



Número: **0808764-55.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **27/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.787,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALLICE DA SILVA RIBEIRO (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37433826	03/12/2020 14:51	2772942_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182426

Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Data do Acidente: 02/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALLICE DA SILVA RIBEIRO

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,

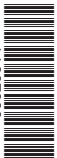
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15790571

Pag. 00021/00022 - carta_01 - INVALIDEZ

00020011





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

31

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00206.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00206.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:24 horas do dia 14 de maio de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Wallice da Silva Ribeiro**, conhecido(a) por Wallice, CPF nº 111.879.044-81, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Izabel Moreno da Silva e Severino dos Ramos Ribeiro Pereira, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 05/05/1995 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Rosendo Batista, Nº S/N, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo da Antena da Operadora "vivo", na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Pessoa, nº S/N, Via Pública, Próximo da Farmácia Central, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/01/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**, Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo XTZ 150 CROSSER Z, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor AZUL, ano 2018/2018, UF: PB, placa QSB-3113, chassi 9C6DG2540J0013638, renavam 0118480042-9, características gerais: Nº. C.R.I.V: 014666596751; nº. P.R.L: 20190000278180-0; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária; Sem Reserva de Domínio; em Nome de Jorge da Silva Ilénrique.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NA HORA, DATA E LOCAL JÁ DESCRITOS TODOS ANTERIORMENTE ACIMA, APARECEU REPENTINAMENTE NA SUA FRENTE, UMA MOTOCICLETA E CONDUTOR QUE NÃO FORAM IDENTIFICADOS AMBOS, E NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR, VINDO A COLIDIR COM OS MESMOS, E PERDER O CONTROLE E EQUILÍBRIO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, LOCALIZADO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, CAPITAL DO ESTADO DA PARAÍBA, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDOS MÉDICOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-0

x WALLICE

Procedimento Policial: 00206.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria
de Segurança

Lucena/PB, 14

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula: 157.958-0

WALLICE DA SILVA
WALLICE DA SILVA RE
Noticiante



Procedimento Policial: 00206.01.2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

31

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





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

Boletim de Atendimento: 1214172



Identificação do paciente						
ID 1472511	Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 120303		
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA	Pai SEVERINO DO RAMO RIBEIRO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco)					
DDD Celular 83	Celular 991643086	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 708604181427190				
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro LAURA LIMA DA SILVA			
Número 55	Complemento		Bairro CENTRO			
Admissão						
Data e Hora 02/01/2020 20:26:22	Número da pulseira 100007180216		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 MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por TELMO FIGUEIREDO QUIRINO					CID	
					Tempo 44seg	

Imprimir



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000057102-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2605202005000000000023702108000000057102371250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 14:51:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120314511988100000035717511>

Número do documento: 20120314511988100000035717511

Num. 37433826 - Pág. 7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 042.752.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.615.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
IZABEL MORENO DA SILVA RUA DAS AMÉLIAS S/N ALHANDRA		5/1127629-2		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	27/04/2020	172	05/05/2020	R\$ 49,58

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/05/2020				
Pagador: IZABEL MORENO DA SILVA CNPJ/CPF: 798.868.504-00				
RUA DAS AMÉLIAS S/N - CENTRO - ALHANDRA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014938975	001127629202004	05/05/2020	R\$ 49,58	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sênior: Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1214172



Identificação do paciente				
ID 1472511	Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24 anos 7 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA	Pai SEVERINO DO RAMO RIBEIRO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A GENITORA			
DDD Celular 83	Celular 991643085	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Etnia	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R		
Endereço				
Cep 5320590	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro LAURA LIMA DA SILVA	
Número 55	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 02/01/2020 20:26:22	Número da pulseira 100007180216	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Cartão de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
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 []	Líquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
<p>Dados clínicos</p> <p>0210120 Paciente deu entrada no setor trazido por equipe do Soma vítima de acidente de moto. Relata não estar no momento de culpa usando capacete, segue consciente e orientada, em uso de colar cervical e com fratura exposta de punho E. medicado com CPM e enfiado no ar</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Atendido por</p> <p>TELMO FIGUEIREDO QUIRINO CD E</p>				
				CD
				Tempo 44seg

Erica Da Bianco
COREN/PB 124615-EMF

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador H. Maranhão



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente:	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
WALLACE DA SILVA RIBEIRO	1214172	02/01/2020 20:26:22	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
05/05/1995	24a 7m 29d	Masculino	(83) 991643086
Mãe		CNS	Prontuário
ISABEL MORENO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
LAURA LIMA DA SILVA, 55	CENTRO	ALHANDRA	PB
Motivo	Profissional		Nº Cons. Regional
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS		6005/PB
Data de Prescrição			
02/01/2020 22:08:36			

ANAMNÉSE

COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO, TORREAGENTES CABEÇA. PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL + DO NÚCLEO NÉGA CERVICALGIA À PALPAÇÃO. MOBILIZAÇÃO RAIO X DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURA. CIRURGIA GERAL. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DA ORTOPEDIA. SEGUIMENTO PELA NCR.

Em observação

Dr. Erickson Duarte B. de Assis
Neurocirurgião
CRM 6005

Enfermeiro

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS
(CRM: 6005/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 02/01/2020 20:27:06





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Secretaria Municipal de Saúde



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente WALLACE DA SILVA RIBEIRO	SAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991643086
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA			Prontuário
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR	Nº Cons. Regional 4087/PB
Data/Hora Classificação 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 20:46:05	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO, PUPILA FOTORREAGENTES, CABEÇA, PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL + NA CAVIDADE ORAL, SANGRAMENTO NASAL, TORAX:NDN ABDOMEN: NDN MMSS:FRATURA EXPOSTA NO PUNHO E MÃO ESQUERDAS IMMI:NDN CONDUZA: SOLICITO RAO X DE COLUNA CERVICAL, FACE, E PUNHO, MÃO ESQUERDAS

DICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG IML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RAE: ... (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RAT: ... (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

... especificado

Enfermeiro

Dr. Roberto C. Ciraulo Junior
Médico
CRM-PB 4087
ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR
(: 4087/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 02/01/2020 20:27:06





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente WALLACE DA SILVA RIBEIRO	BAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 29d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 991543085
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	UF PB
Data/Hora Classificação 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 23:44:20	Nº Cons. Regional 11134/PB

ANAMNESE

#ortopedia PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE EVOLUI COM FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO CD:
INTERNAMENTO TTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

ONDANSETRON 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 10 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT<60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES:: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Em: 18/01/2020 08:26:30

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 15d 7h 57m	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 15d 12h	Permanência no Leito: 14d 7h 45min

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 18/01/2020 08:26:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 1 DPO, APÓS TER SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE. NO MOMENTO EM BEG E LOTE.

CD:

1. ORIENTAÇÕES

2. ALTA HOSPITALAR

* RX PÓS OPERATÓRIO JÁ SOLICITADO.

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRO - 3267





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO
Em: 17/01/2020 10:28:04

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 14d 9h 59min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 14d 14h 2min	Permanência no Leito: 13d 9h 47min

EVOLUÇÃO MEDICA (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 17/01/2020 10:27:58)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO DE FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DE FACE,
NO MOMENTO EM EGB, EXTUBADO, ENCAMINHADO A URPA.

CD:

1- PRESCRIÇÃO

2- REAVALIAÇÃO PELA BMF

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Boca-Maxilo-Facial
CRP/PB - 4400





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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO
Em: 09/01/2020 10:57:39

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 6d 10h 28min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade 6d 14h 31min	Permanência no Leito 5d 10h 16min

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 09/01/2020 10:57:33)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO POR DR LAURI SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM + RAI-O-X DE CONTROLE + TIPOIA EM MSE

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265


Laiana Barreto
Médica
CRM/PB 12265





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: WALLACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1214172
IDADE: 24 SEXO: M COR: DATA: 17.01.2020
CLÍNICA/SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICOMAXILAR
CIRURGIÃO: DR PATRICIO NETO 1º ASS:
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR TIERRES
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 8:00 TÉRMINO: 10:00

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICOMAXILAR	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO
DESCRIÇÃO: SIM
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Dr. Patricio Oliveira DATA: 17.01.2020

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM/SP - 4400





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1 PACIENTE EM DDH SOB INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
2 ANTISSEPSIA COM PVPI TÓPICO INTRA E EXTRA-ORAL
3 APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRURGICOS
4 APOSIÇÃO DO TAMPÃO OROFARINGEO
5 INFILTRAÇÃO EM FUNDO DE VESTÍBULO MAXILAR
6 INCISÃO PARA ACESSO LE FORT I
7 DESCOLAMENTO MUCOPERIOSTEAL
8 REDUÇÃO DAS FRATURAS
9 BMM COM FIO DE AÇO Nº 01 E PARAFUSOS 1.5
01 PARAFUSOS AUTOPERFURANTE 1.5 X 10MM (DESCARTADOS)
07 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 1.5 X 14 MM (DESCARTADOS)
01 PARAAFUSO AUTORROSCANTE 1.5 X 15 MM (DESCARTADOS)
01 PARAAFUSO DE EMERGÊNCIA 1.8 X 13 MM (DESCARTADOS)
Condução:
10 REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACA E PARAFUSOS
02 MINIPLACAS "Y" COM INTERVALO
01 PARAFUSO AUTOPERFURANTE 2.0 X 5 MM (DESCARTADO)
02 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 2.0 X 5 MM
04 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 2.0 X 7 MM (1 DESCARTADOS)
01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 2.3 X 5 MM
01 PARAFUSOS DE EMERGENCIA 2.8 X 7 MM
01 PARAFUSO DE EMERGENCIA 2.8 X 7 MM
Fechamento:
11 REMOÇÃO DO BMM COM OS FIO DE AÇO E PARAFUSOS
12 IRRIGAÇÃO COPIOSA
13 SUTURA
Observação:
14 REMOÇÃO DOS CAMPOS
15 REMOÇÃO DO TAMPÃO

Médico/CRM:

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Especialista em Maxilo-Facial


João Pessoa,

17.01.2020



SEE TSH

Veri OPMS.


 Girlene Correia Alves
 COREN-PB 139.180-TE





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/01/20

PRONTUÁRIO: 1214172

PACIENTE: WALLACE DA SILVA RIBEIRO SEXO: M COR: IDADE: 29 A

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: CHOCADOS (NAO) AP. CIRCULATÓRIO: OSTATOC (NAO)

AP. RESPIRATORIO: EUPNEICO AP. DIGESTIVO: SEM SINAIS ESTADO MENTAL: LOTO DROGAS EM USO:

PRE-ANESTESICO: DOSE/HORA: DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: II ESTADO FÍSICO: IAS

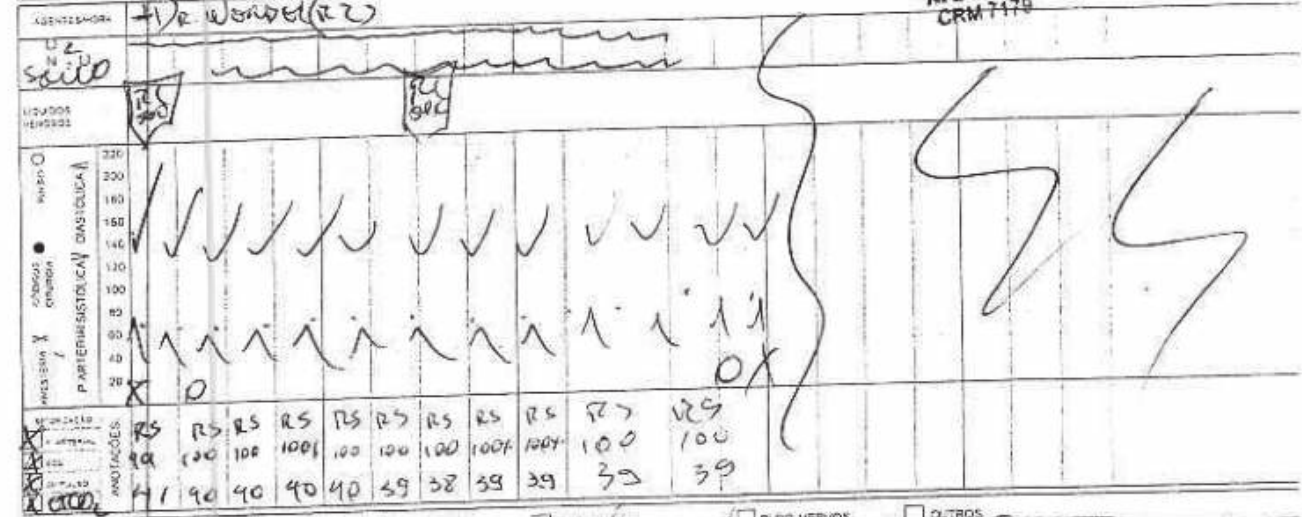
CIRURGIA REALIZADA: PRAT. COM PLEXOS DO TERÇO MÉDIO DA FACE COM FVORATO CIRURGICA

CIRURGIÃO: R. PATRÍCIO AUXILIARES: C. CIRURGICA

INÍCIO DA ANESTESIA: 01:45h TERMINO DA ANESTESIA: 10:46 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3:00 (180')

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: RA ADRIANA LOPES + DR. TIGRES CRM-PB: F. Kehrwald MÉDICO CRM 7179



ANESTESIA GERAL: () INDOLENTA () EPIDURAL () BLOCO PLEXO () BLOCO NERVOS () OUTROS

TECNICA: RZ mantido, pr-oxigênio. Indução 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12 + 13 + 14 + 15 + 16 + 17 + 18 + 19 + 20 + 21 + 22 + 23 + 24 + 25 + 26 + 27 + 28 + 29 + 30 + 31 + 32 + 33 + 34 + 35 + 36 + 37 + 38 + 39 + 40 + 41 + 42 + 43 + 44 + 45 + 46 + 47 + 48 + 49 + 50 + 51 + 52 + 53 + 54 + 55 + 56 + 57 + 58 + 59 + 60 + 61 + 62 + 63 + 64 + 65 + 66 + 67 + 68 + 69 + 70 + 71 + 72 + 73 + 74 + 75 + 76 + 77 + 78 + 79 + 80 + 81 + 82 + 83 + 84 + 85 + 86 + 87 + 88 + 89 + 90 + 91 + 92 + 93 + 94 + 95 + 96 + 97 + 98 + 99 + 100 + 101 + 102 + 103 + 104 + 105 + 106 + 107 + 108 + 109 + 110 + 111 + 112 + 113 + 114 + 115 + 116 + 117 + 118 + 119 + 120 + 121 + 122 + 123 + 124 + 125 + 126 + 127 + 128 + 129 + 130 + 131 + 132 + 133 + 134 + 135 + 136 + 137 + 138 + 139 + 140 + 141 + 142 + 143 + 144 + 145 + 146 + 147 + 148 + 149 + 150 + 151 + 152 + 153 + 154 + 155 + 156 + 157 + 158 + 159 + 160 + 161 + 162 + 163 + 164 + 165 + 166 + 167 + 168 + 169 + 170 + 171 + 172 + 173 + 174 + 175 + 176 + 177 + 178 + 179 + 180 + 181 + 182 + 183 + 184 + 185 + 186 + 187 + 188 + 189 + 190 + 191 + 192 + 193 + 194 + 195 + 196 + 197 + 198 + 199 + 200 + 201 + 202 + 203 + 204 + 205 + 206 + 207 + 208 + 209 + 210 + 211 + 212 + 213 + 214 + 215 + 216 + 217 + 218 + 219 + 220 + 221 + 222 + 223 + 224 + 225 + 226 + 227 + 228 + 229 + 230 + 231 + 232 + 233 + 234 + 235 + 236 + 237 + 238 + 239 + 240 + 241 + 242 + 243 + 244 + 245 + 246 + 247 + 248 + 249 + 250 + 251 + 252 + 253 + 254 + 255 + 256 + 257 + 258 + 259 + 260 + 261 + 262 + 263 + 264 + 265 + 266 + 267 + 268 + 269 + 270 + 271 + 272 + 273 + 274 + 275 + 276 + 277 + 278 + 279 + 280 + 281 + 282 + 283 + 284 + 285 + 286 + 287 + 288 + 289 + 290 + 291 + 292 + 293 + 294 + 295 + 296 + 297 + 298 + 299 + 300 + 301 + 302 + 303 + 304 + 305 + 306 + 307 + 308 + 309 + 310 + 311 + 312 + 313 + 314 + 315 + 316 + 317 + 318 + 319 + 320 + 321 + 322 + 323 + 324 + 325 + 326 + 327 + 328 + 329 + 330 + 331 + 332 + 333 + 334 + 335 + 336 + 337 + 338 + 339 + 340 + 341 + 342 + 343 + 344 + 345 + 346 + 347 + 348 + 349 + 350 + 351 + 352 + 353 + 354 + 355 + 356 + 357 + 358 + 359 + 360 + 361 + 362 + 363 + 364 + 365 + 366 + 367 + 368 + 369 + 370 + 371 + 372 + 373 + 374 + 375 + 376 + 377 + 378 + 379 + 380 + 381 + 382 + 383 + 384 + 385 + 386 + 387 + 388 + 389 + 390 + 391 + 392 + 393 + 394 + 395 + 396 + 397 + 398 + 399 + 400 + 401 + 402 + 403 + 404 + 405 + 406 + 407 + 408 + 409 + 410 + 411 + 412 + 413 + 414 + 415 + 416 + 417 + 418 + 419 + 420 + 421 + 422 + 423 + 424 + 425 + 426 + 427 + 428 + 429 + 430 + 431 + 432 + 433 + 434 + 435 + 436 + 437 + 438 + 439 + 440 + 441 + 442 + 443 + 444 + 445 + 446 + 447 + 448 + 449 + 450 + 451 + 452 + 453 + 454 + 455 + 456 + 457 + 458 + 459 + 460 + 461 + 462 + 463 + 464 + 465 + 466 + 467 + 468 + 469 + 470 + 471 + 472 + 473 + 474 + 475 + 476 + 477 + 478 + 479 + 480 + 481 + 482 + 483 + 484 + 485 + 486 + 487 + 488 + 489 + 490 + 491 + 492 + 493 + 494 + 495 + 496 + 497 + 498 + 499 + 500 + 501 + 502 + 503 + 504 + 505 + 506 + 507 + 508 + 509 + 510 + 511 + 512 + 513 + 514 + 515 + 516 + 517 + 518 + 519 + 520 + 521 + 522 + 523 + 524 + 525 + 526 + 527 + 528 + 529 + 530 + 531 + 532 + 533 + 534 + 535 + 536 + 537 + 538 + 539 + 540 + 541 + 542 + 543 + 544 + 545 + 546 + 547 + 548 + 549 + 550 + 551 + 552 + 553 + 554 + 555 + 556 + 557 + 558 + 559 + 560 + 561 + 562 + 563 + 564 + 565 + 566 + 567 + 568 + 569 + 570 + 571 + 572 + 573 + 574 + 575 + 576 + 577 + 578 + 579 + 580 + 581 + 582 + 583 + 584 + 585 + 586 + 587 + 588 + 589 + 590 + 591 + 592 + 593 + 594 + 595 + 596 + 597 + 598 + 599 + 600 + 601 + 602 + 603 + 604 + 605 + 606 + 607 + 608 + 609 + 610 + 611 + 612 + 613 + 614 + 615 + 616 + 617 + 618 + 619 + 620 + 621 + 622 + 623 + 624 + 625 + 626 + 627 + 628 + 629 + 630 + 631 + 632 + 633 + 634 + 635 + 636 + 637 + 638 + 639 + 640 + 641 + 642 + 643 + 644 + 645 + 646 + 647 + 648 + 649 + 650 + 651 + 652 + 653 + 654 + 655 + 656 + 657 + 658 + 659 + 660 + 661 + 662 + 663 + 664 + 665 + 666 + 667 + 668 + 669 + 670 + 671 + 672 + 673 + 674 + 675 + 676 + 677 + 678 + 679 + 680 + 681 + 682 + 683 + 684 + 685 + 686 + 687 + 688 + 689 + 690 + 691 + 692 + 693 + 694 + 695 + 696 + 697 + 698 + 699 + 700 + 701 + 702 + 703 + 704 + 705 + 706 + 707 + 708 + 709 + 710 + 711 + 712 + 713 + 714 + 715 + 716 + 717 + 718 + 719 + 720 + 721 + 722 + 723 + 724 + 725 + 726 + 727 + 728 + 729 + 730 + 731 + 732 + 733 + 734 + 735 + 736 + 737 + 738 + 739 + 740 + 741 + 742 + 743 + 744 + 745 + 746 + 747 + 748 + 749 + 750 + 751 + 752 + 753 + 754 + 755 + 756 + 757 + 758 + 759 + 760 + 761 + 762 + 763 + 764 + 765 + 766 + 767 + 768 + 769 + 770 + 771 + 772 + 773 + 774 + 775 + 776 + 777 + 778 + 779 + 780 + 781 + 782 + 783 + 784 + 785 + 786 + 787 + 788 + 789 + 790 + 791 + 792 + 793 + 794 + 795 + 796 + 797 + 798 + 799 + 800 + 801 + 802 + 803 + 804 + 805 + 806 + 807 + 808 + 809 + 810 + 811 + 812 + 813 + 814 + 815 + 816 + 817 + 818 + 819 + 820 + 821 + 822 + 823 + 824 + 825 + 826 + 827 + 828 + 829 + 830 + 831 + 832 + 833 + 834 + 835 + 836 + 837 + 838 + 839 + 840 + 841 + 842 + 843 + 844 + 845 + 846 + 847 + 848 + 849 + 850 + 851 + 852 + 853 + 854 + 855 + 856 + 857 + 858 + 859 + 860 + 861 + 862 + 863 + 864 + 865 + 866 + 867 + 868 + 869 + 870 + 871 + 872 + 873 + 874 + 875 + 876 + 877 + 878 + 879 + 880 + 881 + 882 + 883 + 884 + 885 + 886 + 887 + 888 + 889 + 890 + 891 + 892 + 893 + 894 + 895 + 896 + 897 + 898 + 899 + 900 + 901 + 902 + 903 + 904 + 905 + 906 + 907 + 908 + 909 + 910 + 911 + 912 + 913 + 914 + 915 + 916 + 917 + 918 + 919 + 920 + 921 + 922 + 923 + 924 + 925 + 926 + 927 + 928 + 929 + 930 + 931 + 932 + 933 + 934 + 935 + 936 + 937 + 938 + 939 + 940 + 941 + 942 + 943 + 944 + 945 + 946 + 947 + 948 + 949 + 950 + 951 + 952 + 953 + 954 + 955 + 956 + 957 + 958 + 959 + 960 + 961 + 962 + 963 + 964 + 965 + 966 + 967 + 968 + 969 + 970 + 971 + 972 + 973 + 974 + 975 + 976 + 977 + 978 + 979 + 980 + 981 + 982 + 983 + 984 + 985 + 986 + 987 + 988 + 989 + 990 + 991 + 992 + 993 + 994 + 995 + 996 + 997 + 998 + 999 + 1000 + 1001 + 1002 + 1003 + 1004 + 1005 + 1006 + 1007 + 1008 + 1009 + 1010 + 1011 + 1012 + 1013 + 1014 + 1015 + 1016 + 1017 + 1018 + 1019 + 1020 + 1021 + 1022 + 1023 + 1024 + 1025 + 1026 + 1027 + 1028 + 1029 + 1030 + 1031 + 1032 + 1033 + 1034 + 1035 + 1036 + 1037 + 1038 + 1039 + 1040 + 1041 + 1042 + 1043 + 1044 + 1045 + 1046 + 1047 + 1048 + 1049 + 1050 + 1051 + 1052 + 1053 + 1054 + 1055 + 1056 + 1057 + 1058 + 1059 + 1060 + 1061 + 1062 + 1063 + 1064 + 1065 + 1066 + 1067 + 1068 + 1069 + 1070 + 1071 + 1072 + 1073 + 1074 + 1075 + 1076 + 1077 + 1078 + 1079 + 1080 + 1081 + 1082 + 1083 + 1084 + 1085 + 1086 + 1087 + 1088 + 1089 + 1090 + 1091 + 1092 + 1093 + 1094 + 1095 + 1096 + 1097 + 1098 + 1099 + 1100 + 1101 + 1102 + 1103 + 1104 + 1105 + 1106 + 1107 + 1108 + 1109 + 1110 + 1111 + 1112 + 1113 + 1114 + 1115 + 1116 + 1117 + 1118 + 1119 + 1120 + 1121 + 1122 + 1123 + 1124 + 1125 + 1126 + 1127 + 1128 + 1129 + 1130 + 1131 + 1132 + 1133 + 1134 + 1135 + 1136 + 1137 + 1138 + 1139 + 1140 + 1141 + 1142 + 1143 + 1144 + 1145 + 1146 + 1147 + 1148 + 1149 + 1150 + 1151 + 1152 + 1153 + 1154 + 1155 + 1156 + 1157 + 1158 + 1159 + 1160 + 1161 + 1162 + 1163 + 1164 + 1165 + 1166 + 1167 + 1168 + 1169 + 1170 + 1171 + 1172 + 1173 + 1174 + 1175 + 1176 + 1177 + 1178 + 1179 + 1180 + 1181 + 1182 + 1183 + 1184 + 1185 + 1186 + 1187 + 1188 + 1189 + 1190 + 1191 + 1192 + 1193 + 1194 + 1195 + 1196 + 1197 + 1198 + 1199 + 1200 + 1201 + 1202 + 1203 + 1204 + 1205 + 1206 + 1207 + 1208 + 1209 + 1210 + 1211 + 1212 + 1213 + 1214 + 1215 + 1216 + 1217 + 1218 + 1219 + 1220 + 1221 + 1222 + 1223 + 1224 + 1225 + 1226 + 1227 + 1228 + 1229 + 1230 + 1231 + 1232 + 1233 + 1234 + 1235 + 1236 + 1237 + 1238 + 1239 + 1240 + 1241 + 1242 + 1243 + 1244 + 1245 + 1246 + 1247 + 1248 + 1249 + 1250 + 1251 + 1252 + 1253 + 1254 + 1255 + 1256 + 1257 + 1258 + 1259 + 1260 + 1261 + 1262 + 1263 + 1264 + 1265 + 1266 + 1267 + 1268 + 1269 + 1270 + 1271 + 1272 + 1273 + 1274 + 1275 + 1276 + 1277 + 1278 + 1279 + 1280 + 1281 + 1282 + 1283 + 1284 + 1285 + 1286 + 1287 + 1288 + 1289 + 1290 + 1291 + 1292 + 1293 + 1294 + 1295 + 1296 + 1297 + 1298 + 1299 + 1300 + 1301 + 1302 + 1303 + 1304 + 1305 + 1306 + 1307 + 1308 + 1309 + 1310 + 1311 + 1312 + 1313 + 1314 + 1315 + 1316 + 1317 + 1318 + 1319 + 1320 + 1321 + 1322 + 1323 + 1324 + 1325 + 1326 + 1327 + 1328 + 1329 + 1330 + 1331 + 1332 + 1333 + 1334 + 1335 + 1336 + 1337 + 1338 + 1339 + 1340 + 1341 + 1342 + 1343 + 1344 + 1345 + 1346 + 1347 + 1348 + 1349 + 1350 + 1351 + 1352 + 1353 + 1354 + 1355 + 1356 + 1357 + 1358 + 1359 + 1360 + 1361 + 1362 + 1363 + 1364 + 1365 + 1366 + 1367 + 1368 + 1369 + 1370 + 1371 + 1372 + 1373 + 1374 + 1375 + 1376 + 1377 + 1378 + 1379 + 1380 + 1381 + 1382 + 1383 + 1384 + 1385 + 1386 + 1387 + 1388 + 1389 + 1390 + 1391 + 1392 + 1393 + 1394 + 1395 + 1396 + 1397 + 1398 + 1399 + 1400 + 1401 + 1402 + 1403 + 1404 + 1405 + 1406 + 1407 + 1408 + 1409 + 1410 + 1411 + 1412 + 1413 + 1414 + 1415 + 1416 + 1417 + 1418 + 1419 + 1420 + 1421 + 1422 + 1423 + 1424 + 1425 + 1426 + 1427 + 1428 + 1429 + 1430 + 1431 + 1432 + 1433 + 1434 + 1435 + 1436 + 1437 + 1438 + 1439 + 1440 + 1441 + 1442 + 1443 + 1444 + 1445 + 1446 + 1447 + 1448 + 1449 + 1450 + 1451 + 1452 + 1453 + 1454 + 1455 + 1456 + 1457 + 1458 + 1459 + 1460 + 1461 + 1462 + 1463 + 1464 + 1465 + 1466 + 1467 + 1468 + 1469 + 1470 + 1471 + 1472 + 1473 + 1474 + 1475 + 1476 + 1477 + 1478 + 1479 + 1480 + 1481 + 1482 + 1483 + 1484 + 1485 + 1486 + 1487 + 1488 + 1489 + 1490 + 1491 + 1492 + 1493 + 1494 + 1495 + 1496 + 1497 + 1498 + 1499 + 1500 + 1501 + 1502 + 1503 + 1504 + 1505 + 1506 + 1507 + 1508 + 1509 + 1510 + 1511 + 1512 + 1513 + 1514 + 1515 + 1516 + 1517 + 1518 + 1519 + 1520 + 1521 + 1522 + 1523 + 1524 + 1525 + 1526 + 1527 + 1528 + 1529 + 1530 + 1531 + 1532 + 1533 + 1534 + 1535 + 1536 + 1537 + 1538 + 1539 + 1540 + 1541 + 1542 + 1543 + 1544 + 1545 + 1546 + 1547 + 1548 + 1549 + 1550 + 1551 + 1552 + 1553 + 1554 + 1555 + 1556 + 1557 + 1558 + 1559 + 1560 + 1561 + 1562 + 1563 + 1564 + 1565 + 1566 + 1567 + 1568 + 1569 + 1570 + 1571 + 1572 + 1573 + 1574 + 1575 + 1576 + 1577 + 1578 + 1579 + 1580 + 1581 + 1582 + 1583 + 1584 + 1585 + 1586 + 1587 + 1588 + 1589 + 1590 + 1591 + 1592 + 1593 + 1594 + 1595 + 1596 + 1597 + 1598 + 1599 + 1600 + 1601 + 1602 + 1603 + 1604 + 1605 + 1606 + 1607 + 1608 + 1609 + 1610 + 1611 + 1612 + 1613 + 1614 + 1615 + 1616 + 1617 + 1618 + 1619 + 1620 + 1621 + 1622 + 1623 + 1624 + 1625 + 1626 + 1627 + 1628 + 1629 + 1630 + 1631 + 1632 + 1633 + 1634 + 1635 + 1636 + 1637 + 1638 + 1639 + 1640 + 1641 + 1642 + 1643 + 1644 + 1645 + 1646 + 1647 + 1648 + 1649 + 1650 + 1651 + 1652 + 1653 + 1654 + 1655 + 1656 + 1657 + 1658 + 1659 + 1660 + 1661 + 1662 + 1663 + 1664 + 1665 + 1666 + 1667 + 1668 + 1669 + 1670 + 1671 + 1672 + 1673 + 1674 + 1675 + 1676 + 1677 + 1678 + 1679 + 1680 + 1681 + 1682 + 1683 + 1684 + 1685 + 1686 + 1687 + 1688 + 1689 + 1690 + 1691 + 1692 + 1693 + 1694 + 1695 + 1696 + 1697 + 1698 + 1699 + 1700 + 1701 + 1702 + 1703 + 1704 + 1705 + 1706 + 1707 + 1708 + 1709 + 1710 + 1711 + 1712 + 1713 + 1714 + 1715 + 1716 + 1717 + 1718 + 1719 + 1720 + 1721 + 1722 + 1723 + 1724 + 1725 + 1726 + 1727 + 1728 + 1729 + 1730 + 1731 + 1732 + 1733 + 1734 + 1735 + 1736 + 1737 + 1738 + 1739 + 1740 + 1741 + 1742 + 1743 + 1744 + 1745 + 1746 + 1747 + 1748 + 1749 + 1750 + 1751 + 1752 + 1753 + 1754 + 1755 + 1756 + 1757 + 1758 + 1759 + 1760 + 1761 + 1762 + 1763 + 1764 + 1765 + 1766 + 1767 + 1768 + 1769 + 1770 + 1771 + 1772 + 1773 + 1774 + 1775 + 1776 + 1777 + 1778 + 1779 + 1780 + 1781 + 1782 + 1783 + 1784 + 1785 + 1786 + 1787 + 1788 + 1789 + 1790 + 1791 + 1792 + 1793 + 1794 + 1795 + 1796 + 1797 + 1798 + 1799 + 1800 + 1801 + 1802 + 1803 + 1804 + 1805 + 1806 + 1807 + 1808 + 1809 + 1810 + 1811 + 1812 + 1813 + 1814 + 1815 + 1816 + 1817 + 1818 + 1819 + 1820 + 1821 + 1822 + 1823 + 1824 + 1825 + 1826 + 1827 + 1828 + 1829 + 1830 + 1831 + 1832 + 1833 + 1834 + 1835 + 1836 + 1837 + 1838 + 1839 + 1840 + 1841 + 1842 + 1843 + 1844 + 1845 + 1846 + 1847 + 1848 + 1849 + 1850 + 1851 + 1852 + 1853 + 1854 + 1855 + 1856 + 1857 + 1858 + 1859 + 1860 + 1861 + 1862 + 1863 + 1864 + 1865 + 1866 + 1867 + 1868 + 1869 + 1870 + 1871 + 1872 + 1873 + 1874 + 1875 + 1876 + 1877 + 1878 + 1879 + 1880 + 1881 + 1882 + 1883 + 1884 + 1885 + 1886 + 1887 + 1888 + 1889 + 1890 + 1891 + 1892 + 1893 + 1894 + 1895 + 1896 + 1897 + 1898 + 1899 + 1900 + 1901 + 1902 + 1903 + 1904 + 1905

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Em. 06/03

NOME: WALLACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO: 1203339
IDADE: 24 SEXO: M COR: DATA: 9/1/2020
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA LEITO 2
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ
FRATURA DE GALEAZZI
CIRURGIÃO: DR LAURI 1º ASS: DR JAQUES
2º ASS: MRZ LAIANA 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA DIAFISARIA DE RADIO ESQ		
COMINUTA		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE GALLEAZZI		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Lauri F. C. Junior
Ortopedia/Traumatologia
R. 24 - PR. 001 - TEOT - 13838

DATA:

9/1/2020



g

22



[Signature]



121275X1

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/01/20

PRONTUÁRIO: 1234172

PACIENTE: WALTER DA SILVA RIBEIRO SEXO: M COR: PARDO IDADE: 24

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80 PULSO: 75 RESPIRAÇÃO: 16x6cm TEMPERATURA: 36,5 PESO: 75 GRUPO SANGÜÍNEO: A

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAL () PRESSÃO: RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAL () PRESSÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATORIO: OK AP. CIRCULATORIO: OK / ESTÁVEL

AP. DIGESTIVO: OK AP. RENAL: OK

PRE-ANESTÉSICO: MD 200g + Prolonil 100mg ESTADO FÍSICO: A

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: fratura ORTÓRICA DO COTO

CIRURGIA REALIZADA: + fr. CILINDRICO DE FRAT. ANTE-BRACO

CIRURGIÃO: Dr. Lúcio ALVIAIRES

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:55 TERMINO DA ANESTESIA: 10:55h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2 HORAS

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS:

ANESTESISTA: Dra. Rossana D. CPF: 690.882.124-91 CRM-PB: 4229

ANESTESIA: 8:55, VPM 9:55, 10:55

N.º: 1

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

SRL - SRL

INFER. GERALMENTE LA XILAR.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. MIDAS 200g
2. Prolonil 100mg
3. LIDOCAÍNA 2% 100ml
4. LIDOCAÍNA 2% 100ml
5. LIDOCAÍNA 2% 100ml
6. LIDOCAÍNA 2% 100ml
7. DEXAMETASOÍDE 2mg
8. DEXAMETASOÍDE 2mg
9. DEXAMETASOÍDE 2mg
10. CETOPROFENO 100mg

Observações importantes: Paciente submetido a anestesia geral, intubação orotraqueal, pressão arterial estável, saturação de oxigênio 100%, tempo de anestesia 2 horas.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. INQ. ASCR. 026-1

Dra. Rossana L.M.F. Vale
Médica Anestesiologista
CRM / PB-4229





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 05/01/2020 08:55:58

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 2d 8h 26min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 2d 12h 29min	Permanência no Leito: 1d 8h 14min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 05/01/2020 08:51:55)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF

PACIENTE CURSANDO COM FRATURA DE FACE POR ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
EFG: BEG, CONTACTUATE, EUPNEICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE
EFEQ: EDEMA EM 1/3 MÉDIO DE FACE, TNA EM POSIÇÃO (+/- 48HCOM SINAL DE SANGRAMENTO ATIVO EM REGRESSÃO
EFIO: DESOCCLUSÃO, EDESLOCAMENTO LINGUAL DE SEGUIMENTO ANTERIOR DE PRÉ MAXILA. EXAME DIFICULTADO POR CONDIÇÃO CLÍNICA, HIGIENE PRECÁRIA (SOLICITO ODONTOLOGIA HOSPITALAR)

CD:

1) AV+OT

2) SUGIRO DIETA LEVE/BATIDA

3) SUGIRO MANUTENÇÃO DE ATB E CORTICOIDE

4) RENOVO CURATIVO SUPERFICIAL DE TNA

5) SEGUE ACOMPANHAMENTO BMF, AGUARDANDO MELHORA DE QUADRO E REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Dr. Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 126



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: WALACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1214172
IDADE: _____ SEXO: MAS COR: _____ DATA: 2/1/2020
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: TTO CIRURGICO DE FRATURAS EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ
CIRURGIÃO: DR. EDSON TINOCO 1º ASS: MR2 DANIEL
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: BLOQ HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CIE
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDA		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

DATA: 2/1/2020

impr. consult. 9/11/2020
MÉDICO
CRM 11134



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
FERIMENTO PRE EXISTENTE
Achados:
FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ
Condução:
LMC COM SF0,9% EXAUSTIVA
REDUÇÃO DA FRATURA
FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO DE RADIO DISTAL
AUXILIO DA ESCOPIA
LMC COM SF0,9% EXAUSTIVA
Fechamento:
SUTURA POR PLANOS
RAIO-X DE CONTROLE
Observação:
TALA

Médico/CRM:

João Pessoa,

2/1/2020

Daniel Oliveira Arruda
MÉDICO
CRM 11134



213-7540

Germana Cruz Nunes
Téc. de Enfermagem
CRN PR 424976

ENGINE ASSEMBLY 0114



HETSU

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/01/20

PRONTUÁRIO: 1214172

PACIENTE: WILACCE DA SILVA RIBEIRO SEXO: M COR: IDADE: 244

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO. AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL (NM)

AP. DIGESTIVO EST. CHEIO ESTADO MENTAL CONSCIENTE DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO DOSE/HORA T.O.

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA TRAT. CIRÚRGICO DE FRAT. EXPOSTA DE OSSO DO ANTEBRAÇO

CIRURGIÃO A. ESPIN TINOLO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 22:40h TÉRMINO DA ANESTESIA 23:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1:00h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH VALORES RS

ANESTESISTA A. ANDRÉ CPF CRM-PB

AGENTES-HORA F. da. W. J. H. (RC)

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2

N. 2





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lyra



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGRE
o trabalho

Documento de Alta

Nome: WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Número Prontuário: 120303
Data de Nascimento: 05/05/1995	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/01/2020 00:29:46	Data de Alta: 18/01/2020 08:29:24
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE E FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DA FACE. O MESMO, SUBMETEU A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA, CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS.			
Resultado de Exames: FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
Tratamento: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: ALIMENTAÇÃO LÍQUIDO-PASTOSA, TOMAR A MEDICAÇÃO PÓS OPERATÓRIA CORRETAMENTE E RETORNAR NO PRÓXIMO DIA 24.01.20, ÀS 10H PARA AVALIAÇÃO PÓS CIRÚRGICA.			

Data: 18/01/2020

FRANCISCO NUNES DE ASSIS
FILHO
CRM: 3267 - PB


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRM - 3267





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: WALLACE DA

SILVA RIBEIRO

DATA DO ATENDIMENTO: 17/01/20

Nº PRONTUÁRIO: 131417 FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: INT. TEND. MEMO FRO

PROCEDIMENTO: _____

RETORNO

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNOS	SALA
<u>17/01/20</u>	<u>INT</u>	<u>NOT</u> <u>MEMO</u>	<u>(11)</u>
<u>18/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>19/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>20/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>21/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>22/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>23/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>24/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>25/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>26/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>27/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>28/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>29/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>30/01/20</u>	<u>INT</u>		
<u>31/01/20</u>	<u>INT</u>		

F(NG).APC.035-1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAMIÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

WALLICE DA SILVA RIBEIRO

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSOR: 3806589 SSDE PB

CPF: 111.879.044-81 DATA INSCRIÇÃO: 05/05/1995

FUNÇÃO:
SEVERINO DO RAMO
RIBEIRO PEREIRA
TEASSIL MORENO DA SILVA

PERMITEU: ☒ NÃO ☐ CAT. 1

Nº REGISTRO: 04882613760 VALIDADE: 14/10/2021 1ª HABITAÇÃO: 21/07/2017

OBSERVAÇÕES:

PAR:

Wallice da Silva Ribeiro
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA INSCRIÇÃO: 19/09/2018

João
ASSINATURA DO EMISOR

77668524405
P9037580604

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660760018

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660760018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014666596751

6280858898

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	PRT	20190000278180-0
1	COD. RENAVAM	0119480042-9
	RNTRC	00/00000000

NOME/ENDEREÇO
JORGE DA SILVA HENRIQUE
RUA MANOEL JACOME DE BRITO SN
TRUZ DAS ARMAS
58085650 JOAO PESSOA-PB

CPC/CNPJ	PLACA
70024087475	0SE3113/PB

NOME ANTERIOR
PEDRO JUNHO DA SILVA LAURENTINO

PLACA ANT/LT	CHASSI
NOVO PB	9C6DG2640J0013638

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/HAO APPLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
YAMAHA/XTZ160 CROSSER E	2018	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 7CI	PARTIC	AZUL

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
Nº Motor : G305E-094433

JOAO PESSOA - LOCAL	DATA
20320	15/07/2018
40886	





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA SUELIO MOREIRA TORRES NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182426 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/01/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DA ULNA E RÁDIO ESQUERDO. PG4,9,11,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MSXILAR E RÁDIO -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO
FACIAIS.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142317/20

Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

CPF: 111.879.044-81

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WALLICE DA SILVA RIBEIRO : 111.879.044-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/05/2020
Nome: WALLICE DA SILVA RIBEIRO
CPF: 111.879.044-81

WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182426 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/01/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DA ULNA E RÁDIO ESQUERDO. PG4,9,11,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MSXILAR E RÁDIO -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO
FACIAIS.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

