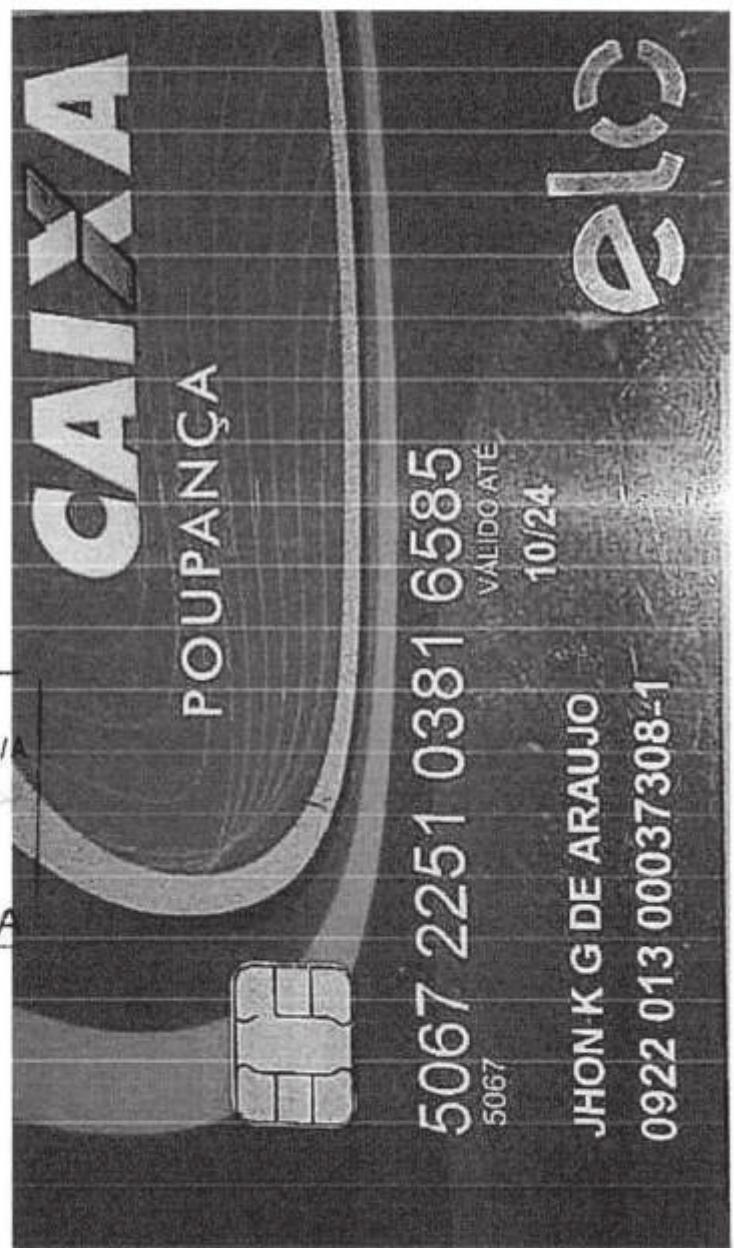
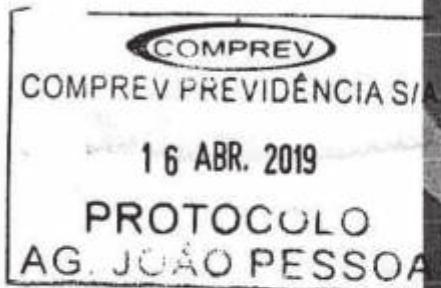
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



De via
Correção



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1126482



Identificação do paciente

ID 1351426	Nome JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17 anos 11 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO				Pai NAO DECLARADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NATAN PAULINO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987535236		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento			Nº Crs
Local de procedência BR 230				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBO/R

Endereço

CEP 58069055	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL)
Número 102	Complemento		Bairro GRAMAME

Admissão

Data e Hora 02/12/2018 05:37:12	Número da pulseira 1000007115416	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente: RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	P脉	Temperatura
--------------------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA	Tempo 01min 07seg

Imprimir

De via
Correção



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1126482



Identificação do paciente

ID 1351426	Nome JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17 anos 11 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO				Pai NAO DECLARADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NATAN PAULINO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987535236		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento			Nº Crs
Local de procedência BR 230				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBO/R

