
Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313600

Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

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, contados 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, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313600

Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000003449-5

Conta: 000002848-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 055.013.224-30 4 - Nome completo da vítima: Manoel Maria Fernandes do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RESIDÊNCIA DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSSEF Nº 646/2012

5 - Nome completo: Manoel Maria Fernandes do Nascimento 6 - CPF: 055.013.224-30

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Brasileira 9 - Número: 510 10 - Complemento: caso

11 - Bairro: Doutor 12 - Cidade: Umuarama 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58253-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83 98855-1045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEIRA (Gorjeta para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 0020 CONTA: 47843

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da assistência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

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

34 - _____

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 03 de agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Manoel Maria Fernandes do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00106.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00106.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:44 horas do dia 27 de agosto de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Manoel Mesias Fernandes do Nascimento**, conhecido(a) por Mesias, RG nº 2756902 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Angelina Fernandes do Nascimento e José Antonio do Nascimento, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 23/05/1975 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº s/n, bairro Centro, tendo como ponto de referência Centro, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Vicinal, Auto Mecânica Soares, Araruna/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/05/20 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 ES, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor verde, ano 2011, UF: PB, placa NOG-6657, chassi 9C2JC4820BR100115, características gerais: Cadastrada Em Nome de Veraldo F. do Nascimento

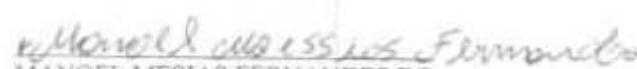
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no início da tarde do dia 17 de maio do ano de 2020, se conduzia numa estrada de barro na cidade de Araruna PB e, na lateral de uma oficina denominada de Auto Mecânica Soares, objetivando pegar a PB 111, uma motocicleta de placa e Condutor não identificado, em sentido oposto, não sabendo explicar como, atingiu frontalmente a moto do notificante, o qual em hipótese alguma teve como desviar e evitar tal colisão, consequentemente, foi socorrido por terceiros ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena nesta capital, onde foi submetido aos procedimentos Médico cabíveis.

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

João Pessoa/PB, 27 de agosto de 2020.


EVALDALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


MANOEL MESIAS FERNANDES DO
NASCIMENTO
Notificante *do Nascimento*

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 055.013.224-30 4 - Nome completo da vítima: Manoel Maria Fernandes do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RUA DE RESIDÊNCIA DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSSEF Nº 646/2012

5 - Nome completo: Manoel Maria Fernandes do Nascimento 6 - CPF: 055.013.224-30

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Brasileira 9 - Número: 510 10 - Complemento: caso

11 - Bairro: Doutor 12 - Cidade: Umuarama 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58253-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 83 98855-1045

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEIRA (Gorjeta para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 0020 CONTA: 47843

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da assistência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

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

34 - _____

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: João Pessoa 03 de agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Manoel Maria Fernandes do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável por impostos

Trabalhe para sempre pagando: 04 045 176 750



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R: 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.986.192/0001-40 Insc Est. 18.016.820-6

DADOS DO CLIENTE

JOSELI MOUZINHO DE LIMA
RUA PROJETADA S/N
ARARUNA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1557043-5

REFERÊNCIA

JUN/2020

APRESENTAÇÃO

18/06/2020

CONSUMO

63

VENCIMENTO

26/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 50,88

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 17037.193178 3 82980000005088				
Pagador: JOSELI MOUZINHO DE LIMA CNPJ/CPF: 033.440.764-85				
RUA PROJETADA S/N - CENTRO - ARARUNA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017037193	001557043202006	26/06/2020	R\$ 50,88	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				



CEP 58233-000



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1237607



Identificação do paciente

ID 1507176	Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44 anos 11 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO	Pai JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JOSELI DE LIMA FERNANDES - ESPOSO(A)		
DDD Celular 83	Celular 999358327	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2756902	Nº Cns 160595748320008	
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
-nail	Naturalidade ARARUNA	CBO/R	

Endereço

CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro LUIZ TARGINO MOREIRA
Número 870	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 17/05/2020 17:21:35	Número da pulseira 1000008796904	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

Policial	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte AMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Vitem de colar moto, que se deu em face e
costas contus em braços.

Diagnóstico

Arthur L. Menezes
COREN-PB 597935 EMB

Atendido por
MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo

Imprimir

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2756902 DATA 28 ABR 2000

Nome: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Filiação: José Antonio do Nascimento
Angelina Fernandes do Nascimento

Araruna Pa 23.05.1975

NATURALIDADE

Cert Nasc 9.940 Fls 67-v Livro 11-A.

DOC 01565

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 25/06/83

2/21375

MANOEL M F NASCIMENTO

905957522

ARMAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 917

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAIBA
Governo do Estado

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

Paciente MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	BAE 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Baixa
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44a 11m 24d	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Mãe ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 999358327
Endereço LUIZ TARGINO MOREIRA, 870	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MANOEL DE OLIVEIRA DANTAS FILHO	UF PB
Data/Hora Classificação 17/05/2020 17:21:35		Data/Hora Prescrição 17/05/2020 19:51:35	Nº Cons. Regional 4608/PB

ANAMNESE

##BMF## PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 7 HORAS, CURSANDO TRAUMA EM FACE. NEGA SINCOPE, EPISODIO EMETICO, RELATA SER DIABÉTICO - SOB USO DE MEDICAÇÕES. NO MOMENTO, CONSCIENTE, POUCO SONOLENTO, EUPNEICO, AFEBRIL, ACIANOTICO. EXAME FÍSICO: EDEMA IMPORTANTE EM TODA HEMIFACE ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR DO OLHO (D) SEM ALTERAÇÕES, VIAS AEREAS PERVEAS, AO EXAME INTRAORAL, FOI OBSERVADO MOBILIDADE MAXILAR A ESQ. ABERTURA BUCAL SEM ANORMALIDADES. EXAME DE IMAGEM: FRATURA DO COMPLEXO MAXILO-ZIGOMATICO-ORBITARIO (E) CD: 1. AVALIAÇÃO + EXAME FÍSICO 2. INTERNAÇÃO 3. SOLICITAÇÃO DOS EXAMES PRE OP + ECG + RISCO CIRURGICO 4. SOLICITAÇÃO AVALIAÇÃO DA C.M.

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: LIQUIDA PASTOSA)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM)
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)
DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), DILUIR 8,0 ML

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE OPERATORIO)

CABECEIRA ELEVADA A 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTACAO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

FOSFATASE ALCALINA

POTASSIO

SODIO

TRIGLICÉRIDES

Dr. MANOEL DANTAS FILHO
Cirurgia e Traumatologia
Bucocomaxilofacial
CRO 4608

CID10

S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sempre juntos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	1237607	17/05/2020 17:21:35	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
23/05/1975	Masculino	160595748320008	(83) 999358327
Mãe			Prontuário
ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
LUIZ TARGINO MOREIRA, 870	CENTRO	ARARUNA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6628/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/05/2020 17:21:35		17/05/2020 18:27:28	

ANAMNESE

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM FACE ADMITIDO AS 17:37; GLASGOW 15. SEM DEFICITS APARENTE
TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO INTRACRANIANO; SEM SINAIS DE FRATURAS EM CALOTA CRANIANA;
FRATURA DE ZIGOMA ESQUERDO, PAREDE LATERAL DE ÓRBITA E MAXILAR ESQUERDO COM HEMOSINUS CD: ALTA DA
NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA INTERNAÇÃO PELA BMF

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

Dr. **Carvalho**
6628
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(CRM: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 17/05/2020 17:21:35



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	BAE 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Baixa
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44a 11m 24d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999358327
Mãe ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO		CNS 160595748320008	Prontuário
Endereço LUIZ TARGINO MOREIRA, 870	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 17/05/2020 17:21:35		Data/Hora Prescrição 17/05/2020 17:37:13	

ANAMNESE

Paciente conduzido pelo samu, alcoolizado, referindo pancada na cabeça após colisão moto/moto. Nega perda da consciência e vômitos. Apresenta edema acentuado em face, ferimento corto-contuso em terço distal de braço esquerdo. Mobilidade dos mmss e mmil preservada, tórax e abdome: ndn conduta: tc de crânio e face + alta da cirurgia + parecer da ncr e bmf

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE


CID10

S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro


GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 17/05/2020 17:21:35

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

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO
Em: 31/05/2020 07:42:26

Nome	MANOEL MESIAS FERNANDES DO N	
Data de nascimento	23/05/1975	Idade: 44
Tempo de Internação	13d 10h 13min	
Data de Entrada	17/05/2020 17:21:35	Data: 17/05

Boletim de Atendimento	1237607	Data/Hora Entrada	17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída	
Sexo	Masculino	CNS	160595748320008	Prontuário	122679
Convênio	SUS			Plantão	DIURNO
Permanência na Unidade	13d 14h 21min			Permanência no Leito:	2d 14h 48min

EVOLUÇÃO MEDICA (FRAT

S DE ASSIS FILHO - 31/05/2020 07:42:20)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PACIENTE NO 3º DPO, AP
MAXILAR ESQUERDO, SOI
BEG, LOTE, CONSCIENTE,
AO EXAME FÍSICO, APRES
ACESSO EM POSIÇÃO, SE
OCULARES PRESERVADG
PRESERVADA, SEM QUEL
CD:

1. ORIENTAÇÕES
2. PRESCRIÇÃO HOSPITAL
3. ALTA HOSPITALAR

TER S
ESTE
ENTA
A ED
INAIS
QUIM
ALGI


METIDO A REDUÇÃO DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-
GERAL, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM
NORMOCORADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO.
EM REGRESSÃO, COMPATÍVEL DO PÓS-CIRÚRGICO, SUTURAS DE
SANGRAMENTO OU INFECÇÃO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS
ES PERIORBITÁRIAS. ABERTURA E MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito
Profissional responsável pela in

O - 00
ação:

FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3257


Dr. Assis Filho
Cirurgião Geral
Implantodontista
CRM - 3257



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Sumos Tudos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Em: 30/05/2020 07:14:56

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 12d 9h 45min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 12d 13h 53min		Permanência no Leito: 1d 14h 20min

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 30/05/2020 07:14:46)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PACIENTE NO 2º DPO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR ESQUERDO, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, LOTE, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO, COMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO. SUTURAS DE ACESSO EM POSIÇÃO, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU INFECÇÃO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, EQUIMOSOS PERIORBITÁRIAS, ABERTURA BUCAL E MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR PRESERVADA, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

CD:

1. ORIENTAÇÕES
2. PRESCRIÇÃO HOSPITALAR
3. ACOMPANHAMENTO PELA CTBMF

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 004

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267


Dr. Assis Filho
Número 3267
Implante Odontologia
CBO - 3267



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

12
64



PARAIBA
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 29/05/2020 07:53:59

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 11d 10h 24min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 122679
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 11d 14h 32min	Permanência no Leito 14h 59min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 29/05/2020 07:53:54)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM 1DPO DE OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR ESQUERDO, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRENCIAS. NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, EM BEG E LOTE. AO EXAME FÍSICO, EDEMA COMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR PRESERVADA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA ABERTURA BUCAL E MOVIMENTAÇÃO MANDIBULAR PRESERVADA. SUTURAS EM POSIÇÃO, SEM SINAIS DE DEISCENCIA OU INFECÇÃO.

CD.

1- ORIENTAÇÕES

2- PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

3- ACOMPANHAMENTO CTBMF.

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 004

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Andre Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRD 1040 PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Serviço Público
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: ADRIANO DUARTE QUINTANS
Em: 28/05/2020 12:45:41

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 10d 15h 16min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 10d 19h 24min		Permanência no Leito: 4h 32min

EVOLUÇÃO MEDICA (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 28/05/2020 12:42:02)

EVOLUÇÃO


PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL DE OSTEOSINTESE DE FRATURA ORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR. CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 004
Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442


Adriano D. Quintans
Bucco Maxilo Facial
CNES 170.652.465.840 (00)
CRO 2442/PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS
Em: 26/05/2020 11:39:56

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 8d 14h 10min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 8d 18h 18min	Permanência no Leito: 2d 17h 49min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS - 26/05/2020 11:39:50)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CLÍNICA MÉDICA

9º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE.
DIABETES DESCOMPENSADA

EVOLUÇÃO: CHAMADA PELA BMF PARA AVALIAR PACIENTE APRESENTANDO HIPERGLICEMIA (238, 247, 213, 268). EVOLUI EM LEITO, NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNÉICO COM EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS.

- 1- RETIRO A METFORMINA PARA MARCAÇÃO DE CIRURGIA
- 2- AJUSTO DOSES DE INSULINA
- 3- LIBERADO PARA CIRURGIA SE GLICOSE ALEATÓRIA < 200, QUE É ACEITÁVEL PARA PACIENTES DIABÉTICOS

JS *24*

Seção: POSTO IB - ENF ~~11~~ Leito: LEITO ~~403~~
Profissional responsável pela informação: LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS

Número Conselho: 12954



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Em: 26/05/2020 05:27:30

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 8d 7h 58min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 8d 12h 6min		Permanência no Leito: 2d 11h 37min

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 26/05/2020 05:27:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF# PACIENTE 8º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNEICO, DIURESE ESPONTÊA. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS, VIAS AÉREAS PÉRVIAS. EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, MOBILIDADE MAXILAR À ESQUERDA COM BOA ABERTURA BUCAL. AO EXAME DE IMAGEM, APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO (E), AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PRA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA. PACIENTE COM HGT 404 MG/DL (23.05.20). A CLÍNICA MÉDICA SOLICITOU VERIFICAÇÃO OBRIGATORIA DE 6/6 H, EVOLUINDO PARA 294 MG/DL NO DIA 24.05.2020, PORÉM NÃO SENDO PRESCRITO DIARIAMENTE AS DEVIDAS MEDICAÇÕES, CONTINUANDO DESCOMPENSADO. SENDO ASSIM ENCAMINHO PACIENTE PARA SER PRESCRITO E COMPENSADO CLINICAMENTE PELA CM ATÉ ALTA DA CM PARA CIRURGIA PELA BMF. CD: 1. AVALIAÇÃO BMF 2. AGUARDA PRESCRIÇÃO DA CM PARA ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO 3. PROCEDIMENTO CIRURGICO SERÁ AGENDADO APOS A ALTA DA CM

Seção: POSTO IB - BNF 11 Leito: LBT0 - 001

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

André Augusto
Cirurgião Oral
RGO: 862



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO
Em: 24/05/2020 08:18:42

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saida
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 6d 10h 49min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 6d 14h 57min	Permanência no Leito: 14h 28min	

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 24/05/2020 08:17:31)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#BMF#

PACIENTE 7º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNÉICO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS, VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, MOBILIDADE MAXILAR À ESQUERDA COM BOA ABERTURA BUCAL. AO EXAME DE IMAGEM, APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO (E). AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PRA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

PACIENTE COM HGT (23.05.20) - 404

A CLÍNICA MÉDICA SOLICITOU VERIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA DE 6/6 H

CD:

1. AVALIAÇÃO BMF

2. PRESCRIÇÃO DIÁRIA

3. ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A CM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 001

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



Sumos Tudos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: MATHEUS SOARES DE ARAUJO
Em: 24/05/2020 13:15:13

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO	Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento: 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008
Tempo de Internação 6d 15h 46min	Convênio SUS	Prontuário 122679	Plantão DIURNO
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade: 6d 19h 54min	Permanência no Leito: 19h 25min

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS SOARES DE ARAUJO - 24/05/2020 13:14:54)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLÍNICA MÉDICA

- TRAUMA DE FACE SEC ACIDENTE DE MOTO

- DM

PACIENTE 8º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). SEGUE APRESENTANDO MULTIPLAS HIPERGLICEMIAS APESAR DO USO DE NPH. FAZ USO DE METFORMINA 850 MG 3X/DIA. NO MOMENTO, S/ SINAIS DE CETOACIDOSE, S/ SINAIS DE TOXEMIA

AO EXAME:

- BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNEÍCO. - APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS
ACV: RCR EM 2T C/ BNF S/S
AR: MV+ EM AHT S/ RA
ABD: FLÁCIDO, INDOLOR S/ VMG
DIURESE E EVACUAÇÕES FISIOLÓGICAS
EXT PULSSO CHEIOS, PRESENTES E SIMÉTRICOS

CD:

1. REAFIRMO IMPORTANCIA DO HGT DE 5/6H RISCO DE DISGLICEMIAS SEVERAS
2. INICIO METFORMINA 850 MG 2X/DIA
3. REAVALIAR CURVA GLICÊMICA EM 24H

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: MATHEUS SOARES DE ARAUJO

Número Conselho: 12922

Matheus Soares
Médico
CRM-PB 12922



Endereço: RUA ORESTES LUSBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 56031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Nome		BOLETIM DE ATENDIMENTO		Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO	
MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		1237607		Em: 23/05/2020 08:52:52	
Data de nascimento	Idade	Data/Hora Entrada		Data/Hora Saída	
23/05/1975	44	17/05/2020 17:21:35			
Tempo de internação	Sexo	CNS		Prontuário	
5d 11h 23min	Masculino	160595748320008		122679	
Data de Entrada	Convênio	SUS		Plantão	
17/05/2020 17:21:35	SUS	Permanência na Unidade:		DIURNO	
		5d 15h 31min		Permanência no Leito:	
				9h 45min	

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 23/05/2020 08:50:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
#BMF#

PACIENTE 6º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO (SOB USO DE MEDICAÇÃO). NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS, VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, MOBILIDADE MAXILAR À ESQUERDA COM BOA ABERTURA BUCAL. AO EXAME DE IMAGEM, APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO (E), AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PRA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

- 1. AVALIAÇÃO BMF
- 2. PRESCRIÇÃO DIÁRIA
- 3. ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A CM

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Dr. Assis Filho
Implantodontista
CRM - 3267

Numero Conselho: 3267



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



Seus direitos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 22/05/2020 06:54:57

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 4d 9h 25min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 4d 13h 33min	Permanência no Leito 3d 17h 31min	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 22/05/2020 06:53:11)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PTE 5º DIH VITIMA DE ACIDENTE MOTOICLISTICO, RELATA SER DIABETICO - SOB USO DE MEDICAÇÃO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, EM BEG.

AO EXAME FISICO: EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL MANTIDA E MOBILIDADE OCULAR, VIAS AEREAS PERVEAS, EQUIMOSE E EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL. AO EXAME INTRA-ORAL: FOI OBSERVADO MOBILIDADE MAXILAR Á ESQUERDA, ABERTURA BUCAL SATISFATORIA.

AO EXAME DE IMAGEM: FRATURA COMPLEXO MAXILO-ZIGOMATICO-ORBITARIO (E)

CD:

1-AVALIAÇÃO BMF

2-PRESCRIÇÃO DIARIA

3-ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM CM

4-AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 011

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Dr. Evaldo Sales Honor Jr.
Cirurgião Bucal, Maxilo Facial
CRM-PB: 3985



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 21/05/2020 08:30:42

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237697	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 3d 11h 1min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 3d 15h 8min	Permanência no Leito: 2d 19h 7min	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 21/05/2020 08:23:12)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PCTE 4º DIH VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RELATA SER DIABETICO - SOB USO DE MEDICAÇÃO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, EM BEG.

AO EXAME FISICO: EDEMA EM REGRESSÃO EM HEMIFACE ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL MANTIDA E MOBILIDADE OCULAR, VIAS AEREAS PERVEAS, EQUIMOSE PERIORBITARIO BILATERAL.
AO EXAME INTRA ORAL FOI OBSERVADO MOBILIDADE MAXILAR Á ESQUER, ABERTURA BUCAL SATISFATORIA.

AO EXAME DE IMAGEM: FRATURA DO COMPLEXO MAXILO-ZIGOMATICO-ORBITARIO (E).

CD:

- 1-AVALIAÇÃO BMF
- 2-PRESCRIÇÃO DIARIA
- 3-PARECER DA CLINICA MEDICA
- 4-REFORÇAR JUNTO A ENFERMAGEM A IMPORTANCIA DE REALIZAR O HGT DIARIAMENTE
- 5-ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A CM

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 011

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Adriana
CNS 160595748320008
CRO 24421/PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Serviço: Pronto-Socorro - Urgência



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: KATIA XAVIER DUARTE
Em: 18/05/2020 09:09:10

Nome MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		Boletim de Atendimento 1237607	Data/Hora Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data/Hora Saída
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 160595748320008	Prontuário 122679
Tempo de Internação 11h 40min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 15h 48min	Permanência no Leito 11h 40min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (KATIA XAVIER DUARTE - 18/05/2020 09:09:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

CLÍNICA MÉDICA

* HD: FRATURA COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO ESQ
DM / HAS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM HEMIFACE ESQUERDA, SEM QUEIXAS ALGICAS. REFERE HIPERTENSÃO E DIABÉTICO. FAZ USO DE METFORMINA 850 MG 3 X/DIA. NÃO SABE INFORMAR O ANTI-HIPERTENSIVO.

AO EXAME:

EDEMA EM HEMIFACE ESQUERDA

CORADO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO

ACV: RCR2T FC: 72 bpm

AR: MV+ ARA, EUPNEICO

FERIMENTO EM ANTE-BRAÇO ESQUERDO, COBERTO COM CURATIVO

CD: INTRODUZO INSULINA NPH E REGULAR

INTRODUZO LOSARTANA

SOLICITO CONTROLE RIGOROSO DA PA E HGT

Seção: AREA AMARELA Leito: LEITO - 010

Profissional responsável pela informação: KATIA XAVIER DUARTE

Kouate

Número Conselho: 6548



UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

NOME: MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO BE/PRONTUÁRIO 1237607
IDADE: 44 SEXO: MASCULINO COR: DATA: 28/05/2020
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSINTESE DE FRATURA OORBITO-ZIGOMATICO-MAXILAR ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR. ADRIANO QUINTANS 1º ASS: DR. LACET
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR. CLAUDIO
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 13:30

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMPLEXO ZIGOMATICO ESQUERDO	S02.4

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUÇÃO DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO ESQUERDO COM FIXAÇÃO	S02.4

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

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM: DATA: 28/05/2020

Adriano Quintans
Buro Maxilo Facial
CNES 170.652.465.640.005
CRO 2442/PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
01-PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
02-ANTISSEPSE INTRA E EXTRA-ORAL
03-POSICIONAMENTO DOS CAMPOS OPERATORIOS E TAMPÃO OROFARINGEO
04-ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAÍNA COM VASO
05-ACESSO SUPERFICIAL ESQUERDO + INFRA-ORBITARIO ESQUERDO + INTRAORAL
06-REDUÇÃO DAS FRATURAS E FIXAÇÃO INTERNA RÍGIDA COM MATERIAL ABAIXO DESCRITO:
07-SISTEMA 2.0 A COSTA - 01 MINIPLACA ORBITAL 8F CORTADA PARA 4F + 01 PLACA EM T 4 F + 01 PLACA ORBITAL 10F CORTADA PARA 7 FUROS, 02 PARAFUSO AP 2.0X5MM + 07 PARAFUSO AP 2.0X8MM
01 PARAFUSO AP 2.0X8MM + 02 PARAFUSOS AP 2.0X12MM + 01 PARAFUSO AP 2.0X10MM
03 PARAFUSOS EMERGENCIA 6MM.
SISTEMA 1.5 - 01 MINIPLACA ORBITAL 10F + 07 PARAFUSOS AP 1.5X5MM + 01 PARAFUSO AP 1.5X8MM
SISTEMA 2.0 LG - 01 PALCA L ESQUERDO 10F CORTADA PARA 07 FUROS + 01 PARAFUSO AP 2.0X5MM + 03 PARAFUSO AP 2.0X7MM
Condução:
08-IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SORO FISIOLÓGICO
09-SUTURA DOS PLANOS
10-REMOÇÃO DO TAMPÃO OROFARINGEO
11-AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E ANESTESIA
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

Adriano D. Quintana
Belo Horizonte, 28/05/2020
CRM 24427/98
CNS 70.652.465.890.005

João Pessoa,

28/05/2020

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Manuel Mesias Fernandes do Nascimento

IDADE 44 **SEXO** M **RG** 1237607 **INTERMURIA** **LEITO**

CIRURGIÃO Dr. Beningio Fraga. Orbits Zygomatic Maxilar

CIRURGIÃO Dr. Adilson Azevedo + Residentes.

ANESTESIA Geral.

ANESTESISTA Blaudino + Akylla (R)

INSTRUMENTADOR Daynah

DATA 28/05/2020 **CIRURGIA - ANESTESIA INÍCIO** 08:00 **CIRURGIA INÍCIO** 13:30

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	50 100 ml	ELCO Nº 1		PRO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	50 200 ml	ELCO Nº 2		PRO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		ELCO Nº 3		PRO DE AÇO Nº 0	1
CETANINA	SR L	ELCO Nº 4		PRO DE AÇO Nº	
PROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		PRO DE NYLON Nº	5,8
OMIDATO	SOLUCOES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº 11		PRO DE NYLON Nº	4,8
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	OK LÂMINA BISTURI Nº 13		PRO DE NYLON Nº	
FENTANIL	PVP DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI Nº 23		PRO POLIGLACTINA Nº	3,0
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	OK LÂMINA BISTURI Nº 24		PRO POLIGLACTINA Nº	4,0
ISOFLURANO	PVP TÓRICO	OK LÂMINA DE DERMATOMO		PRO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENOCERTO		PRO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	PRO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/VASO	AGULHA 13X4,3	OK LUVA ESTÉRIL Nº 1	7/8	PRO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/VASO	AGULHA 13X07	OK LUVA ESTÉRIL Nº 3	7/8	PRO POLIGLACTONE Nº	
MEZAZOLAM	AGULHA 13X08	OK LUVA ESTÉRIL Nº 5	F	PRO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X13	OK LUVA ESTÉRIL Nº 5		FTA CARDÍACA	
ROBIDOL	AGULHA PERIDURAL Nº 16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÓLON	AGULHA PERIDURAL Nº 17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº 18	PERFORADOR DE SOLO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUÍ Nº 20	SCALEP Nº 1		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RANFENTANIL	AGULHA RAQUÍ Nº 20	SCALEP Nº 2		PRO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUÍ Nº 20	SCALEP Nº 3		PRO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 160 ml	F	PRO STEEDMAN Nº	
SUA-AMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10 ml	OK	PRO STEEDMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20 ml	OK	GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA N. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂMULA N. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		KIT DEXA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		PROTESE VASCULAR	
TROPONA	CATETER EMBOLESC. ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		KIT FAM	
EXTRA	CATETER EPIDURAL Nº 6	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº 7	SONDA FOLEY IVIAS Nº 12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº 8	SONDA FOLEY IVIAS Nº 14		LG 2,0	
DIPRONA SÓDICA	CERA PARA OSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFIOS CORTICIS	105
EPIEDRINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFIOS CORTICIS	107
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFIOS ESPONIOSO	
GLICOSE 30%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNABURULA		PARAFIOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE FENÓLSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	6,5	PARAFIOS MAIORES	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFIOS MAIORES	
LIDOCAÍNA GELIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFIOS MAIORES	
ONDAS ENTRONCA	EQUIPO MACRODOTAS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFIOS MAIORES	
PLASII	EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)		PARAFIOS MAIORES	
PROSTOMONE	EQUIPO MICRODOTAS			PARAFIOS MAIORES	
PROTAMONA	ESPONJA DE PVP			PARAFIOS MAIORES	
TEROACAN	ESPALMADRAMO			PARAFIOS MAIORES	
Retopneumo	GAZES	OK FIO ALGODÃO S/A Nº 2,0		PARAFIOS MAIORES	
	GAZES ALGODONADAS	FIO ALGODÃO S/A Nº		PARAFIOS MAIORES	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº	2,0	PARAFIOS MAIORES	
	ELCO Nº 14	OK FIO ALGODÃO C/A Nº	1	PARAFIOS MAIORES	
	ELCO Nº 16			PARAFIOS MAIORES	
	os filtres adulto			PARAFIOS MAIORES	
	os Equip. de bombeia infus			PARAFIOS MAIORES	

EQUIPAMENTOS

ASPIRADOR

BISTURI ELÉTRICO

CAPNÓGRAFO

CARDIOMONITOR

DEFIBRILADOR

EDCO AUXILIAR

EDCO CENTRAL

ENDOSCÓPIO

OXÍMETRO DE PULSO

PLA. INVASIVÃO INVASIVA

PERFORADOR ELÉTRICO

SERRA

CIRCULANTE

Daynah

Atmias = 7

Assinatura: Daynah

Assinatura: Daynah

Assinatura: Daynah



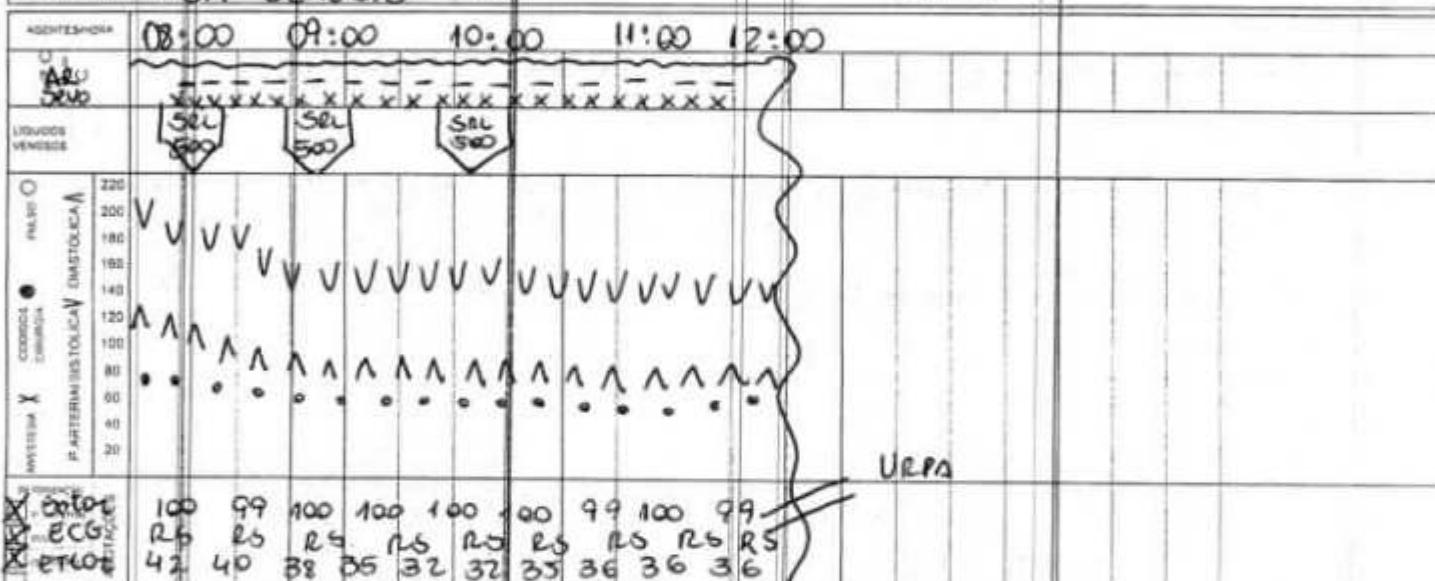
FICHA DE ANESTESIA

DATA: 28/05/2020

PRONTUÁRIO:

5237607

PACIENTE:	MANGEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO		SEXO:	M	COR:	P	IDADE:	44	
PRÉ-ANESTÉSICO	210x110	PULSO	82	RESERVAÇÃO	100%	TEMPERATURA	36,5	PESO	70 kg
ESTADO GERAL	X BOM	REGULAR	()	MAU	()	PÉSSIMO	()	RISCO CIRÚRGICO	() BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM								
AP. RESPIRATÓRIO	EUFÔNICO			AP. CIRCULATÓRIO	ESTÁVEL				
AP. DIGESTIVO	JEJUN			ESTADO MENTAL	LÓTE				
PRÉ-ANESTÉSICO	Ø			ESTADO FÍSICO (ASA)	I				
DOSE/HORA									
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO MAXILAR								
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO MAXILAR								
CIRURGIÃO	AUXILIARES								
INÍCIO DA ANESTESIA	08:00		TÉRMINO DA ANESTESIA	12:00		DURAÇÃO DA ANESTESIA	04hs		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.			VALORES RS			
ANESTESISTA	DR. CLAUDIO		CPF			CRM-PB			



ANESTESIA GERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	RADIOLÓGICA	<input type="checkbox"/>	EPIDURAL	<input type="checkbox"/>	BLOC PLEXO	<input type="checkbox"/>	BLOC NERVOS	<input type="checkbox"/>	OUTROS	
TECNICA											
LIQUIDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO										
GUÍDIO	1	CEFAZOLINA 2g	11								
MAC	2	CIPROFLOXACINA 2g	12								
SANGUE	3	DEXAMETASONA 10mg	13								
BIOMED	4	ONDANSETRONA 8mg	14								
TOTAL	5	PENTANIL 200mcg	15								
DESTINO DO PACIENTE	6	LIDOCAÍNA 5% VASO 4ml	16								
APR	7	PROPOFOL 200mg	17								
UTI	8	SUCCINILCOLINA 100mg	18								
RESIDENCIA	9	ROCURONIO 50mg	19								
OUTROS	10		20								

Dr. Claudio Ventura
Médico Anestesiologista
CRM: 9196 RQE: 8266
SBA: 22.444

1) PÓS-MONITORIZADO, ESTÁVEL, JDM: 2) AVE PREVO E PREVO HED JELCO 18G: 3) APARELHOS E MATERIAIS CHECKADOS: 4) PRÉ-OXIGENAÇÃO 100% 5 MIN: 5) INDUÇÃO COM 5+6+7+8+9: 6) INT. ESQUERDA TUBO 6,5 ANOMADO: 7) CUFF JUV-FLAT, TUBO FIXADO, CAMUFLAGEM OK:

Sem intercorrências.

ASSINATURA DO ANESTESISTA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 27 56902 DATA DA EMISSÃO 28 ABR 2010

NOME MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO Jose Antonio do Nascimento
Angelina Fernandes do Nascimento

Araruna Pb 23.05.1975

NATURALIDADE Cert Nasc 9.940 Fls 67-v Livro 11-A. DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

CPF

Assinatura do Emissor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

CARTÃO DE IDENTIDADE

Quem nasceu em 23/05/1975 em Araruna - Pb

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

616 P

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

055.011.224-30

Nome
MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO
Nascimento
23/05/1975

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 27 56902 DATA 28 ABR 2000

NOME MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO Jose Antonio do Nascimento

Angelina Fernandes do Nascimento

Aratuna Po

23.05.1917

NATURALIDADE

Cert Nasc 9.940 Fls 67-v Livro 11-A.

DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

CPF

Assinatura

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 21.08.83

Quem insere o nome e o sobrenome

CARTEIRA DE IDENTIDADE



P 916

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

055.011.224-30

Nome

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO

NASCIMENTO

Nascimento

23/05/1917



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN

Nº 9185721404

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 388065339	RNTIC	EXERCÍCIO 2011
----------	---------------------------	-------	-------------------

NOME
VERTINALDO F. DO NASCIMENTO

CARTEIR
03B.990.144-72

PLACA
NDG6657

PLACA ANT./UF
NDG6657/RN

CHASSI
9C2JC48206R100115

ESPEC. DE TIPO
PASSAGEIRO/MOTONETA/MOTO 401 TRAVEL

COMBUSTÍVEL
ALCOOL-GASEO

MARCA/MODELO
HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.
2011

ANO MOD.
2011

CAP/POT/CIL.
OCV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE
VERDE

I P V A	COTA ÚNICA R\$ 0		VENC. COTA ÚNICA 24/10/2011	VENC./COTAS 1º PAGO
	FAIXA LPVA 2006 3X	PARCELAMENTO/COTAS R\$ 121111		2º PAGO
				3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 111 TAXAS DETRAN: PAGO 111 PRÊMIO TOTAL (R\$) 222 DATA DE PAGAMENTO 19/10/2011
ALÍEN. FID. EM FAVOR DE: 03-634-220/0001-65

BANCO HONDA S/A
MOTOR: JC48E2B100115

DETRAN - RN
DATA
19/10/2011

DETRAN - RN

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____ CPF DA VITIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____
 PORTADOR DO DOCUMENTO () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM
 A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MANQUE OS DADOS PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () MA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, ROTEIRÁRIO ASSINADO PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÔPIA 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)

ODS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA, COMPROVANDO O RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÔPIA 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)
- ODS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MONTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATE 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) - MENSURAÇÃO ATE R\$ 3.700,00 (PRECATORIO), 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 ACESSAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRABALHISTO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____ DATA _____

IDENTIDADE _____ NOME _____

ASSINATURA _____ ASSINATURA _____

ASSINATURA *Adriano do Nascimento*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313600 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO COMPLEXO MAXILO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO À ESQUERDA. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P18/19 ALTA.

Sequelas permanentes: POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313600 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS DO COMPLEXO MAXILO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO À ESQUERDA. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P18/19 ALTA.

Sequelas permanentes: POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE POR LESÕES DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246419/20

Vítima: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

CPF: 055.011.224-30

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 17/05/2020

Titular do CPF: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO : 055.011.224-30

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: 01/09/2020
Nome: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO
CPF: 055.011.224-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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: 01/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03449-5

CONTA: 000000002848-7

Nr. Autenticação

BRADESCO0110202005000000000023703449000000002848337500 PAGO