



Número: **0852143-52.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38692 536	25/01/2021 11:38	<u>2779469_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200252497 Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

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

Carta nº 15955896



00289/00290 - Carta 01 - INVAZIONE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251138073820000036891290>
Número do documento: 2101251138073820000036891290

Núm. 38692536 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200252497 Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Data do Acidente: 11/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Informamos que o pagamento da inden

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21º, II, da Lei Federal de Crimes contra as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Gradação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indemnizar: 17,50% x R\$ 12.500,00 = R\$ 2.325,00

Recebedor: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000034238-4

Tipo: CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

080.205.879-96 Miguel Silverino Francisco -

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Miguel Silverino Francisco	6 - CPF: 080.205.879-96		
7 - Profissão: Recluse.	8 - Endereço: Rua Angelo dos Industrios	9 - Número: 380	10 - Complemento: 10705
11 - Bairro: Jardim das Pessoas	12 - Cidade: Porto Velho	13 - Estado: RO	14 - CEP: 69000-000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (33) 98855-5045		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> RS1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0135

CONTA: 34238

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 4

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044433.01.2020.0.00.704

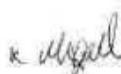
A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044433.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:44 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão CARPINTERO, natural de Alhandra, nascido(a) em 28/08/1980, idade 39, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA e SEVERINO MIGUEL FRANCISCO, CPF 080.205.874-46, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Angola, nº 180, complemento AP 101, bairro Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58083624, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 11/04/2020 04:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA MADRUGADA DO DIA 11/04/2020, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE SEGUIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO CBX 250 TWISTER, DE COR VERMELHA , PLACA MOR-4160/PB, ANO 2002/2003, CHASSI 9C2MC3500BR100283, CADASTRADO EM NOME DE JOSÉ FLÁVIO DANTAS DOS SANTOS, QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, PRÓXIMO A PANIFICADORA PAULISTA, BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, JOÃO PESSOA-PB, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA QUANDO BATEU NO QUEBRA MOLAS SENDO ARREMESSEADO PARA FORA DA PISTA, SE MACHUCANDO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS.



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Miguel Severino Francisco
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

E787F8CBF9EA791538897DA9CCF8C6B8

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@scds.pb.gov.br.



Nº 044433.01.2020.0.00.704 2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

080.205.879-96 Miguel Silverino Francisco -

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Miguel Silverino Francisco	6 - CPF: 080.205.879-96		
7 - Profissão: Recluse.	8 - Endereço: Rua Angelo dos Industrios	9 - Número: 380	10 - Complemento: 10705
11 - Bairro: Jardim das Pessoas	12 - Cidade: Porto Velho	13 - Estado: RO	14 - CEP: 69000-000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): (33) 98855-5045		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> RS1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0135

CONTA: 34238

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 2º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha		

40 - Local e Data: Porto Velho 35/10/2020 Miguel Silverino Francisco	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---	---

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000034238-4

Nr. da Autenticação 8B350F4A5FF502FE

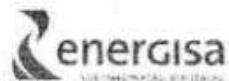


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 9

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.
Documento não é exigível para fins de cobrança.
Boleto para simples pagamento da conta fiscalizada de energia número: N° 046.470.340.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc Est. 16.015.822-0

DADOS DO CLIENTE

DIULENA PEREIRA DOS SANTOS
RUA ANGOLA 180 AP 101
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1604343-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	23/06/2020	76	01/07/2020	R\$ 63,43

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244000 10188.671175 7 83030000006343				
Pagador: DIULENA PEREIRA DOS SANTOS CNPJ/CPF: 046.564.304-39				
RUA ANGOLA 180 AP 101 - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010188671	001604343202006	01/07/2020	R\$ 63,43	
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: 3064-3/2447-3				



CEP. 58083- 624



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 10



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

Boletim de Atendimento: 1232909

**Identificação do paciente**

ID: 262118	Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO			Sexo: Masculino
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39 anos 8 meses 1 dia	Estado civil: CASADO(A)	Religião	Prontuário 58875
Mãe: TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA				Pai: SEVERINO MIGUEL FRANCISCO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE
DDD Celular 83	Celular 987199290	DDD 83	Telefone 988679274	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3405551	Nº Cns 706002831862543	Type BAIRRO	UF PB
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS			CBO/R	
E-mail	Naturalidade ALHANDRA			

Endereço

CEP: 58083618	Município de residência: JOAO PESSOA	UF: PB	Logradouro: DINAMARCA
Número 165	Complemento		Bairro: INDÚSTRIAS

Admissão

Data e Hora 11/04/2020 04:40:01	Número da pulseira 1000008792388	Convênio: SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente: RUA	
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte: SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

<input checked="" type="checkbox"/> Ralo X []	<input type="checkbox"/> Sangue []	<input type="checkbox"/> Urina []	<input type="checkbox"/> TC []	<input type="checkbox"/> Liquor []	<input type="checkbox"/> ECG []	<input type="checkbox"/> Ultrasonografia []
---	------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