Endereço

CEP 58069055	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL)
Número 102	Complemento		Bairro GRAMAME

Admissão

Data e Hora 02/12/2018 05:37:12	Número da pulseira 1000007115416	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente: RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	P脉	Temperatura
--------------------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA	Tempo 01min 07seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000037308-1

Nr. da Autenticação BB888577E3708DF8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Notas para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica N° 021.755.034



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 330, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-689
CNPJ 09.096.163 / 0301-48 Insc. Est. 16.015.823-8

DADOS DO CLIENTE

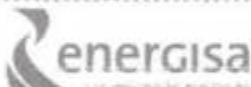
VERONICA AZEVEDO DOS SANTOS
RUA HERCILIA DE OLIVEIRA SAMPAIO 15
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/319501-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	14/03/2019	140	11/04/2019	R\$ 136,46

Acesse: www.energisa.com.br



VERONICA AZEVEDO DOS SANTOS

Roteiro: 08-001-170-5300

83600000001-5 36460149000-6 03195012019-1 03500001019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/04/2019	R\$ 136,46	319501-2019-03-5



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOAQUIM PESSOA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Lucas Ferreira da Silva Filho,

RG nº 27501 57, data de expedição 05/04/2017

Órgão SSDS PB, portador do CPF nº 012-425-214-10,

com domicílio na cidade de SAPE, no Estado de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LUIZ DA VEIGA PESSOA JR, nº 155,

complemento Corso, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Jhen Klemerson Gomes de Araújo, cujo o condutor era

Jhen Klemerson Gomes de Araújo.

Veículo: MOTO Modelo: XRE 300 Ano: 2018

Placa: 0723 Chassi: 9C2ND1110JR103119

Data do Acidente: 05/04/2019.



Local e Data:

Sofá - PB, 05/04/2019

Lucas Ferreira da Silva Filho.

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Recém-ago, com autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
CICERO FERREIRA DA SILVA FILHO.....
Em test da verdade. Sede-PP 05/04/2019 13:27:14
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrivente
C/2019-0027791EMOL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AJJ60458-PPYB
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 174 - Centro
Santana - CEP: 58340-000 Fone/Fax: (83) 3283-2329
Severina Lúcia Malhado Feliciano

CARTÓRIO ÚNICO
Severina Lúcia M. Feliciano
Tabelião Substituto

Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrivente

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 174
Fone: (83) 3283-2341/9313-5163
CEP 58340-000 - Sape - PB



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JHON KLEMERSON GOMES DE ARAÚJO
DADOS DE NASCIMENTO	10/12/00
NOME DA MÃE	EDJANE GOMES DE ARAÚJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.126.482
Nº PRONTUARIO	112.626
DATA DO ATENDIMENTO	02/12/18
HORA DO ATENDIMENTO	05:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚTIPLAS DA FACE (OSSO MALAR + MANDÍBULA E)
CID 10	S 01.7 + S 02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta.(colisão moto x animal), trazido pelo SAMU, apresentando TCE + trauma de face, hematoma peri-orbitário, ferimento corto-contuso em lábio, mento e processo alveolar, várias escoriações em face, membro superior D e parede torácica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX do tórax - AP
RX do ombro D - AP e Obliquo
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas da face (osso malar + mandíbula E) à TC da face. Sem alteração à outra TC, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Patrício Oliveira da equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 14/12/18
DATA DA EMISSÃO: 19/03/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIVIL/HEC/SHL
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

De via
Correção



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1126482



Identificação do paciente

ID 1351426	Nome JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17 anos 11 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO				Pai NAO DECLARADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) NATAN PAULINO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987535236		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento			Nº Crs
Local de procedência BR 230				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBO/R

Endereço

CEP 58069055	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL)
Número 102	Complemento		Bairro GRAMAME

Admissão

Data e Hora 02/12/2018 05:37:12	Número da pulseira 1000007115416	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente: RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	P脉	Temperatura
--------------------------	----	-------------

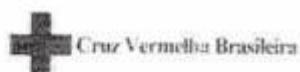
Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA	Tempo 01min 07seg

Imprimir



Identificação do paciente

ID 1351426	Nome JOHN CLEBSON GOMES DE ARAUJO			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/2000	Idade 18 anos 11 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe NAO IDENTIFICADA				Pai NAO IDENTIFICADO
Escolaridade:				Responsável (Parentesco) NATAN PAULINO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 90000000	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência BR 230		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro PROJETADA
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 02/12/2018 05:37:12	Número da pulseira 1000007115416	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X ANIMAL	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância: Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	P脉	Temperatura
--------------------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Paciente vítima de acidente de moto, fraturado pelo somente com vários deslocamentos em face e corpo.

