

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSEGURANÇA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº doório ou ASL:

3 - CPF da vítima:

055.011.224-30

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Mariano Fernandes da Nóbrega

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍSA DE REÍDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP nº 445/2012

5 - Nome completo:

Manoel Mariano Fernandes da Nóbrega

6 - CPF:

055.011.224-30

7 - Profissão:

Reclame

8 - Endereço:

rua Presidente

9 - Número:

510

10 - Complemento:

0000

11 - Bairro:

Bento

12 - Cidade:

Macaé

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

28253-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83 98855-1045

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MEIOS 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 COBERTURA:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORES) CONTA POUPOFICHA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (297) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

47843

1

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO IML - PREenchimento somente para cobertura de invalidez permanente

 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento somente para cobertura de morte

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

30 - Vítima deixou

nascituro(hamartos)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

33 - Vítima deixou

 Sim Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: São Pedro de Alcântara, 08 de agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

P-001-V0002/2011

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 8º 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) Fato(s):

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 Verinaldo 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, 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 fé.

João Pessoa/PB, 27 de agosto de 2020.

EVELARDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia Civil

MANOEL MESIAS FERNANDES DO  
NASCIMENTO  
Noticiante

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESAS DE ASSEGURANÇA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº doório ou ASL:

3 - CPF da vítima:

055.011.224-30

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Mariano Fernandes da Nóbrega

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍSA DE REÍDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP nº 445/2012

5 - Nome completo:

Manoel Mariano Fernandes da Nóbrega

6 - CPF:

055.011.224-30

7 - Profissão:

Reclame

8 - Endereço:

rua Presidente

9 - Número:

510

10 - Complemento:

0000

11 - Bairro:

Bento

12 - Cidade:

Macaé

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

28253-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83 98855-1045

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MEIOS 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 COBERTURA:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORES) CONTA POUPO/ÚNICA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (297) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

47843

1

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREenchimento somente para cobertura de invalidez permanente

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento somente para cobertura de morte

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

30 - Vítima deixou

nascituro(hamartos)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

 Sim Não

Falecidos:

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

34

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: São Gonçalo, 8 de agosto de 2020

Manoel Mariano Fernandes da Nóbrega

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

P-001-V002/2012

## BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento deve ser usado fisicamente  
Documento não é resgatável via site ou APP  
Para mais informações sobre pagamento via internet, entre em contato: N° 045 176 750

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 04.386.159./0001-40 - Insc Est. 16.018.829-6

## DADOS DO CLIENTE

JOSELI MOUZINHO DE LIMA  
RUA PROJETADA S/N  
ARARIUNA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1557043-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	18/06/2020	63	26/06/2020	R\$ 50,88

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 17037.193178 3 B2980000005088				
Pagador: JOSELI MOUZINHO DE LIMA CNPJ/CPF: 033.440.764-85				
RUA PROJETADA S/N - CENTRO - ARARIUNA / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017037193	001557043202006	26/06/2020	R\$ 50,88	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA 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, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1237607

**Identificação do paciente**

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

**Endereço**

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

**Admissão**

Data e Hora 17/05/2020 17:21:35	Número da pulseira <b>1000008796904</b>	Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Detalhe do acidente <b>MOTO X MOTO</b>

**Indicadores e Transporte**

Reso policial <input checked="" type="checkbox"/>	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte AMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA <input checked="" type="checkbox"/>	mmHg	P脉	Temperatura
---	------	----	-------------

**Exames complementares**

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

## Dados clínicos

*Oitenta de oito votos, quinze eleitos em face f  
e oito ausentes em brancos.*

 Arthur L. Menezes  
 COREN-PB 597935-ENB

## Diagnóstico

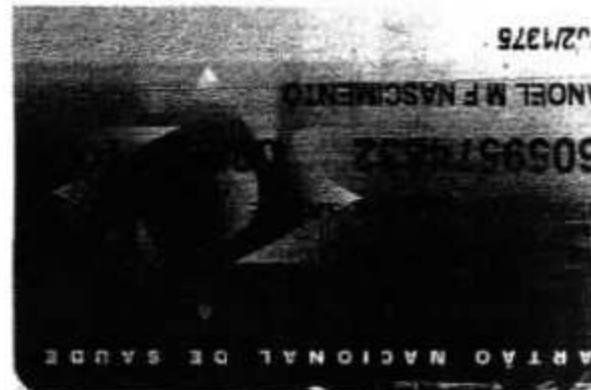
Atendido por  
**MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA**

Tempo

Imprimir

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GENÉRICO	27 56902	DATAS DE EMISSÃO	14/02/2000
NOME: MANOEL MESTIAS FERNANDES DO NASCIMENTO			
PILHARIA:		Jose Antônio do Nascimento	
		Angelina Fernandes do Nascimento	
ARARUAMA PB		DATA DE NASCIMENTO	
		23.05.1975	
NATURALIDADE:		CERTIDÃO DE NASCIMENTO	
Cert Nasc 9.940 Fls 67 - Livro II-A.			
DOC. CRIMINAL			
DPC			
Data Prazo - 72			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/06/90			





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

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

## ANAMNESE

##BMF## PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 7 HORAS, CURSANDO TRAUMA EM FACE. NEGA SINCOPE, EPISODIO EMETICO. RELATA SER DIABETICO - SOB USO DE MEDICAÇOES. NO MOMENTO, CONSCIENTE, POUCO SONOLVENTO, EUPNEICO. AFEBRIL, ACIANOTICO. EXAME FÍSICO: EDEMA IMPORTANTE EM TODA HEMIFACE ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR DO OLHO (D) SEM ALTERAÇOES. VIAS AEREAIS 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 (MGTS) 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 (MGTS)  
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 HEMOSSEDIMENTACAO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE/ALT)

UREIA

FOSFATASE ALCALINA

POTASSIO

SODIO

TRIGLICÉRIDES

*MF*  
Dr. MANOEL DANTAS FILHO  
Chirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial  
CRO 4608

## CID10

S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxiliares



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Send to: number 1200



*Giuliano Soárez*  
**PARAÍBA**  
Esquemas de Estado

#### **Gewinne die Feste**

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

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	
<b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>		1237607	17/05/2020 17:21:35	Data Baixa
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
23/05/1975	44a 11m 24d	Masculino	160595748320008	(83) 999358327
Mãe				Prontuário
<b>ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO</b>				
Endereço		Bairro	Município	
<b>LUIZ TARGINO MOREIRA, 870</b>		CENTRO	<b>ARARUNA</b>	UF
Acidente	Motivo		Profissional	PB
<b>MOTO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		<b>RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO</b>	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
17/05/2020 17:21:35			17/05/2020 18:27:28	6628/PB

## **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 INTERNACAO PELA RMF

Conducta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermagem

5

~~Dr. Mário Carvalho  
528~~  
~~1000-0009~~  
~~RICARDO~~  
1000-0009  
1000-0009

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

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 17/05/2020 17:21:25



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sobrado: Humberto Lucena



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>	1237607	17/05/2020 17:21:35	
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44a 11m 24d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 999358327
Mãe <b>ANGELINA FERNANDES DO NASCIMENTO</b>			Prontuário
Endereço <b>LUIZ TARGINO MOREIRA, 870</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>ARARUNA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILVANDO CARNEIRO LEAL</b>	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 contuso em terço distal de braço esquerdo. Mobilidade dos mmss e mmii 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



Hospital  
Emergência e Trauma de João Pessoa

Endereço:

dad  
de  
el  
ma

IA OR:

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



Governo do Estado  
PARAÍBA

Nome		
MANOEL MESIAS FERNANDES DO N		
Data de nascimento	idade	
23/05/1975	44	
Tempo de Internação		
13d 10h 13min		
Data de Entrada	Data	
17/05/2020 17:21:35	17/05/2020 21:25	

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

## Evolução médica (FRA)

CO N

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 PRESERVADOS  
PRESERVADA, SEM QUEI  
CD:

ER E  
ESTE  
ENTA  
A EC  
NAIS  
QUIM  
ALGI

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

1. ORIENTAÇÕES
2. PRESCRIÇÃO HOSPITALAR
3. ALTA HOSPITALAR

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

O - de  
ação:

FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho  
Cirurgião-Dentista  
CRM - 3267



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

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO  
Em: 30/05/2020 07:14:56

Nome: <b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>		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 45m in		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 53m in		Permanência no Leito: 1d 14h 20min

## Evolução médica (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, EQUIMOSSES 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  
Cirurgião-BM  
Implantodontista  
CRM - 2797



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

12  
64



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

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

Nome <b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>		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 11d 10h 24min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
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 Médica (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 29/05/2020 07:53:54)**

**EVOLUÇÃO**

**PROCEDIMENTO**

**Descrição da Evolução:**

PACIENTE EM 1DPO DE OSTEOSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR ESQUERDO, SOB ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRÊNCIAS. 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 PÓSIÇÃO, SEM SINAIS DE DEISCÊNCIA 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

Assinatura: Clarissa Barbosa Campelo Galvão  
CRM-PB (040) PB



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

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

Nome <b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>		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 Médica (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 28/05/2020 12:42:02)

#### Evolução

#### Procedimento:

#### Descrição da Evolução:

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL DE OSTEOSINTSE DE FRATURA ORBITO-ZIGOMÁTICO-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  
Bucal Maxilo Facial  
CNES 170.652.465.640 (03)  
CRO 2442/PB



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

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

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

Nome <b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>		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 Médica (LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS - 26/05/2020 11:39:50)**

**Evolução**

**Procedimento:**

**Descrição da Evolução:**  
#CLÍNICA MÉDICA

9º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO 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

*xy* *dh*

Seção: POSTO IB - ENFERMAGEM Leito: LEITO - ~~EDS~~  
Profissional responsável pela informação: LAIS ANTAS LIRA DO SANTOS

Número Conselho: 12954



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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO  
Em: 26/05/2020 05:27:30

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

## Evolução médica (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 26/05/2020 05:27:25)

### **Evolução**

#### **Procedimento:**

#### **Descrição da evolução:**

#BMF# PACIENTE 8º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. RELATA SER DIABÉTICO ( SOB USO DE MEDICAÇÃO ). NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNÉICO, DIURESE ESPONTÂEA. 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 OBRIGATÓRIA 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 CIRÚRGICO SERÁ AGENDADO APÓS A ALTA DA CM

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

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

André Augusto  
Cirurgião-Dentista  
NO-862



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

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

Nome <b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>		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 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 médica (Francisco Nunes de Assis Filho - 24/05/2020 08:17:31)

### Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução

#BMF#

PACIENTE 7º DIH VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO 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  
Cirurgião BMF  
Implantedontista  
CRM - 3267



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



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2893262

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

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

### Evolução médica (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 VITIMA 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, EUPNÉICO. - APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITAL BILATERAL, ACUIDADE VISUAL E MOBILIDADE OCULAR MANTIDAS

AR: MV+ EM AHT S/ RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR S/ VMG

DIURESE E EVACUAÇÕES FISIOLOGICAS

EXT PULSSO CHEIOS, PRESENTES E SIMÉTRICOS

CD:

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

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

Profissional responsável pela informação: MATHEUS SOARES DE ARAUJO

Número Conselho: 12922

CRM-PB 12922  
Matheus Soares  
Médico



Endereço: RUA ORESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58030100

Tel: 32165700 - CNES: 2593362

Semador Humberto Lucena

#### Nome

MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

Data de nascimento

24/09/1975

Idade

44

Sexo

Masculino

Convênio

SUS

Plano

DIURNO

Permanência no Leito:

5d 15h 31min

Permanência no Leito:

9h 45min

#### Impresso por:

FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Em:

23/05/2020 08:52:52

#### Boleto de Atendimento

1237607

Data/Hora Entrada

17/05/2020 17:21:36

CNS

160595748320008

Prontuário

122679

Plano

DIURNO

Permanência no Leito:

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 ORBITÁRIO (E), AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO DO FRATURA DE COMPLEXO MAXILO-ZIGOMÁTICO. CD.

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

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

Número Conselho: 3267



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

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

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

## Evolução médica (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 22/05/2020 06:53:11)

### Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:  
#BMF#

PTE 5º DIH VITIMA DE ACIDENTE MOTOCLISTICO, 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 AEREAIS PERVEAS, EQUIMOSE E EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL. AO EXAME INTRA-ORAL: FOI OBSERVADO MOBILIDADE MAXILAR À ESQUERDA, ABERTURA BUCAL SATISFACTORIA.

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: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 011

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Dr. Evaldo Sales Homi Jr.  
Cirurgia, Bico Maxilo Facial  
Tratamento Odontológico  
CRM-PB: 3985



Relatório de Internação					Em: 21/05/2020 08:30:45
Nome		Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída	
<b>MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>		1237607	17/05/2020 17:21:35		
Data de nascimento 23/05/1975	Idade 44	Sexo <b>Masculino</b>	CNS 160595748320008	Prontuário 122679	
Tempo de Internação 3d 11h 1min		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada 17/05/2020 17:21:35	Data Internação 17/05/2020 21:29:34	Permanência na Unidade 3d 15h 9min		Permanência no Leito 2d 19h 7min	

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO - 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 À ESQUER, ABERTURA BUCAL SATISFACTORIA.

AO EXAME DE IMAGEM, FRATURA DO COMPLEXO MAXILAR ZIGOMÁTICO SUSTINHO

60

1-AVALIAÇÃO BME

#### **ANALISANDO BMF**

3-PRESCRICAÇÃO DIÁRIA  
3-PARECER DA GIARDIA

**3- ACRECER DA CLÍNICA MÉDICA  
4- REFORÇAR HABITOS DE SAÚDE**

4-REFORÇAR JUNTO A ENFERMAGEM A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO EM CONSULTA.

Sociedad ASESORAMIENTO Y DESARROLLO

SELETO - AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 011

Nilmara Corrêa 220

Administrative  
D.P. 15324  
CHES CRO 2121PC



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

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

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

### 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 MOTOCICLÍSTICO COM TRAUMA EM HEMIFACE ESQUERDA, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. 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: ÁREA AMARELA Leito: LEITO - 010  
Profissional responsável pela informação: KATIA XAVIER DUARTE

*K. Xavier*  
Número Conselho: 6548

CLÍNICA FAZENDA  
BRASIL

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSEL

NOME: MANOEL MESIAS FERNANDES DO NASCIMENTO BE/PRONTUÁRIO: 1237607  
 IDADE: 44 SEXO: MASCULINO COR: DATA: 28/05/2020  
 CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:  
 CIRURGIA: OSTEOSINTSE DE FRATURA OORTO-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: Adriano Q. Quintans DATA: 28/05/2020  
 CRM 24427/PR  
 CRG 170.652-465.540.000  
 ONIS 170.652-465.540.000

Medico/CRM:

~~Admire D'Outremer~~

JOAO POSSADA

0703/CD/07

01-APACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL	02-ANTISSEPSEA INTRA E EXTRAO-RAL	03-POSICIONAMENTO DOS CAMPOS OPERATORIOS E TAMPAO OROFARINGEO	04-ANESTESIA LOCAL COM BUPIVACAINA COM VASO	05-ACESSO SUPERCLIVAL ESQUERDO + INFRA-ORBITARIO ESQUERDO + INTRAO-RAL	06-REDUGAO DAS FRATURAS E FIXAGAO INTERNA RIGIDA COM MATERIAL ABSIDIO DESCRITO:	07-SISTEMA 20 A COSTA - 01 MINIPLACA ORBITAL 10F + 02 PARAFUSOS AP 2.0X8MM + 01 PLACA EM T4 F +	08-1 PARAFUSO AP 2.0X8MM + 02 MINIPLACA ORBITAL 10F + 07 PARAFUSOS AP 1.5X5MM + 01 PARAFUSO AP 1.5X5MM	09-SISTEMA 15 - 01 MINIPLACA ORBITAL 10F + 07 PARAFUSOS AP 1.5X5MM + 01 PARAFUSO AP 2.0X7MM	10-SISTEMA 20 LG - 01 PLACA L ESQUERDO 10F CORTEADA PARA 07 FUROS +	11-AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E ANESTESIA	12-FECHAMENTO:	13-OBSERVAÇÃO:
---	-----------------------------------	---	---	--	---	---	--	---	---	---	----------------	----------------

RELATORIO DE CIRURGIA

二十九



# Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE	Manoel Menezes Fernandes da Morscamento							
IDADE	44	SEXO	M	ESTERILIZADA	LEITO			
CLÍNICA	TCC - Hemangioma Enfat. Orbito zigomáticos Maxilares							
COLÓGICO	Iº - Adenomas Aumentados + Resistentes.							
ANESTESIA	Geral							
ANESTESISTA	Blaudice + Dayanna (RN)							
INSTRUMENTADOR	Daynah							
DATA	28/05/2020		OPERADOR - ANESTESIA	INÍCIO	08:00	URGIA	INÍCIO	13:30
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)								
ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( ) ASA V ( )								
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA								
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD		MATERIAIS CONT.	QTD	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA		SB 100 mg	5	TELCO N°18		FIO CAT GUT CRONADO N°		
BUMIVACANA ISOBARICA		SB 200 mg	5	TELCO N°20		FIO CAT GUT CRONADO N°		
BUMIVACANA PESADA				TELCO N°22		FIO DE AÇO N° 0		
CETANINA		5RL	1	TELCO N°24		FIO DE AÇO N°		
PROPENIDOL				KIT EST. CIR. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°		
DIMEDETO		SOLUÇÕES		LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°		
FENDOBARBITAL		ALCOOL ETÍlico 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°13		FIO DE NYLON N°		
FENTANILA		PVP DEODORANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°21		FIO POLIGLACTINA N°		
FLUMAZENE		PVP TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°		
GOFURILANO		PVP TÓRICO	OK	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°		
LEVOCOPRIVACAINA CI VASO		SABÃO ANTISEPÓTICO		LÂMINA DE ENDOERTO		FIO POLIPROPILENO N°		
LEVOCOPRIVACAINA SI VASO		MATERIAIS		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO N°		
LEDOCAÍNA CI VASO		AGULHA 13x4,5	OK	LUVA ESTÉRIL N°10		FIO POLIPROPILENO N°		
LEDOCAÍNA SI VASO		AGULHA 23x27	OK	LUVA ESTÉRIL N°13		FIO POLIGLECAFRONE N°		
MEDAZOLAN		AGULHA 13x08	OK	LUVA ESTÉRIL N°15		FIO SEDA N°		
MORFINA		AGULHA 40x13	OK	LUVA ESTÉRIL N°15		FITA CARDIACA		
HOMOTUM		AGULHA PERIODURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIODURAL N°17		MULTIVIAS		GATETER DE PIC		
PETIDONA		AGULHA PERIODURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		COMPONENTE CIRÚRGICO		
PROPOFOL		AGULHA RAQUÍ N°23G		SCALEP N° 8		CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RANDFENTANILA		AGULHA RAQUÍ N°26G		SCALEP N°		FIO DE KIRSCHNER N°		
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ N°27G		SERINGA INC. 160 ml	1	FIO DE KIRSCHNER N°		
TEV-DIFLUCLAV		ALGODÃO ORTOPÉDICO		OK		FIO STEINMAN N°		
SUA AMBÔNICO		ATADURA DE CREPOM		OK		FIO STEINMAN N°		
TIORFENTAL		ATADURA GESSADA		OK		GRANDEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD	BOLEA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°		HENOST. ABSORVTIVE		
ADRENALINA		CÁPSULA PI TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		INT. DREN. VENTRICULAR		
AQUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR		
TRIPONA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT FAM		
ZESTA		CATETER EPIDURAL N°6		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO		
CEFADOLINA		CATETER EPIDURAL N°7		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA		
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°8		SONDA FOLEY 2VIAS N°14		LG 2,0		
DIPRITONA SÓDICA		CERA PARA DESO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CIRÚRGICAS AP-N = 105,407		
Efedrina		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTESSIS		
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TOURETTINHA		PARAFUSOS FRACIONADO		
GLUCONATO DE CÁLCIO		DIRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALOIDAR		
HIDROCORTISONA		DIRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA O 5" L 125		
LEDOCINA GELEIA	OK	ELETRODOS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA O 5" L 125		
ONDASENTRONA		ESPIRADRIOS				Corrente p/ 107 F		
PLASIL		ESQUIPO MACRODOTTAS						
PROSTIGMOMINE		ESQUIPO TRANSF. SANGUE						
PROTAMINA		ESQUIPO MICRODOTTAS						
TEHORICAN		ESPOSA DE PVC	1	FIOS		EQUIPAMENTOS		
<i>Retinopatia</i>		ESPARADRIOS	OK	FIO ALGODÃO SIA N° 7,0		ASPIRADOR		
		GAZES	OK	FIO ALGODÃO SIA N° 1		ESTURO ELÉTRICO		
		GAZES ALCOOLIZADAS	OK	FIO ALGODÃO CIA N° 7,0		ESPIROMÓGRAFO		
		GEL ELECTROLÍTICO		FIO ALGODÃO CIA N°		ECARDIOMONITOR		
		IELCO N°14				DESPERFILADOR		
		TELCO N°16				FOCO AUXILIAR		
						FOCO CENTRAL		
						HICKSÓSCOPIO		
						OXÍMETRO DE PULSO		
						PA. INVASIVA/ NÃO INVASIVA		
						PERFURADOR ELÉTRICO		
						SEIRA		
						CIRCULANTE		
						Jauaryna		

Outras =?

HEETSHE

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 28/05/2020

PRONTUÁRIO:

5237607

PACIENTE:	MANOEL MESQUITA FERNANDES DO NASCIMENTO		SEXO: ♂	COR: BRANCA	IDADE: 44	
PRÉ-OPERATÓRIO	PULSO: 82	RESPIRAÇÃO: 100% AA	TEMPERATURA: 36,8°C	PESO:	GRUPO SANGUÍNEO:	
ESTADO GERAL:	( ) BOM	( ) IRREGULAR	( ) MAU	( ) PESSIMO	RISCO CIRURGICO: ( ) BOM	
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM					
AP. RESPIRATÓRIO	PUNHOLO		AP. CIRCULATÓRIO	ESTAVEL		
AP. DIGESTIVO	CLARO		ESTADO MENTAL:	LOTE	DROGAS EM USO:	
PRE-ANESTÉSICO DOSE/HORA	$\emptyset$					ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO	Fratura do complexo orbito-zigomático maxilar					
CIRURGIA REALIZADA	TREMAMENTO CIRURGICO Fratura do complexo orbito-zigomático maxilar					
CIRURGIÃO	AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA	08:00		TÉRMINO DA ANESTESIA	12:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 04h30		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.	VALORES RS		
ANESTESISTA	Dr. Claudio		CPF:	CRM-PB		
AGENTES ANEST.	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	
<input checked="" type="checkbox"/> ABUSO DE CO	$\overbrace{\text{X} \text{X} \text{X}}$					
LÍQUIDOS VENOSOS	500	500	500	500	500	
● PULMÃO	220	V	V	V	V	
● CORAÇÃO	200	V	V	V	V	
X CIRURGIA	180	V	V	V	V	
X ARTERIAS/VEIAS	160	V	V	V	V	
X INTESTINAIS	140	V	V	V	V	
X VENAS	120	V	V	V	V	
X PULMÃO	100	V	V	V	V	
X CORAÇÃO	80	V	V	V	V	
X VENAS	60	V	V	V	V	
X INTESTINAIS	40	V	V	V	V	
X PULMÃO	20	V	V	V	V	
URPA						
<input checked="" type="checkbox"/> ECG	100	99	100	100	100	
<input checked="" type="checkbox"/> ETCO <sub>2</sub>	R <sub>S</sub>	R <sub>S</sub>	R <sub>S</sub>	R <sub>S</sub>	R <sub>S</sub>	
<input checked="" type="checkbox"/> ETLOC	42	40	38	35	32	
<input checked="" type="checkbox"/> URPA	32	35	36	36	36	
<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RADIQUIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOC PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOC NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS	
TECNICA						
LÍQUIDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
Glicose	1	CEFAZOLINA 2g				
HACI	2	Mifeprostone 2g				
BANHOS	3	DEXAMETASONA 10mg				
SHAKER	4	ONDEONJETRONGA 8mg				
TOTAL	5	PENTANIL 200mcg				
DESPERDO DO PACIENTE	6	LIDOCALINA 5% VASO 4ml				
<input type="checkbox"/> APTO	7	PROPOFOL 200mg				
<input checked="" type="checkbox"/> INFERNARIA	8	SUCCINILICO NA 100mg				
<input type="checkbox"/> UTI	9	ROCUROLICIO 50mg				
<input type="checkbox"/> RESIDENCIA	10					
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	11	URPA				
DESCRIÇÕES IMPORTANTES	12					
(1) PCT MONITORIZADO, ENTAVEL, TDM = (2) AVP AVENO + PENTOL NEXO JELLO 18G +						
(3) APARELHOS E MATERIAIS CHECADOS: (4) PRE-OXIGENACAO 100% 5 MIN; (5) INDUCAO COM 5+6 + 7 + 8 + 9; (6) INTUBAÇÃO TUBO 6,5 ANAMODO; (7) CUFF JUVI-FLATO, TUGO FIXADO, CAMOCHINHO OK //						
# Sem Intenções.						

Dr. Claudio Ventura  
Médico Anestesiologista  
CRM: 9156 RQE: 6266  
SBA: 22.444

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	<b>2756902</b>
NAME	<b>MANOEL MESTIAS FERNANDES DO NASCIMENTO</b>
ELABORACAO	<b>Jose Antonio do Nascimento</b>
NATUA LIDADE	<b>Angelina Fernandes do NASCIMENTO</b>
DATA DE NASCIMENTO	<b>23.05.1915</b>
CERT NASC	<b>9.940 Fls 67-v Livro 114.</b>
DOC ORIGEM	<b>/</b>
CLIF	<b>/</b>
J. (S) C. (P) (S)	<b>11</b>
ASSINATURA DO LIVRO 114	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN-RN

DETAN - RN

Nº 9185721404

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA:

1

CÓD. PESAVAM

368045339

INSCRIÇÃO

EXERCÍCIO  
2011

VERNALDO F. DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ  
038.990.144-72

PLACA  
NDG6657

PLACA ANT./UF  
NDG6657/RN

CHASSI  
9C2JC4820BR100115

ESPECIE/TIPO  
PASSEGETRO/MOTONETA/NOVO API/TCAMI

COMBUSTIVEL  
M. (DOL-GASOL)

MARCA/MODELO  
HONDA/BIZ 125 ES

ANO/FAB.  
2011

ANO/MOD.  
2011

CAP/POT/GR.  
0CV/124 CILINDRADAS

CATEGORIA  
PARTICULAR

COR PREDOMINANTE  
VERDE

COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		VEN/COTAS
I	R\$ 0	0	24/10/2011	1º PAGO
V	FAIXA IPVA 2006-3X	PARCELAMENTO/COTAS R\$ 333333		2º PAGO
A				3º PAGO

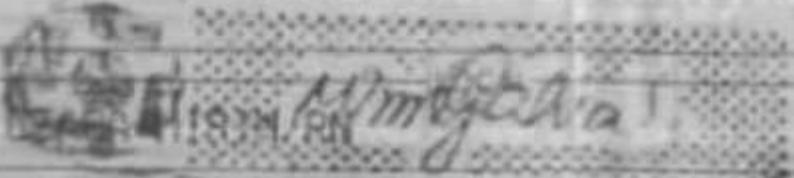
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO  
 R\$ 0 TAYAS DETRAN-PAGO R\$ 0 PREÇO DPVAT-PAGO

ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03-474-220/0001-69

BANCO HONDA S/A

MOTOR: JC48E2R100115

DATA DE PÔRTE/DESCRIÇÃO DE  
OPERAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA



DATA  
19/10/2011

ESTAMOS NO MUNDO DA INFORMAÇÃO  
 AUTOMOTIVA DE REGISTRAÇÃO E MANUTENÇÃO

**- IDENTIFICAÇÃO**

VITIMA \_\_\_\_\_

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

CPF DA VITIMA \_\_\_\_\_

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

CÓPIA DA VITIMA \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANÁESCO COM

A VITIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

MARQUE OS ITENS CASO DOCUMENTO ENTREGUE:

**- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROMISSO ORIGINAL E LEGÍVEL DAS OPERAÇÕES MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS.
- ( ) NOTAS FISCAIS ORIGINAIS E LEGÍVEIS DE FARMACIA ACCOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**

\* MORTE = R\$ 11.500,00  
 \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAMPA.  
 DAS LEIS ESES E DE ACORDO COM TABEZA DE SEGURO PREMIATA NA LII A 1.9474.

\* DESPESAS MÉDICAS (QUASE) = MÉDIA SO ATÉ R\$ 2.700,00 (DESPESA SO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPENSADAS.

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

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, CUMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

\* PARA ACCIONAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) OU LIGUE 0800 840 0007 OU 0800 1234.

**- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- ( ) DADOS REPRESENTANTE LEGAL E QUIQUE REPRESENTA VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODER SER SEU PAI OU MÃE

OUSE: REPRESENTANTE LEGAL E QUIQUE REPRESENTA VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODER SER SEU PAI OU MÃE

ID

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

HOME \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

ASSINATURA *Edson Lider*

# 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 - OSTEOSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# 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 - OSTEOSÍNTESE 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246419/20

**Vítima:** MANOEL MESSIAS FERNANDES DO NASCIMENTO

**CPF:** 055.011.224-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/05/2020

MANOEL MESSIAS  
FERNANDES DO  
NASCIMENTO

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## 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](http://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: 00000002848-7

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1102020050000000002370344900000002848337500 PAGO