Dados clínicos

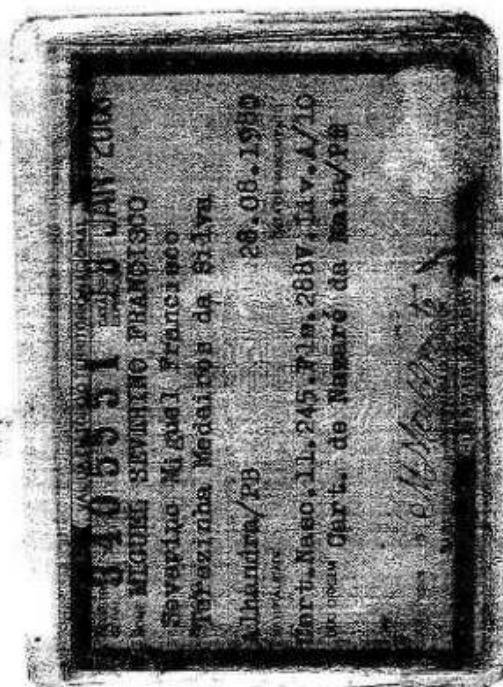
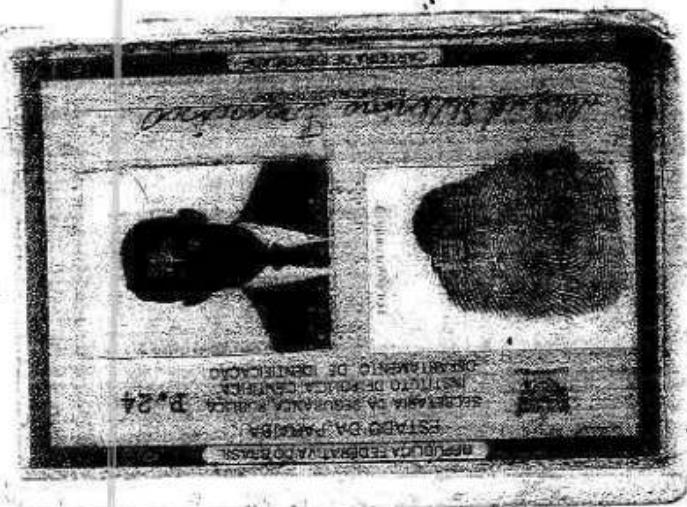
Diagnóstico	CID
Atendido por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA	Tempo

Imprimir



Identificação do paciente			
118	Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		
o de nascimento 08/1980	Idade 39 anos 7 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião
		Pai SEVERINO MIGUEL FRANCISCO	
REZINHA MEDEIROS DA SILVA		Responsável (Parentesco) HUMBERTO SHALON BARROS DA SILVA - ACOMPANHANTE	
colaborador		DDD	Telefone
ID Celular:	Celular 917199290		
o documento 3 (IDENTIDADE)	Número documento 3405551	Nº Cns 123881892270003	
local de procedência AIRRO DAS INDUSTRIAS		Tipo BAIRRO	UF PB
mail	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R	
Endereço			
EP 8083.	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DINAMARCA
Número 65	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	
Admissão			
Data e Hora 11/04/2020 04:40:01	Número da pulseira 1000008792388	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 QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de trânsito, trazido pelo SAMU, após avaliação foi feita medicamentação e encaminhado para o COF. Mayara Andrade Oliveira CID: E189.0 Data: 11/04/2020 Hora: 04:40:01 Tempo: 57.751			
Diagnóstico	CID		
Atendido por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA	Tempo		
Imprimir			





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 13



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	1232909	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
28/08/1980	39a 7m 14d	Masculino	(83) 987199290
Mãe		CNS	Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA		123881892270003	58875
Endereço	Bairro	Município	UF
DINAMARCA, 165	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	6918/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/04/2020 04:40:01		11/04/2020 06:49:08	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE MODERADO . DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQ SEM SINAIS DE FRATURA AO EXAME DE MMII TRAUMA FACE + FRONTAL ESQUERDO AFUNDAMENTO ABERTO AGITAÇÃO PSICOMOTORA E CONFUSÃO MENTAL TC CRANIO COM FRATURA DE SEIOS DA FACE + FRONTAL ESQUERDA CONTUSÃO BIFRONTAL + PNEUMOENCEFALO FARÁ ABORDAGEM CIRURGICA PELA NEURO RX DE BACIA : SEM ALTERAÇÕES RX DE ANTEBRAÇO : FRATURA DE RADIO COM LUXAÇÃO DE RUD - GALEAZZI PACIENTE ANCAMINHADO AO BLOCO PELA NEUROCIRURGIA APÓS ABORDAGEM PELA NEURO , SOLICITAR EQUIPE DE ORTOPEDIA PARA ABORDAGEM CIRURGICA EM ANTEBRAÇO ESQ

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Lauri F. C. Junior
Lauri F. C. Junior
CRM: 6918/TEOT-13839
Ortopedia / Traumatologia

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Serádio Humberto Lucena



Governo do Estado
PARAÍBA

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	1232909	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/08/1980	Masculino	123881892270003	(83) 987199290
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	58875
Endereço	Motivo	Profissional	UF
DINAMARCA, 165	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS		11/04/2020 06:51:32	12150/PB
Data/Hora Classificação			
11/04/2020 04:40:01			

ANAMNESE

Cirurgia Geral – Reavaliação às 0h35: Paciente segue bastante agitado, eupneico, hemodinamicamente estável, sem queixas ou alterações abdominais e respiratórias ao exame físico, abdome flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal, saturando 95% em ar ambiente. normocárdico. TC tórax e abdome indisponível no sistema, procura setor de radiologia. Imagem realizada apenas de tórax e abdome superior (SEM LAUDO), apresentando algumas opacificações esparsas em vidro fosco (contusão?) no tórax, sem hemo/pneumo que indique drenagem ou toracotomia, cortes de abdome superior sem achados que indiquem intervenção aguda da cirurgia geral. Exames laboratoriais colhidos à admissão ainda não disponíveis. Liberado pela Cir. Geral para procedimento neurocirúrgico de emergência. Estamos à disposição para reavaliações no bloco/uti/enfermaria.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA
(CRM: 12150/PB)

DIEGO Arley Gomes da Silva
CRM-PB 12150

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01



Enfermeiro

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
(CRM: 6676/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 16



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Sander Bahia 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
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	1232909	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato:
28/08/1980	Masculino	123881892270003	(83) 987199290
Mãe			Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA			58875
Endereço	Bairro	Município	UF
DINAMARCA, 165	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE LOPES DE SOUSA FILHO	6676/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/04/2020 04:40:01		11/04/2020 06:26:52	

ANAMNESE

TCE MODERADO POR ACIDENTE DE MOTO TRAUMA FACE + FRONTAL ESQUERDO AFUNDAMENTO ABERTO AGITAÇÃO PSICOMOTORA E CONFUSÃO MENTAL ECG 13, ISO E REATIVAS SEM DEFÍCITS FOCais TC CRANIO COM FRATURA DE SEIOS DA FACE + FRONTAL ESQUERDA CONTUSÃO BIFRONTAL + PNEUROENCEFALO CONDUTA: INTERNAÇÃO + ATLS PELA CIRURGIA GERAL BLOCO CIRÚRGICO

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S)
CEFUXIMA 750MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 750,0 MG VIA E.V., 8/8H, COM INTERVALO DE 8/8H POR 5 DIA(S)
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 6/6H, DURANTE 6 HORA(S)

Diluir

CLINDAMICINA 600 MG/4ML (AMPOLA 4ML), DILUIR 4,0 ML POR 7 DIA(S)

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

DIMETICONA 75MG/ML GOTAS (FRASCO 15 ML), ADMINISTRAR 60,0 GOTAS(S) VIA S.N.G. 6/6H

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

Diluir

FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML



DR. JOSÉ LOPES
NEUROCIRURGIÃO
Cirurgião de Coluna - CRM 16676

Conduta

Em observação





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Sanduíche 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
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	1232909	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/08/1980	Masculino	123881892270003	(83) 987199290
Mãe	Bairro	Município	Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	58875
Endereço	Motivo	Profissional	UF
DINAMARCA, 165	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS		11/04/2020 06:49:08	6918/PB
Data/Hora Classificação			
11/04/2020 04:40:01			

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE MODERADO , DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQ SEM SINAIS DE FRATURA AO EXAME DE MMII TRAUMA FACE + FRONTAL ESQUERDO AFUNDAMENTO ABERTO AGITACAO PSICOMOTORA E CONFUSAO MENTAL TC CRANIO COM FRATURA DE SEIOS DA FACE + FRONTAL ESQUERDA CONTUSAO BIFRONTAL + PNEUMOENCEFALO FARÁ ABORDAGEM CIRURGICA PELA NEURO RX DE BACIA : SEM ALTERACOES RX DE ANTEBRAÇO : FRATURA DE RADIO COM LUXACAO DE RUD - GALEAZZI PACIENTE ANCAMINHADO AO BLOCO PELA NEUROCIRURGIA APÓS ABORDAGEM PELA NEURO . SOLICITAR EQUIPE DE ORTOPEDIA PARA ABORDAGEM CIRURGICA EM ANTEBRAÇO ESO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Lauri F.C. Junior
Lauri F.C. Junior
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PB 6918/PEOT-13339

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01



V29.9 - Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA
(CRM: 12150/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 20



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Hélio Lucena

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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Impresso por: JAQUILINA PONTINTA MONTEIRO
Em: 19/04/2020 20:23:42

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 8d 15h 19min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01		Permanência na Unidade: 8d 15h 43min		Permanência no Leito: 5d 23h 38min

INTERCORRÊNCIAS MEDICAS (JAQUILINA PONTINTA MONTEIRO - 19/04/2020 20:23:29)

INTERCORRÊNCIA

DESCRÍÇÃO:
Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico, sem intercorrências no momento, segue medicado cpm e aos cuidados da equipe.

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: JAQUILINA PONTINTA MONTEIRO

Número Conselho: 498589





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Centro de Humerto Lacerda



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

51

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262
Impresso por: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
Em: 17/04/2020 07:42:20

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 6d 38min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 6d 3h 2min		Permanência no Leito: 3d 10h 57min

Evolução médica (FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS - 17/04/2020 07:42:16)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:
NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>> POS OPT
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL.

AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISO

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO
TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

CONDUTA:

Suprimento clínico. Mantendo ATBterapia.

TC Crâneo com melhora de pneumocrânio. Maior delimitação de áreas isquêmicas.

Solicito Nova TC Crâneo controle para avaliar liberação para cirurgia ortopédica.

Solicito Nova TC Crâneo controle para avaliar progressão/regressão de pneumocrânio.

Após cirurgia da ortopedia, realizar nova TC Crâneo controle para avaliar progressão/regressão de pneumocrânio subcutâneo frontal, para avaliar necessidade de cirurgia para rodar manchão pericrânio/ocluir seio frontal.

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001 Número Conselho: 8267
Profissional responsável pela informação: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS

Dra. Fernanda Roberto Gondim Cabral de Vasconcelos
CRMES/PB 56482
Neurocirurgião
CRM-PB 2667
CRM-PE 140





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

511



Serviços
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
Em: 17/04/2020 19:06:11

Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Bolema de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 6d 12h 2min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 6d 14h 26min	Permanência no Leito: 3d 22h 21min	

Evolução Médica (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 17/04/2020 19:05:56)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:
NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>> POS OPT
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL.
AO EXAME: GLASGOW 14. PUPILAS ISO

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO.

CONDUTA: LIBERADO PRA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO E BMF.
MANTER ANTIBIOTICO E ANTICONVULSIVANTE
COMUNICAR ANORMALIDADES EQUIPE DE NCG

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO



Número Conselho: 6676



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 23



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS

Em: 16/04/2020 11:16:46

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 5d 4h 12min			Convênio SUS	Plano DIURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 5d 6h 36min		Permanência no Leito: 2d 14h 31min

Evolução médica (FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS - 16/04/2020 11:16:24)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:
NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>> POS OPT
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL.

AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISO
FERIDA OPERATORIA SEROSANGUÍNEA

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

CONDUTA:

Suprimento clínico. Mantendo ATBterapia.

TC Crâneo com melhora de pneumocrânio. Maior delimitação de áreas isquêmicas.

Nova TC Crâneo controle amanhã para avaliar liberação para cirurgia ortopédica.

Apos cirurgia da cítopenia, realizar nova TC Crâneo controle para avaliar progressão/regressão de pneumocrânio subcutâneo frontal, para avaliar necessidade de cirurgia para rodar manchão pericrânio/ocluir seio frontal.

çao: POSTO IA - ENF-05 Leito: LEITO - 001
ofissional responsável pela informação: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS Número Conselho: 8267





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: DANIEL ESPINDOLA RONCONI
Em: 15/04/2020 07:41:59

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento: 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 4d 37min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada: 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 4d 3h 1min		Permanência no Leito: 1d 10h 56min

EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 15/04/2020 07:41:56)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>> POS OPT
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL

AO EXAME: GLASGOW 14

PUPILAS ISO

FERIRA OPERATÓRIA SEROSANGUÍNEA

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

CONDUTA:

SOLICITO TC CRANIO CONTROLE

APOS EXAME E MELHORA CLINICA, LIBERAR PACIENTE PARA BMF

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Dr. Daniel Espindola Ronconi
Neurocirurgia
CPTM-PB 1123





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO
Em: 14/04/2020 09:53:34

Nome	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	1232909	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento 28/08/1980	Idade: 39	Sexo: Masculino	CNS 123681892270003 Prontuário 58875
Tempo de Internação 3d 2h 49min		Convênio: SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 3d 5h 13min	Permanência no Leito: 13h 8min

Evolução médica (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 14/04/2020 09:53:25)

Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:
 PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NO MOMENTO EM EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO,
 "JPNEICO E NORMOCORADO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.
 O EXAME FÍSICO APRESENTA HEMATOMA PERIORBITARIO BILATERAL, ESCORIAÇÃO EM DORSO NASAL.
 AGUARDA REGRESSÃO DO QUADRO CLÍNICO + PARECER DA NCR PARA DEFINIÇÃO DE CONDUTA PELA
 BMF.

CD:

ACOMPANHAMENTO BMF
 AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ELETIVO

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001
 Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Semador: Hamburgo / Luxemburgo



Governo do Estado
PARAÍBA

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

Tel: 3165700 - CNES: 2693262

Impresso por: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
Em: 14/04/2020 11:42:21

Name	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	123209	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento	Idade	CNS	Pronto-Úrio
28/05/1980	39	123681892270003	58875
Tempo de Internação	Convenio		Plantão
3d 4h 38min	SUS		DIURNO
Data de Entrada	Permanência na Unidade		Permanência no Leito:
11/04/2020 04:40:01	3d 7h 2min		14h 57min
	Date Internação		
	11/04/2020 07:04:05		

EVOLUÇÃO MÉDICA (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 14/04/2020 11:42:12)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11/04/2020
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>> POS OPT DE CORREÇÃO DE
AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

AO EXAME: GLASSGOW 15

PUPILAS ISO

FERIRA OPERATÓRIA SEROSANGUÍNEA

TC CRANIO COM FRACTURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE + CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO + LIBERADO PARA CIRURGIA DA BMF
ANTIBIÓTICO + ANTICONVULSIVANTES

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informacão: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

*DR. JOSE LOPES DE SOUSA FILHO
Fundo Clínico
Centro de Colaboração
Cirurgião do Colégio de Cirurgião do Brasil
Número Conselho: 6676*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290

Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 27



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Centro Integrado de Saúde



Serviços
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 13/04/2020 09:00:08

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de Nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 2d 1h 56min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 2d 4h 20min		Permanência no Leito: 21h 38min

Evolução Médica (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 13/04/2020 08:40:31)

Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:
NEUROCIRURGIA

- # POLITRAUMATIZADO - ACIDENTE DE MOTO (ADMISSÃO EM 11.04.2020)
- # TCE - FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO
- # PO (11/04/2020) TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA AFUNDAMENTO CRANIANO.
- # ORTO: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO, COM LUXAÇÃO DE RUD - GALEAZZI
- # BMF: FRATURA FNOE COM ZIGOMA DIREITO.

AO EXAME: GLASGOW 14 (AO:3 / RV:5 / MRM:6), PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. LIMITAÇÃO À MOVIMENTAÇÃO DE MSE (MEMBRO IMOBILIZADO). FO SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

TC CRÂNIO CONTROLE (12/04): BOM ASPECTO PÓS-OPERATÓRIO.

Traço de fratura na asa maior do esfenóide à esquerda e no arco zigomático deste lado, sem desalinhamentos significativos.

Múltiplos traços de fratura no osso maxilar esquerdo, com sinais de hemossinus.

Fino traço de fratura no osso esfenóide à direita, com pequenos focos de pneumoencéfalo adjacente.

Fratura contínua com afundamento do osso frontal direito, com extensão para o seio frontal e focos hemáticos no interior. Descontinuidade da cortical óssea do osso frontal direito por até cerca de 5,3 cm.

Múltiplos focos confusionais hemorrágicos ovalados frontais e frontobasais, com até cerca de 2,9 x 1,3 cm à esquerda, com edema adjacente e efeito expansivo local caracterizado por apagamento entre os sulcos entre as giros corticais locais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

CD.: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

SOLICITO EXAMES GERAIS.

REAVALIAÇÃO + ACOMPANHAMENTO CONJUNTO DA ORTOPEDIA E DA BMF.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 009
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
CRM-PB 6028 Número Conselho: 6028
CRM-PB 6028 Número Conselho: 6028
CRM-PB 6028 Número Conselho: 6028



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



Sua(s) Sua(s)
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS
Em: 13/04/2020 08:44:31

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123861892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 2d 1h 40min		Convênio: SUS	Plano: DIURNO	
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 2d 4h 4min		Permanência no Leito: 21h 22min

Evolução Médica (MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS - 13/04/2020 08:44:25)

Evolução

Procedimento:

Descrição da Evolução:

#URPA/ANESTESIOLOGIA#

2 DPO Tratamento cirúrgico afundamento de crânio sob anestesia geral sem intercorrências

Pacote algo sonolento (ramsay II), GCS 15, pupilas isocóricas e fixas, hemodinamicamente estável sem DVA, ventilação espontânea (ar ambiente)

Sinais vitais: PA 130 x 80; FC 80; SpO2 98%

Em uso: SVD

Ao exame: EGB, acanótico, afebril. Edema periorbital/palpebral bilateral com limitada abertura ocular. Limitação de abertura de boca

ACV e AP: ndn

Abdômen: ndn

Extremidades: pulso cheio, ritmico. Sem edemas

Neuroológico: Ateste a comandos, motricidade e sensibilidade preservadas

(acompanhado pelo paciente).

CD: Vigilância neurológica

Aguardo avaliação da NCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 009
Profissional responsável pela informação: MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS

Número Conselho: 6939



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Serviço: Humberto Lucena



Serviços
PARAIBA
Governo do Estado

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

Impresso por: GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA
Em: 12/04/2020 08:04:02

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boleto de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada: 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 1d 1h		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01		Permanência na Unidade: 1d 3h 24min		Permanência no Leito: 4h 21min

EVOLUÇÃO MEDICA (GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA - 12/04/2020 08:03:53)

EVOLUÇÃO

- PROCEDEMTO:
- DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
NEUROCIRURGIA

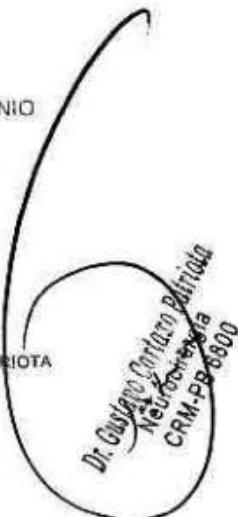
TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO

AO EXAME: GLASGOW 15
PUPILAS ISO
FERIDA OPERATORÍA SEROSANGUÍNEA

CONDUTA: TC CRÂNIO CONTROLE
TROCAR CURATIVO

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 006
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA

Número Conselho: 6800



RELATÓRIO DE CIRURGIA


 HEESTHL

NOME:	MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		BE/PRONTUÁRIO	1232909
IDADE:	39 ANOS	SEXO: MAS	COR:	DATA: 21/4/2020
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA			
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO E LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO			
CIRURGIÃO:	DR TIAGO FORMIGA	1º ASS:	DR NILVAN LINHARES	
2º ASS:	MR3 DANIEL	3º ASS:	MR2 JOÃO PAULO	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR HERCULES			
TIPO DE ANESTESIA:	LOCAL E SEDAÇÃO	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:	

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO		CID
FRATURA COMINUTA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO		
LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO		
ENXERTO ÓSSEO DE CRISTA ILIACA DIREITA		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dra. Maysa Costa
 Médica
 CRM: 12.799

DATA: **21/4/2020**

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH + MESA DE APOIO COM ANTEBRAÇO PRONADO SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO DE THOMPSON E SOBRE A CRISTA ILIACA DIREITA	
DIVULSAÇÃO POR PLANOS	
CUIDADOS COM HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA COMINUTA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO	
LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO	

Conduta:
CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA
REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO ESQUERDO
FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 7 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICais, SENDO 3 PROXIMAS E 3 DISTAIS
CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPIA
REALIZADA RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE CRISTA ILIACA DIREITA DE CERCA DE 1,5 CM
CUIDADOS COM A HEMOSTASIA E USO DE CERA ÓSSEA SOBRE LOCAL DA RETIRADA DO ENXERTO DA CRISTA ILIACA DIREITA
REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO RADIOULNAR ESQUERDA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
PASSAGEM DE 1 FIO DE KIRSCHNER K 2,5MM PARA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPIA

Echamento:
SUTURA POR PLANOS DO ANTEBRAÇO ESQ E DA VIA DE ACESSO SOBRE A CRISTA ILIACA DIREITA
JRATIVOS ESTEREIS
Observação:
TALA AXIOPALMAR EM MSE
RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

Dra. Maysa Costa
Médica
CRM-PB-12.790

João Pessoa,

21/4/2020



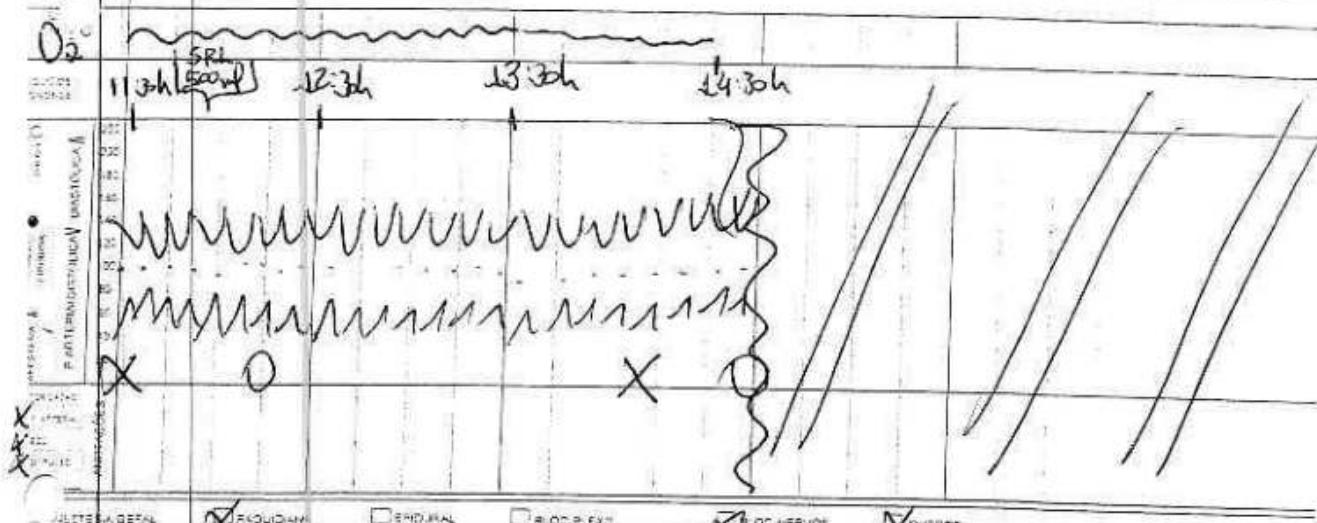
FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/04/2020

PRONTUÁRIO:

123 2909

PACIENTE:	Miguel Sevcenko Francisco		SEXO: M COR:	IDADE: 39 ANOS
PRESSÃO ARTERIAL PULSO	75/60 mmHg	ESTRIÇÃO	REGULAR	TEMPERATURA PESO
ESTADO GERAL	REGULAR	MALI PESSIMO	REGULAR	REGULAR
EXAMES COMPLEMENTARES	Vide prontuário			
AP RESPIRATORIO	M+ em Aft. S PA	ESTADO MENTAL	ESTADO CIRCULATORIO	RCP em ZT, BNF, SIS.
AP DIGESTIVO	Fjum 7 h	ESTADO MENTAL	Glasgow 15	DROGAS EM USO
PRE-ANESTESICO	ESTADO FISICO:			
DOSE IODA	ESTADO FISICO:			
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO	Fratura de diafise de rádio esquerdo			
CIRURGIA REALIZADA	Hugo + Nilvan			
CIRURGIA	Militar			
INÍCIO DA ANESTESIA	11:30h	TERMINO DA ANESTESIA	14:30h	DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	OLANT DE CH	VALORES RS	Dr. Hercules Pereira Tondack Médico Anestesiologista CRM 3774-PB/3474-RN	
ANESTESISTA	Hércules + Arley (RI)	CRM-PB		

ANESTESIA GERAL FLUIDOS ENDOURAL BLOC PLEXO BLOC NERVOS OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Bupivacaína Perda 15mg 11 - Intertetral

2. L

3. Cetazolina 26

4. Dexmedetomidina 4mg

5. Dipirona 26

6. Fentanil 50mcg

7. Diazepam 5mg

8. Quetiapina 50 mg

9. 10.

Dr. Hercules Pereira Tondack
Médico Anestesiologista
CRM 3774-PB/3474-RN

UTROS VRFA

NÚMERO DE MARCAÇÕES

X Anamnese Pre-Anestesica. Jejum 7 h, venoclise prévia em PBD, montanha (PNE, oximetria, ECG).

Paciente em posição sentada, assepsia e antisepsia de níveis de classe clínica 1a, punhos unidos em posição mediana, 13-14. Injetado Bupivacaína Perda 15mg. Lcr clara e fotorreto. Procedimento SI intercostal.

* Assepsia e antisepsia CI alcool 70% de gelato comod. Realizado Bloqueio T10-T12 esquerdos com Novacain 0,5% 20ml + Lidocaina 2% 20 ml.



RELATÓRIO DE CIRURGIA



RECUSAL

Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO BE/Prontuário: 1232909
 Idade: 39 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: pardo Data: 11/09/20
 Clínica/Sector: Neurocirurgia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de afundamento craniaco
 Cirurgião: Georgio Mendes 1º Assistente: Emerson Magno
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Filipe
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 10:30 Término 12:30

Diagnóstico Pos-Operatório		CID
<u>Fratura afundamento craniaco</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Tratamento cirúrgico de afundamento craniaco</u>		

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
 () Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. GELVAGO DE A. C. MENDES
 NEURO cirurgia - NEURORADIO
 CRM-PB 8346

João Pessoa, 11/09/20

Médico/CRM: _____

F(NG) ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 Posição supina, sob anestesia geral
- 2 Assépsic + antisépsic + opacific
de campos
3. Exposição da fratura deprimida

Incisão:

4. Craniotomia da fratura frontal
cominutare
5. Exposição da lacrimal dura
6. Térmocoagulação de vasos sanguíneos

Achados:

7. Revisão de hemostase, utilizada
+ surgical
8. Trancamento de falso dura l
com gelfoam

Conduta:

9. Ancoramento da dura-máter
10. Sutura de pele
11. Procedimento sem intercorrências
12. Curativo estéril

Fechamento:

Dr. GEORGE DE L. C. MENDES
NEUROCIRURGIA NEURORADIOLOGIA
CRM-PB 0346

11/4/20

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

F(NG)ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

SISTEMA

Miguel Severino Francisco		
IDADE: 39	193205 FONTOUADO ENTERALIA LETTO	
CIRURGIA: Dr. Jorge LIMA / Dr. Brenesem LX		
ANESTESIA: Geral		
ANESTESISTA: Dr. Filipe Targino Resalva		
INSTRUMENTADOR:		
DATA: 11/01/2020	TÉMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA DÍCIO: FIM CIRURGIA: DÍCIO: F34	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)		
ASA I (ASA 2) (ASA 3) (ASA 4) (ASA 5) (ASA 6)	GRADO DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPIDA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.	MATERIAIS CONT. QTD. FIO CAT GUT CROMADO N°	
ALIMENTARIA	FELCO N°18	QTD. FIO CAT GUT CROMADO N°
BUTIVACAÍNA ISOBUTICK	FELCO N°20	FIO DE AÇO N°
BUTIVACAÍNA PESADA	FELCO N°22	FIO DE AÇO N°
CITANINA	FELCO N°24	FIO DE NYLON N°
DROPERDOL	KIT EST. DREN. TORÁXICA N°	FIO DE NYLON N° 3.0
ETOMIDATO	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL	LÂMINA BISTURI N°13	FIO POLIOLACTINA N°
TANALA	LÂMINA BISTURI N°15	FIO POLIOLACTINA N°
IMAZENIL	LÂMINA BISTURI N°17	FIO POLIOLACTINA N°
LOFLURANO	LÂMINA DE DESMATEMO	FIO POLIPROPILENO N°
OBUPIVACAÍNA S/ VASO	LÂMINA DE ENZERTO	FIO POLIPROPILENO N° 4.0
OBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	FIO POLIGLEICATRONE N°
LIDOCAINA S/ VASO	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO NYLON N°
LIDOCAINA S/ VASO	LUVA ESTÉRIL N°6	FITA CARDIACA
MIDAZOLAM	LUVA ESTÉRIL N°13	MATERIAIS ESPECIAIS QTD.
MORFINA	LUVA ESTÉRIL N°15	CATETER DE PVC
NIMBUTUM	LUVA ESTÉRIL N°17	COMENTO CIRÚRGICO
PANCURÔNIO	MÁSCARA CIRÚRGICA	CIR. TITÂNIO LIGADURA
PETIDONA	MULTIVIAS	FIO DE KIRSCHNER N°
PEPPORFOL	POTURADOR DE SORO	FIO DE KIRSCHNER N°
RAMIFENTANILA	SCALP N°19	FIO STEINMAN N°
ROCUROLÍDIO	SCALP N°21	FIO STEINMAN N°
SEVOFLURANO	SERRINGA 3ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
SUXAMETÔNIO	SERRINGA 5ML	HEMOST. ABSORTIVEL
TIOFENTAL	SERRINGA 10ML	KIT DERIVA VENTRICULAR
MEDICAÇÕES QTD.	SERRINGA 20ML	PRÓTESE VASCULAR
ADRENALINA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°1	KIT FAM
ÁGUA DESTILADA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°2	FIXADOR EXTRÍNUO
ATROFOPA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°3	ENTRESSA
BEXTRA	SONDA FOLEY 2MAS N°12	
CETAZOLINA	SONDA FOLEY 2MAS N°14	PARAFUSOS CORTICais
IMETASONA	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CONICais
INA SÓDICA	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS ESFERICOS
EDRINA	SONDA URINAL N°	PARAFUSOS FLANGENDOS
ROSENDA	TORNEIRINHA	PARAFUSOS MAPEJAS
COSE 5%	TUBO ENDOTRAQUEAL N° 3.5	PARAFUSOS MATELAI
GLUCONATO DE CALCIO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
HIDROCORTISONA	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA
LIDOCAINA GELÉIA	TUBO SILICONE (LATEX)	EQUIPAMENTOS
ONDASENTRONA	FIO ALGODÃO SIA N°	CATETERAS
PLASD	FIO ALGODÃO SIA N°	CAUTERIO ELÉTRICO
PROSTOMIDE	FIO ALGODÃO CIA N°	CAPNÓGRAFO
PROTAMINA	FIO ALGODÃO CIA N°	CARDIOMONITOR
TENDOXIAN	FIO ALGODÃO CIA N°	DESTERILIZADORES
Neosalva	GAZES	FOCO ALCOLAR
	GAZES ALGODODADAS	FOCO CENTRAL
	GEL ELETROLÍTICO	MICROSCOPI
	FELCO N°14	OXÍMETRO DE PULSO
	FELCO N°16	PA. A. INVESTIGACAO INVAISIVA
		PERFUSOR ELÉTRICO
		SESSA
		CIRCULANTE

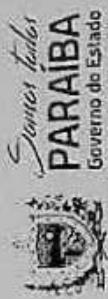
Luciana S. Sassi Andrade + Resalva
COREN-ES 268.771-TE

FOLHA 02/02



DETALHES		FICHA DE ANESTESIA		PRONTUÁRIO	
PACIENTE:	Miguel Severino Francisco	DATA: 11/04/20		SENO: M	PRONTO-ENTREGA: 1232909
PRESSÃO ARTERIAL: BOLSO 87	RESPIRAÇÃO: EUPNEICO	TEMPERATURA: 36,5°C	TÉLSICO: 70	COR: PARADA	IDADE: 39A
ESTADO GERAL: BOM / REGULAR	MALTA / PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO: BOM	REGULAR	GRUPO SANGUÍNEO:	
EXAMES COMPLEMENTARES: VPA					
AP. RESPIRATÓRIO: EUPNEICO		AP. CIRCULATÓRIO: ESTÁVEL			
AP. DIGESTIVO: SEM DETERMINA	ESTADO MENTAL: ECG: II	DROGAS EM USO:			
TRE-A: ANESTÉSICO: -					ESTADO FÍSICO: I
TMIF: FORA					
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: TCE - CONVULSÕES / ANEVISMO ENCEFÁLICO / FX SÍNOS FACE / FX KNESE					
CIRURGIA REALIZADA: CRANECTOMIA DESCOMPLASMA					
CIRURGIAO: DR. GEORGE HENRY LUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA: 11:00H	TERMINO DA ANESTESIA:	DURAÇÃO DA ANESTESIA:			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH:	VALORES RS:			
ANESTESISTA: DR. FELIPE TACCHINI + HOMERO RZ		CABO			
<p>ADMISSIONES:</p>  <p>ECG: 80 bpm</p> <p>DRUGS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Fentanyl 150mcg <input checked="" type="checkbox"/> Rocuronio 0,04mg/kg <input checked="" type="checkbox"/> Propofol 100mg <input checked="" type="checkbox"/> Succinilicain 100mcg <input checked="" type="checkbox"/> Cisatracurio 10mcg <input checked="" type="checkbox"/> Ketamine 2g <input checked="" type="checkbox"/> Desferrioxima 10mg <input checked="" type="checkbox"/> Dipirona 250mg <p>MONITORING:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> NUTRIÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> MONITOR <input checked="" type="checkbox"/> TTO MSA <input checked="" type="checkbox"/> PMS ORGANICAS <input checked="" type="checkbox"/> INICIO ANESTÉSICA EM SEQUENCIA RÁPIDA <p>RECORD:</p>					
<input checked="" type="checkbox"/> NEUTROPELIAL <input type="checkbox"/> RODAMIA <input type="checkbox"/> EPORULIA <input type="checkbox"/> BLOCO NEXO <input type="checkbox"/> BLOCO MERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
MEDICAMENTOS & MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
SE:	1. Fentanyl 150mcg	11			
SANGUE:	2. Rocuronio 0,04mg/kg	12			
RINSER:	3. Propofol 100mg	13			
TOTAL:	4. Succinilicaina 100mcg	14			
DESPACHO PASSE:	5. Cisatracurio 10mcg	15			
<input type="checkbox"/> APEN <input type="checkbox"/> ENFERMAGIA	6. Ketamine 2g	16			
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIAS	7. Desferrioxima 10mg	17			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: URAA	8. Dipirona 250mg	18			
	9.	19			
	10.	20			
<p>DESCRIÇÃO DE IMPLANTES:</p> <p>⑥ TOT 7,5, SOB VISÃO NINFA, CUFF INSUFILADO, CATETEROGRAFIA (P), TOT FIXADO, OXIMETRICO</p>					
ASSINATURA DO ANESTESTICO:					
Dr. HOMERO + Dr. FELIPE TACCHINI					
R2					





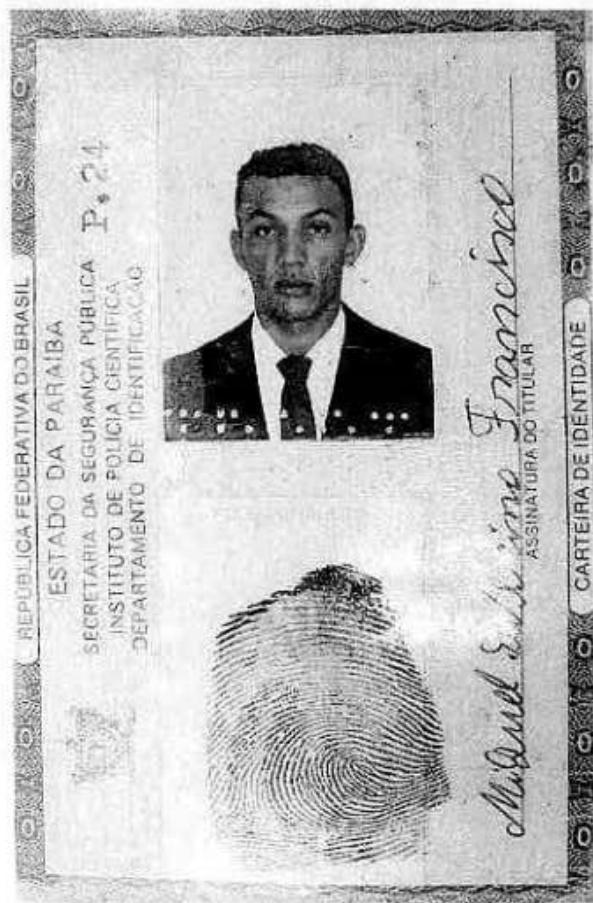
Documento de Alta

Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	Data de Nascimento: 28/08/1980	Sexo: Masculino	Data de Internação: 11/04/2020 07:04:05	Número Prontuário: 58875
Motivo da alta: ALTA MEDICA				
Conduta: 1º DPO: OSTEOSINTSE DE FRATURA DE GALEAZZI EM ANTEBRAÇO E, PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; PERFUSÃO DISTAL OK, CD: ORIENTAÇÕES; ALTA HOSPITALAR; ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM DR. NILVAN OU DR. THIAGO FORMIGA.				
Resumo da Internação:				
Resultado de Exames:				
Tratamento:				
Diagnóstico: Z54.0 - Convalescência após cirurgia				
Recomendações:				

*Dr. Patrícia Katalina
Ortopedia e Traumatologia*
Dr. Sérgio Kartney
Sarney
Pedroso
CRM: 5804 - PB

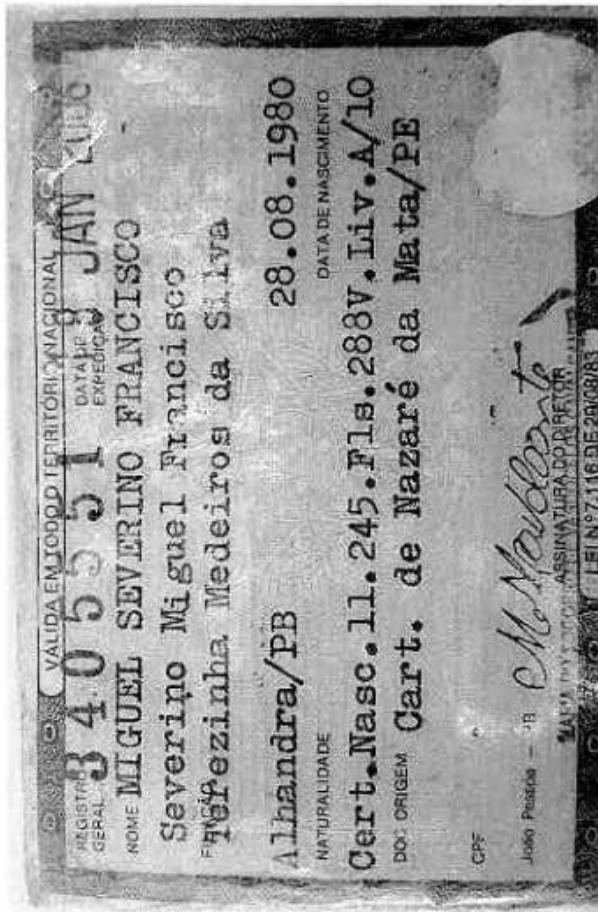
Data: 22/04/2020





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 40





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 42

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

MOR4160

DETTRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO

2017

NOME / ENDEREÇO

PLACA
MOR4160

ESPECIE / TIPO

COMBUSTÍVEL

PASSA / MOTOCICLETA

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB

HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO MOD

2002 2003

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

PARTICULAR VERMELHA

IPVA

VENCIMENTO IPVA

29/12/2020

1º

PÁGINA 1 DE 1

2º

PÁGINA 1 DE 1

3º

OBSERVAÇÕES

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: *****

Placa: **MOR4160**Combustível: **GASOLINA**Marca/Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER**Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**

Ano de Fabricação: 2002

Ano Modelo: 2003

Categoria: **PARTICULAR**Cor Predominante: **VERMELHA**

Vencimento Licenciamento: 29/12/2020

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: **CABEDELO**Situação: **EM CIRCULAÇÃO**

Data da Consulta: 09/07/2020

CABEDELO

09/07/2020





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251138073820000036891290>
Número do documento: 2101251138073820000036891290

Num. 38692536 - Pág. 44

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200252497 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO Data do acidente: 11/04/2020 Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P 4
FRATURA DE SEIOS DA FACE. P 1, 18
TRAUMA TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTÓRAX. P 5
FRATURA LUXAÇÃO DE RÁDIO E URNA À ESQUERDA.(GALEAZZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA; DRENAGEM PLEURAL; PLACA E PARAFUSOS). P 5, 19, 22, 26 ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO RESIDUAL.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 45



- IDENTIFICAÇÃO

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

- DOCUMENTOS BÁSICOS - 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
 * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE.
 * DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) • REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODO
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200252497 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO **Data do acidente:** 11/04/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P 4
FRATURA DE SEIOS DA FACE. P 1, 18
TRAUMA TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTÓRAX. P 5
FRATURA LUXAÇÃO DE RÁDIO E URNA À ESQUERDA.(GALEAZZI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA; DRENAGEM PLEURAL; PLACA E PARAFUSOS). P 5, 19, 22, 26 ALTA.

Sequelas permanentes: LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO RESIDUAL.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 11:38:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012511380738200000036891290>
Número do documento: 21012511380738200000036891290

Num. 38692536 - Pág. 47

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199033/20

Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

CPF: 080.205.874-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2020

Titular do CPF: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Seguradora: INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MIGUEL SEVERINO FRANCISCO : 080.205.874-46

- 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: 16/07/2020
Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO
CPF: 080.205.874-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