Rita de Cássia A. da S.
Enfermeira
CORPO

Diagnóstico

Atendido por
ILMA VIEIRA DA SILVA

Tempo
01min 07seg

Imprimir



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID da Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
01/11/2018	2274477		13		: Hs	: Hs

Paciente / Usuário	Idade	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Julia Krieger Gomes de Mello	17		
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bateux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:			
Logradouro	Bairro	Médico Regulador	
BR-230	Manoel Antônio Zanella	- Juazeiro	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:			
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:	<i>Dr. José Henrique Ribeiro Ribeiro</i>		
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento	<i>Hospital Universitário 033-001389</i>		
Destino (Unidade Hospitalar)	Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
► CAUSAS EXTERNAS	► ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <i>COL.400 mts - Animal</i>	<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Quais?

1. DADOS VITAIS
P.A: _____ FC: <i>85</i> FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/02: <i>46</i> SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, Quedas) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: *Part. a trauma*

Evolução do Enfermeiro:

Reagiu bem ao atendimento e evolução com evolução de face após coloar em um assento

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOHN CLEBSON GOMES DE ARAUJO		BAE 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/2000		Idade 18a 11m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 90000000
Mãe NAO IDENTIFICADA				Prontuário
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município SAPE	UF PB
Acidente VEICULO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	Nº Cons. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 05:37:12			Data/Hora Prescrição 02/12/2018 06:34:49	

Anamnese

paciente alcoolizado sofreu acidente de moto com trauma no crânio, hematoma peri-orbitário, escoriações no corpo, membro direito, parede torácica, responde solicitações.

Ipneico, sem deficit motor aparente.

Glasgow 15

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BACIA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

ADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

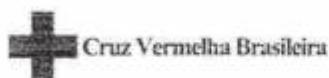
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOHN CLEBSON GOMES DE ARAUJO

 FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
 (CRM: 3945/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO		BAE 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17a 11m 22d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987535236
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO				Prontuário
Endereço COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL), 102		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 12/2018 05:37:12		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 11:25:44		

Anamnese

neurocirurgia*****

PACIENTE REALIZOU TODOS OS EXAMES COM O NOME " JOHN CLEBSON GOMES DE ARAÚJO"

TOMOGRAFIA DE CRÂNIO: SEM SINAIS DE HEMORRAGIAS INTRACRANIANA; FRATURA DE OSSO MALAR E FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDA;

US FAST SEM ANORMALIDADES

PACIENTE NÃO COOPERATIVO

NÃO REALIZOU INVESTIGAÇÃO DE COLUNA CERVICAL

TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL sem sinais de fraturas

CD:AVAL BMF + CURATIVO E SUTURA DOS FERIMENTOS/ OBSERVAÇÃO MAS LIBERO PARA INTERNAÇÃO COM BMF; RETIRAR COLAR CERVICAL

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

paciente encaminhado com sucesso para a seção

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

CRM - 6628
Neurocirurgia
Dr. Ricardo R. Carvalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO		BAE 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 10/12/2000		idade 17a 11m 22d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987535236
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO				Prontuário
Endereço COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL), 102		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação: 02/12/2018 05:37:12			Data/Hora Prescrição 02/12/2018 08:56:09	

Anamnese

neurocirurgia***

PACIENTE REALIZOU TODOS OS EXAMES COM O NOME " JOHN CLEBSON GOMES DE ARAÚJO"

 TOMOGRAFIA DE CRÂNIO: SEM SINAIS DE HEMORRAGIAS INTRACRANIANA; FRATURA DE OSSO MALAR E
 FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDA;

US FAST SEM ANORMALIDADES

PACIENTE NÃO COOPERATIVO

NÃO REALIZOU INVESTIGAÇÃO DE COLUNA CERVICAL

CD: SOLICITO TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL+ AVAL BMF + CURATIVO E SUTURA DOS FERIMENTOS

EXAME DE IMAGEM

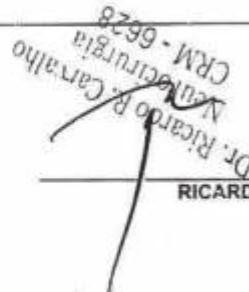
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA COM
 TRAUMA COM FRATURA DE MANDIBULA E MAXILAR)

Conduta

Em observação

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

 RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
 (: 6628/PB)


 CRM - 6628
 Dr. Ricardo R. Carvalho


AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO	BAE 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17a 11m 22d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987535236
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO			Prontuário
Endereço COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL), 102	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 05:37:12		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 15:14:06	

Anamnese

ACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO ESCORIAÇÕES EM MEMBROS RELATA DOR EM BOCA TÓRAX AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DOS MEMBROS NORMAL RADIOGRAFIAS DOS MEMBROS NORMAL HÁLUX ESQUERDO COM SEQUELA DE TRAUMA

CJ: ALTA DA ORTOPEDIA E AOS CUIDADO DA BUCOMAXILO PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CIRURGICO ELETIVO

Conduta

Em observação

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

 CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
 (CRM: 6902/PB)





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO		BAE 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Baixa
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17a 11m 22d	Sexo Masculino	CNP	Telefone de Contato (83) 987535236
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO				Prontuário
Endereço COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL), 102	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB	
Acidente VEICULO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA	Nº Cons. Regional 4149/PB	
Data/Hora Classificação 02/12/2018 05:37:12		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 13:05:03		

Anamnese

ACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE ACIDENTE DE TRANSITO COM ANIMAL. NO MOMENTO NÃO OPERATIVO APRESENTANDO FCC EM REGIÃO DE MENTO E VERMELHÃO DO LABIO SUPERIOR. AO EXAME F IMAGEM, APRESENTA FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA EM MAXILA, FRATURA DE ÂNGULO MANDIBULAR QUERDO COM PRESENÇA DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO EM TRAÇO DE FRATURA.

CD:

- 1 SUTURA DE FCC EM LÁBIO, MENTO E PROCESSO ALVEOLAR
- 2 SOLICITAÇÃO TC DE FACE
- 3 SOLICITO ACOMPANHAMENTO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR
- 4 INTERNAÇÃO PELA BMF APÓS LIBERAÇÃO DA NCR E CIRURGIA GERAL
- 5 AGUARDA PARECER DA ORTOPEDIA
- 6 AOS CUIDADOS DA NCR

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA
(4149/PB)

Ótavio Bruno Grisi L. Mendonça
Cirurgia Oral e Maxilofacial
Endodontia e Lesões
CRO/PB 4149





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: PATRICIO
JOSE DE OLIVEIRA NETO
Em: 12/12/2018 12:04:50

Nome JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO		Boletim de Atendimento 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS 707107359633320	Prontuário 112626
Tempo de Internação:		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Internação 02/12/2018 15:54:36	Permanência na Unidade: 10d 6h 27min		Permanência no Leito: 3d 3h 54min

Evolução médica (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 12/12/2018 12:04:40)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, REALIZADA SEM INTERCORRÊNCIAS.

NO MOMENTO EM EGB, CONSCIENTE, NORMOCORADO, AFEBRIL, EUPNEICO, SEM QUEIXAS, ENCAMINHADO A URPA.

CD:

- 1- PRESCRIÇÃO
- 2- REAVALIAÇÃO PELA BMF

*Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial
CRO PB - 4400*

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA

Profissional responsável pela informação: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ANA KARINA
DE MEDEIROS TORMES
Em: 08/12/2018 07:53:44

Nome JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO		Boletim de Atendimento 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS 707107359633320	Prontuário 112626
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Internação 02/12/2018 15:54:36	Permanência na Unidade: 6d 2h 16min		Permanência no Leito: 5d 15h 59min

EVOLUÇÃO MEDICA (ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES - 08/12/2018 07:53:32)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM 6º DIH VITIMA DE ACIDENTE DE ACIDENTE DE TRANSITO CURSANDO COM FRATURA DENTOALVEOLAR EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA + SÍNFISE MANDIBULAR + FRATURA DE ÂNGULO MANDIBULAR ESQUERDO COM PRESENÇA DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO EM TRAÇO DE FRATURA NO MOMENTO APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, COM DIURESE ESPONTÂNEA, AFEBRIL. AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE SUTURA EM REGIÃO DE MENTO E VERMELHÃO DO LÁBIO SUPERIOR EM CICATRIZAÇÃO SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EDEMA EM REGIÃO SUBMANDIBULAR E GENIANA ESQUERDA EM FASE DE REGRESSÃO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE MANDIBULAR EM REGIÃO DE SÍNFISE E FRATURA ALVEOLODENTÁRIA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA.

CD: 1- PRESCRIÇÃO HOSPITALAR;

2- AGUARDA REGRESSÃO DE EDEMA PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 12
Profissional responsável pela informação: ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES

Número Conselho: 5724


 INTERNO, S/N -
 CNES: 454546 - Tel.:

 Impresso por: CLARISSA
 BARBOSA CAMPELO
 GALVAO
 Em: 07/12/2018 11:30:25

Nome JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO		Boletim de Atendimento 1126482	Data/Hora Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data/Hora Saída
Data de nascimento 10/12/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS 707107359633320	Prontuário 112626
Tempo de Internação		Convênio SUS		
Data de Entrada 02/12/2018 05:37:12	Data Internação 02/12/2018 15:54:36	Permanência na Unidade: 5d 5h 53min		Permanência no Leito: 4d 19h 36min

Evolução Médica (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 07/12/2018 11:29:51)

Evolução

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM 5º DIH VITIMA DE ACIDENTE DE ACIDENTE DE TRANSITO CURSANDO COM FRATURA DENTOALVEOLAR EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA + SÍNFISE MANDIBULAR + FRATURA DE ÂNGULO MANDIBULAR ESQUERDO COM PRESENÇA DE TERCEIRO MOLAR INCLUSO EM TRAÇO DE FRATURA

NO MOMENTO APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, COM DIURESE ESPONTÂNEA, AFEBRIL.

AO EXAME FÍSICO OBSERVA-SE SUTURA EM REGIÃO DE MENTO E VERMELHÃO DO LÁBIO SUPERIOR EM CICATRIZAÇÃO SEM SINAIS DE INFECÇÃO. EDEMA EM REGIÃO SUBMANDIBULAR E GENIANA ESQUERDA EM FASE DE REGRESSO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE MANDIBULAR EM REGIÃO DE SÍNFISE E FRATURA ALVEOLODENTÁRIA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA.

- 1- PRESCRIÇÃO HOSPITALAR;
- 2- AGUARDA REGRESSO DE EDEMA PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 12

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ACE-SIHC

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Kleemann Gomes Andrade

6 - N° DO PRONTUÁRIO

11524-B-1

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/12/1960

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

100

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*08 miniplaca Refa 8F Regulal + 03 miniplacas Refas GF
Regulal, 04 parafusos Autofuros canfes 2.0 x 13mm*

06 parafusos Autofuros canfes 2.0 x 9mm

04 parafusos Autofuros canfes 2.0 x 5mm

04 parafusos Autofuros canfes 2.0 x 11mm

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Patrícia

verificada

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/13/2018

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

CNS

CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: SHOU KLEMES SON G. ADALSO BE-Prontuário: 1926482
 Idade: 18 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 12/12/18
 Clínica Setor: Bmf EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: OSSEOSÍNTESE DE FRACTURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
 Cirurgião: Dr. Patrício 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início 08:30 Término 11:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRACTURA DE MANDÍBULA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>OSSEOSÍNTESE DE FRACTURA COMPLEXA DE MANDÍBULA</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Patrício Oliveira
 Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
 CRM/PB: 4400

João Pessoa, 12/12/18

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① paciente em ORT sob ANESTESIA GERAL.
- ② AUFISSEPSIA com LVPi INTRA E EXTRA-ORAL.
- ③ ABLAÇAO DE CAMPOS CIRURGICOS
- ④ INSTALAÇÃO DE CAMPO OROFARÍNGEO

Incisão:

- ⑤ INFILTRAÇÃO com BUPIVACAÍNA 0,5% com VASO
- ⑥ INCISÃO EM FUNDO DE SESCULO MUNDIBULAR + SUBMANOBURAL.
- ⑦ DIVISÃO POR PLANOS

Achados:

- ⑧ EXPOSIÇÃO DO RACO DE FRATURA
- ⑨ REVISÃO DA FRATURA
- ⑩ DESBLOQUEAMENTO
- ⑪ FIXAÇÃO DA FRATURA com:

Conduta:

01 MINIFLACA REFA 8F REGULAR + 06 PARAFUSOS
AUTORROSCANDES 2.0 x 9mm + 03 MINIFLACAS
REFAS 4F REGULAR + 04 PARAFUSOS AUTORROSCANDES
2.0 x 5mm + 04 PARAFUSOS AUTORROSCANDES 2.0 x
13mm + 04 PARAFUSOS AUTORROSCANDES 2.0 x 13mm.

- ⑫ IRRIGAÇÃO com SF 0,9%.
- ⑬ SELURA POR PLANOS
- ⑭ REMOÇÃO DO CAMPO
- ⑮ AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Plástico-Facial
CRM/PB - 4400

João Pessoa, 12/12/18



201831766966

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Data Nasc: 10/12/2000 - 18 anos

Data Exame: 12/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIIS

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Sinusopata maxilar bilateral

Fratura do ramo mandibular à esquerda.

Enema com aumento de parets moles na hemiface à esquerda

Septo nasal sem desvios expressivos

Cavidades orbitárias sem alterações.

Fossas ptengopalatinas livres.

Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-
radiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 13/12/2018 17:24.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



Alendimento: 201831745145

Paciente

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Data Nasc: 10/12/2000 - 17 anos

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

ANALISE:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 12:31


Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Atendimento: 201831745145
Paciente: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Data Nasc: 10/12/2000 - 17 anos
Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Fratura do corpo e ramo esquerdo da mandíbula.
Pequena fratura na região anterior do palato duro à direita.

Hemossinus.

Septo nasal sem desvios significativos.

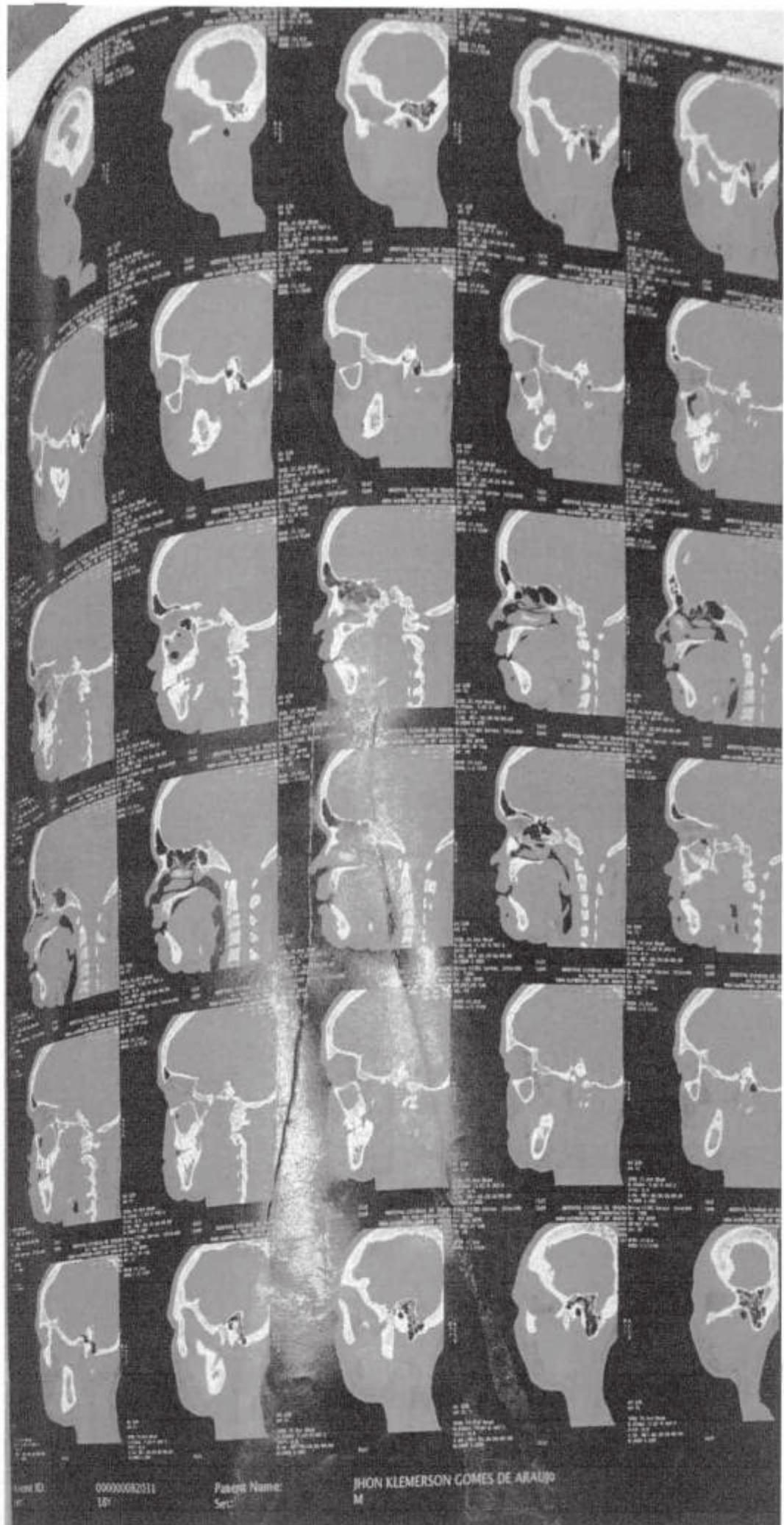
Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 12:58

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Scanned with CamScanner

3D

W: 0 L

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO
S

Volume Rendering No cut

Ex:Dez 12 2018

DFOV 23.1 cm
SOFT/SS40 No Image Filter

R
P

L
A

No VOI
kV 120

0.6mm 0.562:1/0.62sp

3D

JHON
5 108

ERSON GOMES DE ARAUJO

Volume Rendering No

Ex:Dez 12 2018

DFOV 23.1 CM
SOFT/SS40 No Image

R
1
2
4

L
1
0
7

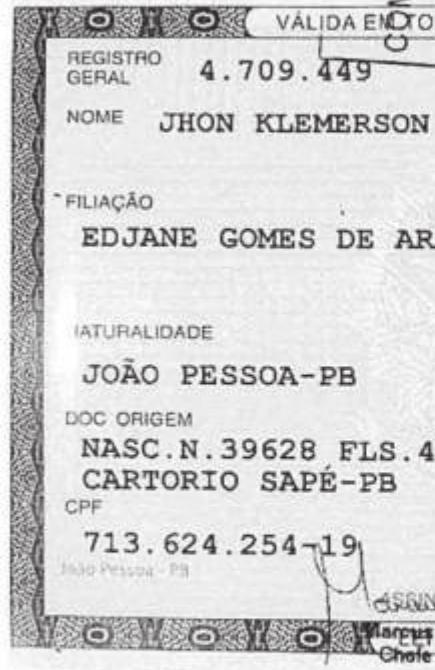
No VOI
kV 120

0.6mm 0.562:1/0.62sp

W = 400 L = 40

I 123

W: 0



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

23 ABR. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.709.449 **DATA DE EXPEDIÇÃO** 24/05/2018

NOME JHON KLEMERSON GOMES DE ARAÚJO

FILIAÇÃO
ED.JANE GOMES DE ARAÚJO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DOC. ORIGEM

NASC. N. 3.9628 FLS. 46 LIV.A45
CARTÓRIO SAPÉ-PB

CPF
713.624.254-19

DATA DE NASCIMENTO
10/12/2000

+

Carteira de identidade de João Klemerson Gomes de Araújo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN PB

Nº 013814086618

25719619879

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

P.R.T. 20180800002330-3

VR

1 0114577989-9

00/00000000

NOME ENDEREÇO
CICERO FERREIRA DA S
R LUIZ V P JUNIOR 155
RENATO RIBEIRO
58340000 SAPE-PB

FILH
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CPF/CNPJ
01242521410

QFU0723/PB

NOME ANTERIOR
NOVO RUMO MOTORES E PECAS LTDA

PLACA ANT/UF
NOVO PB

CHASSI
9C2ND1110JR103119

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/XRE 300

ANO FAB/ANO MOD
2018/2018

CAP/POV/CIL
2 P/291 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERDE

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N. Motor : ND11E1J103152

SAPE-PB

LOCAL

DATA
09/03/201

9999999



7003781

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280058 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHON KLEMERSON GOMES DE **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
ARAUJO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DO RAMO MANDIBULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
DEMAIS CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130573/19

Número do Sinistro: 3190280058

Vítima: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 713.624.254-19

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

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 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: 23/04/2019
Nome: JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 713.624.254-19

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE