
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



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

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, 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





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



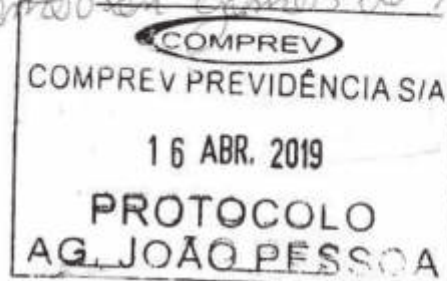
C E R T I D ã O .
459/2019

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



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: 713 62425419 Nome completo da vítima: JOHN KLEMERTSON GOMES DA SILVA

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

Nome completo: JOHN KLEMERTSON GOMES DE ARAÚJO CPF: 713 624 254 19

Profissão: RECUSO Endereço: RUA HERCÍLIA DE OLIVEIRA SANPAIO Número: 15 Complemento: CASA

Bairro: ALTO DO MATEUS Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 87088728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 37308 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 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 01/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

John Klemertson Gomes de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



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

CAIXA
POUPANÇA



5067 2251 0381 6585
VALIDO ATÉ
10/24

JHON K G DE ARAUJO
0922 013 00037308-1



Luia Correias



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 Cns	
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB	
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	Pulso	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

Da via Correias



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 Cns	
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB	
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	Pulso	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.

Recebo para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica. Nº 021.755.034



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-600
CNPJ 08.096.183 / 0301-40 Ins. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/319501-3

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

14/03/2019

CONSUMO

140

VENCIMENTO

11/04/2019

TOTAL A PAGAR

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

11/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 136,46

MATRÍCULA

319501-2019- 03-5



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, Licero Ferreira da Silva Filho

RG nº 2750157, data de expedição 05/04/2017

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

com domicílio na cidade de SAPÉ, no Estado de PB

Luiz da Veiga Pessoa Jr, nº 155

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

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

Zhen Klemerson Gomes de Araújo, cujo o condutor era
Zhen Klemerson Gomes de Araújo

Veículo: Moto Modelo: XRE 300 Ano: 2018

Placa: 0723 Chassi: 9C2ND1110JA03119

Data do Acidente: 05/12/2018

Local e Data:

Sapé - PB, 05/04/2019

X Licero 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

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s de.....
CICERO FERREIRA DA SILVA FILHO.....

Em test.da verdade. Sapé-PB 05/04/2019 13:27:14

Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente

2019-0027797EMV-R\$ 19,91 FAPEN-R\$ 0,29 FEPJ-R\$ 1,98

SELO DIGITAL: A1J60458-PFYB

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>

Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sapé - PB
Pessoa - CEP 58340-000 Fone/Fax (83) 3283-2341
Severina Lúcia Madalena Feliciano

CARTÓRIO ÚNICO

Severina Lúcia M. Feliciano

Tabelião Substituto

Maria de Lourdes Castro Gusmão

Escrevente

Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746

Fone: (83) 3283-2341/9313-3163

CEP 58340-000 - Sapé - PB



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

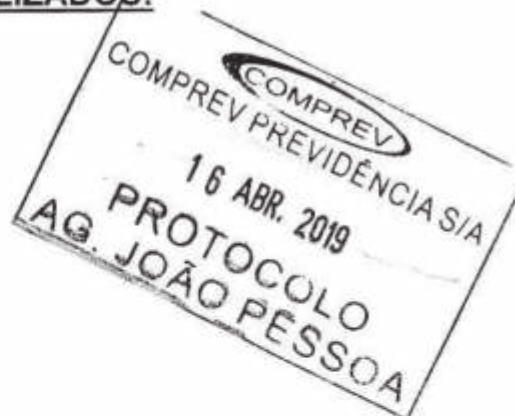
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.126.482
Nº PRONTUÁRIO 112.626
DATA DO ATENDIMENTO 02/12/18
HORA DO ATENDIMENTO 05:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE (OSSO MALAR + MANDÍBULA E)
CID 10 S 01.7 + S 02.6

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 Oblíquo
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. Patricio Oliveira da equipe da BucoMaxiloFacial.

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

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CVR/HEETSHL
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

99 via
Correias



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

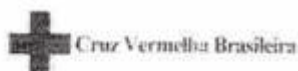
AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

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 Cns			
Local de procedência BR 230		Tipo BAIRRO	UF PB			
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		Pulso	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



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 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	Tipo 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	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU com várias lesões em face e corpo.						
Diagnóstico						
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA					Tempo 01min 07seg	

Imprimir

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 01/12/18	ID da Ocorrência: 22744/18	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 13	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: : Hs	Hora de Chegada no Local: : Hs
Paciente / Usuário: JOÃO RICARDO GOMES DE MOUTO				Idade: 17	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input checked="" type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: B77-230				Bairro: IMARÃO ANJACAZA	Médico Regulador: JULIANA	
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:						
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						
Destino (Unidade Hospitalar): 1664HCL				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. José Magalhães Ramalho Hospital Unipar 033.001399		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
> CAUSAS EXTERNAS > 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: COLISÃO MOTO-ANIMAL	Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
<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:	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?

1. DADOS VITAIS
 P.A.: FC: 85 FR: HGT: SpO2 - S/O2: 46 SpO2 - C/O2:

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:
 Intervenções: Part. da família
 Evolução do Enfermeiro:
 Paciente em observação sem sinais de TCE e ferimentos com
 trauma de face após colisão com um animal

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	CNS
Mãe NAO IDENTIFICADA			Telefone de Contato (83) 90000000
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município SAPE	Prontuário
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, ombro direito, parede torácica, responde solicitações.
Pneico, sem déficit 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 CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BACIA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

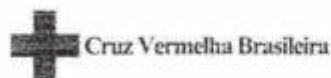
T14.9 Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOHN CLEBSON GOMES DE ARAUJO

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente 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		
<p>anamnese</p> <p>(neurocirurgia*****</p> <p>PACIENTE REALIZOU TODOS OS EXAMES COM O NOME " JOHN CLEBSON GOMES DE ARAÚJO"</p> <p>TOMOGRAFIA DE CRÂNIO: SEM SINAIS DE HEMORRAGIAS INTRACRANIANA; FRATURA DE OSSO MALAR E FRATURA DE ANGULO DE MANDIBULA ESQUERDA;</p> <p>US FAST SEM ANORMALIDADES</p> <p>PACIENTE NÃO COOPERATIVO</p> <p>NÃO REALIZOU INVESTIGAÇÃO DE COLUNA CERVICAL</p> <p>TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL sem sinais de fraturas</p> <p>CD: AVAL BMF + CURATIVO E SUTURA DOS FERIMENTOS/ OBSERVAÇÃO MAS LIBERO PARA INTERNAÇÃO COM BMF; RETIRAR COLAR CERVICAL</p>				
<p>Dados coletados anteriormente <input type="checkbox"/> utilizar na impressão?</p>				
<p>Conduta</p> <p><i>— DATA DANC</i></p> <p>Paciente encaminhado com sucesso para a seção</p>				

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/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
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO			Telefone de Contato (83) 987535236
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)

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	CNS
Mãe EDJANE GOMES DE ARAUJO			Telefone de Contato (83) 987535236
Endereço COMERCIANTE ANTONIO MEDEIROS SOBRAL (LOT C SUL), 102	Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA	UF PB
			Nº Cons. Regional 6902/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 05:37:12		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 15:14:06	

Anamnese

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

CD: 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	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 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 E 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)

TOMOGRAFIA

FACE

TIPO ... **02/12/18**

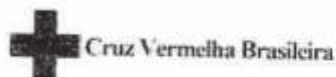
DATA ... **14**

HORA ... **14**

NOME EC. RD. **Maria Daiana S Gomes**

ASS. **Radiologia**

CRTR-02862 T



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 MEDICA (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 Boca-Maxilo-Facial
CRO 1928 - 4400

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: 0001 - NEUROCIRURGIA
Profissional responsável pela informação: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso 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 Saida
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 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: ÁREA 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	Plantão DIURNO	
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 MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 07/12/2018 11:29:51)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM 5º DIH VITIMA 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 RÉGRESSAO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE MANDIBULAR EM REGIÃO DE SÍNFISE E FRATURA ALVEOLODENTÁRIA EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA.

1- PRESCRIÇÃO HOSPITALAR;

2- AGUARDA REGRESSÃO 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





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

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

01 MINIFLACA RETA 8F REGULAR + 03 MINIFLACAS RETAS 4F REGULAR, 04 PARAFUSOS AUTOPROSCANTES 2.0 x 13mm
06 PARAFUSOS AUTOPROSCANTES 2.0 x 9mm
04 PARAFUSOS AUTOPROSCANTES 2.0 x 5mm
04 PARAFUSOS AUTOPROSCANTES 2.0 x 11mm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Plástico - Facciel
12/12/18

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: JOÃO KLEMERSON G. ADALSO BE-Prontuário: 1126482
 Idade: 18 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 12/12/18
 Clínica Setor: Bmf EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA 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
FRATURA DE MANDÍBULA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA	

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 Bóco-Maxilo-Facial
 CRO/PB: 4400

João Pessoa, 12/12/18

Josinete M. da Silva

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDA sob anestesia geral.
- 2) Antissepsia com PVPi intra e extra-oral.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Instalação de campo orofaríngeo

Incisão:

- 5) Infiltração com Bupivacaína 0,5% com vaso
- 6) Incisão em fundo de vestibulo mandibular + submandibular.
- 7) Divulsão por planos

Achados:

- 8) Exposição do foco de fratura
- 9) Redução da fratura
- 10) Desbridamento
- 11) Fixação da fratura com:

Conduta:

01 MINIPLACA REBA 8F REGULAR + 06 PARAFUSOS AUTOPERCUTÂNEOS 2,0 x 9mm + 03 MINIPLACAS REBAS 4F REGULAR + 04 PARAFUSOS AUTOPERCUTÂNEOS 2,0 x 5mm + 04 PARAFUSOS AUTOPERCUTÂNEOS 2,0 x 13mm + 04 PARAFUSOS AUTOPERCUTÂNEOS 2,0 x 13mm.

- 12) IRRIGAÇÃO COM SF 0,9%
- 13) Sutura por planos
- 14) Remoção do campo
- 15) OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, 12/12/18

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO/PE - 4400

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Serviço: Radiologia

201831766966

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Data Nasc: 10/12/2000 - 18 anos

Data Exame: 12/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

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

Análise:

Sinusopatia maxilar bilateral
Fratura do ramo mandibular à esquerda.
Edema com aumento de paredes moles na hemiface à esquerda.
Septo nasal sem desvios expressivos.
Cavidades orbitárias sem alterações.
Fossas ptérgopalatinas livres.
Rinofaringe com morfologia e contornos preservados.

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 13/12/2018 17:24.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

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.

Análise:

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

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.

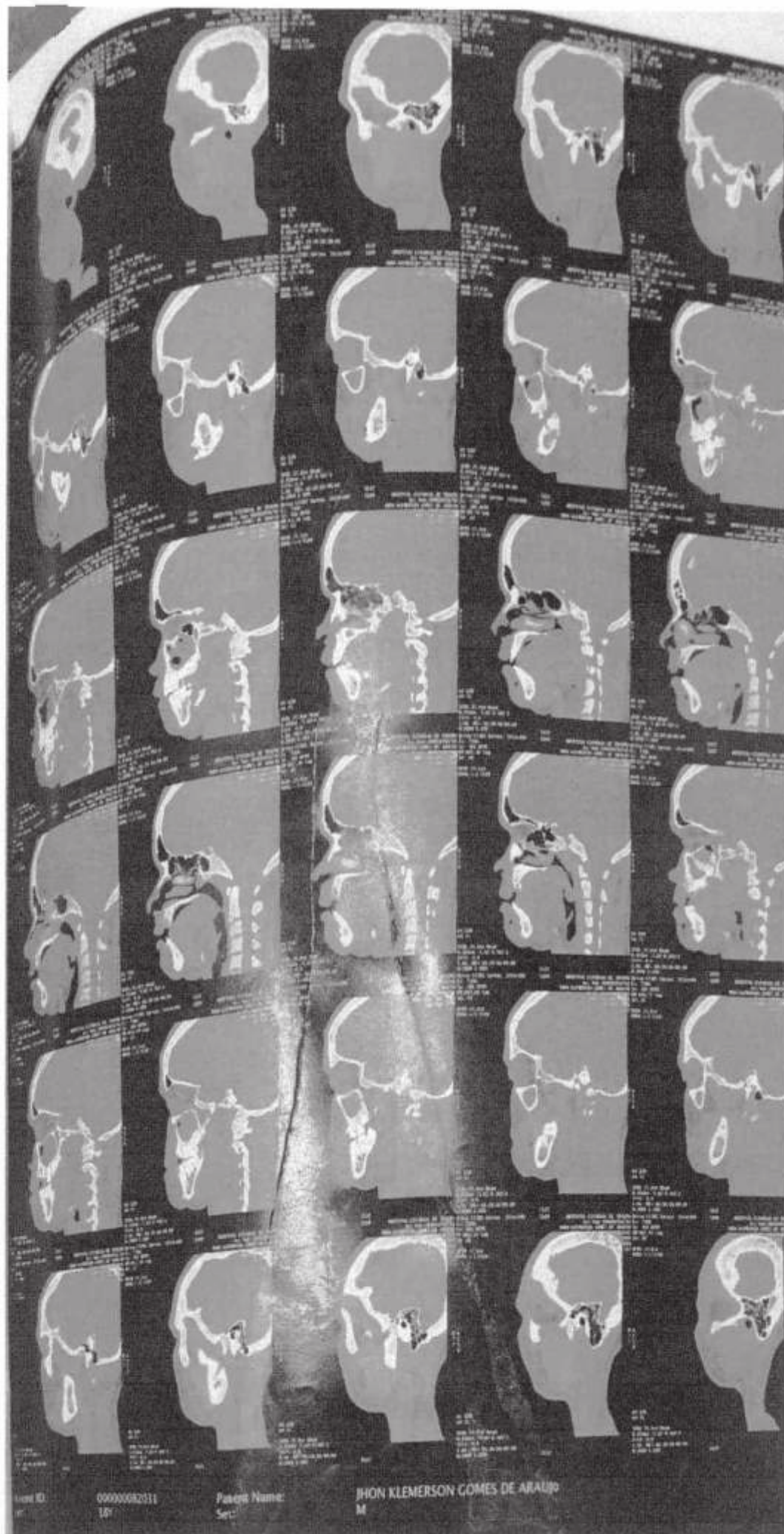
Conchas nasais com morfologia e dimensões normais.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

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

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

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



3D

W: 0 L

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO
S

Volume Rendering No cut

Ex: Dez 12 2018

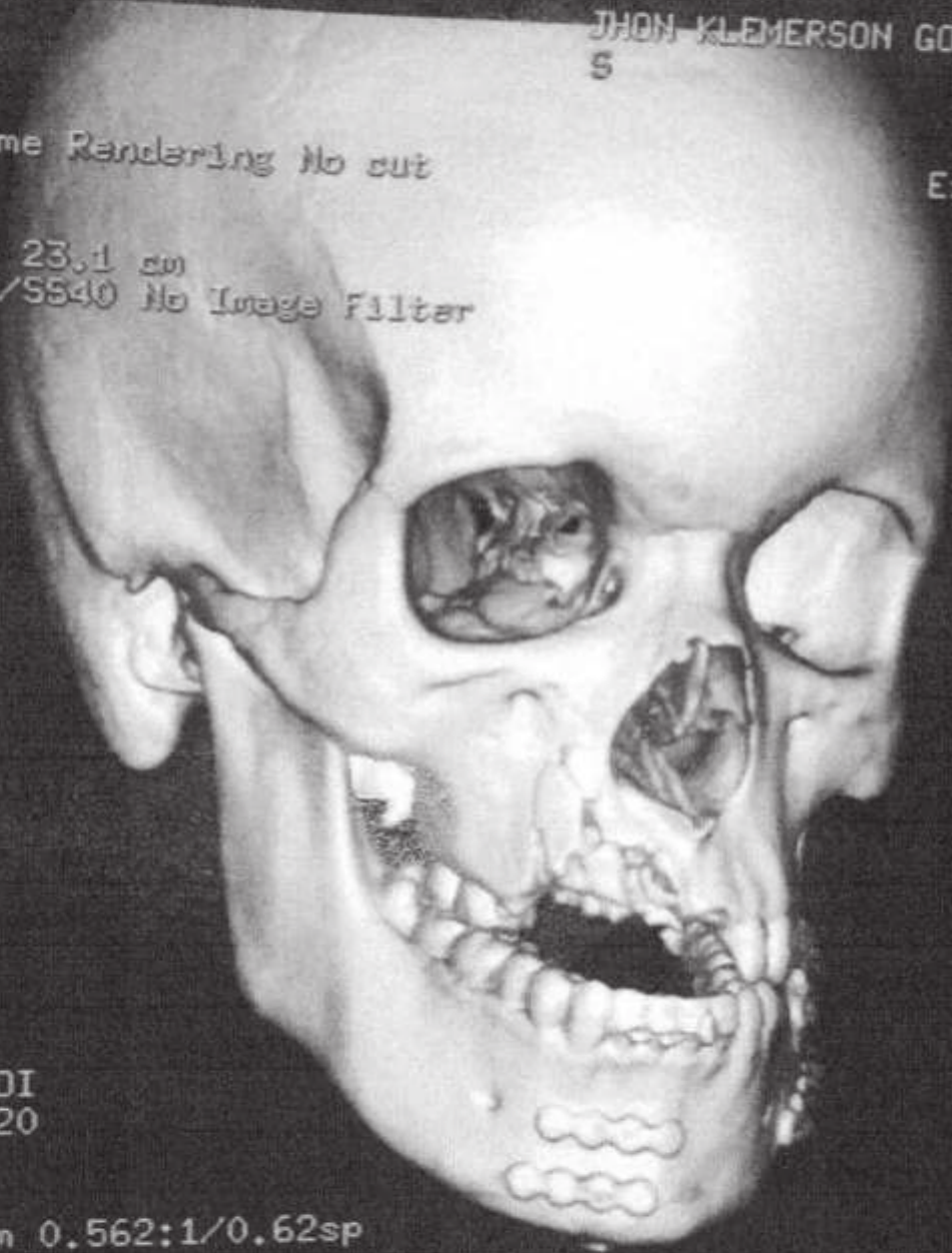
DFOV 23.1 cm
SOFT/SS40 No Image Filter

P
R

L
A

No VOI
kV 120

0.6mm 0.562:1/0.62sp



30
JHON
S 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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Chave do documento: 20.004.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

P-123





Spencer Henderson Gomes de Albuquerque
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PB

Nº 013814086618

25719619879

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20180800002330-3

VIA

1

0114577989-9

00/00000000

CICERO FERREIRA DA S
R LUIZ V F JUNIOR 155
RENATO RIBEIRO
58340000 SAPE-PB

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

CNPJ

01242521410

QFU0723/PB

NOME ANTERIOR

NOVO RUMO MOTORES E PECAS LTDA

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2ND1110JR103119

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/XRE 300

ANO FAB

2018

ANO MOD

2018

CAP/POT/CIL

2 P/291 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERDE

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : ND11E1J103152

LOCAL

SAPE-PB

DATA

09/03/2019

9999999



Handwritten signature

7003781

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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

JHON KLEMERSON GOMES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE