

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOEL JOSÉ DA SILVA, Brasileiro, casado, motorista desempregado. Pontador do RG 28116762 SSP-CE e CPF. 148.528.268-38. Residente e domicilia-
do na Rua Luiz Lucena nº 133, Bairro Centro em
Santana do Cariri- CE.

OUTORGADOS:

LUIZ VALTERLÊ SILVA, brasileiro, viúvo, Advogado, OAB/CE 8.077;
DANTHE RENIER DE SOUSA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE 20.896;
DEBORA COSTA SILVA, brasileira, solteira, Estagiária (Acadêmica de Direito), CPF/MF 010.905.403-29;
RODRIGO COSTA SILVA, brasileiro, solteiro, Estagiário (Acadêmico de Direito), CPF/MF 010.900.723-92, todos com escritório na Av. Castelo Branco, nº 3282, 1º andar, Novo Juazeiro, em Juazeiro do Norte/CE, fone-fax (088) 3587-2317, **onde recebem intimações.******

PODERES GERAIS:

Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para propor ação judicial em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT LTDA**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS

A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, **os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015 (Novo CPC).**

PODERES ESPECIAIS

Este instrumento tem como finalidade exclusiva a deflagração da competente **AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT (DIFERENÇA SEGURO DPVAT).**

Juazeiro do Norte/CE, 07 de Julho de 2020.

X Joel José da Silva

DECLARAÇÃO

Eu, JOEL JOSÉ DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO
MOTONISTA DESEMPREGADO, DETENTOR DO RG Nº 28116
762 SSP/CE E CPF Nº 148.528.268-38, RESIDENTE E
DOMICILIADO NA RUA WILKENS, Nº 133, CENTRO
EM SANTA DO CARVALHO - CE.

_____, abaixo assinado, declaro nos termos da Lei nº 7115 de 29 de Agosto de 1.983, que dispõe sobre prova documental, c/c art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015, inclusive para fazer prova junto a Justiça Gratuita, que sou pobre e não posso custear com processo na Justiça, pelo que assumo inteira responsabilidade por esta declaração e nomeio como meus advogados dativos os Doutores LUIS VALTERLE SILVA, brasileiro, viúvo, advogado, OAB/CE nº 8.077 e DANTHE RENIER DE SOUSA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE nº 20896, ambos com escritório à Av. Castelo Branco, nº 3282, 1º Andar, Novo Juazeiro, Centro, em Juazeiro do Norte/CE, tendo os mesmos aceitado o encargo, conforme seus cientes abaixo.

Juazeiro do Norte/CE, ____ de ____ de ____.

Joel José da Silva

Ciente de acordo

[Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

20.116.762-X 22/JUL/2002

JOEL JOSE DA SILVA

BENEDITO JOSE DA SILVA

E FRANCISCA GOMES DA SILVA

SANTANA DO CARIRI - CE 04/NOV/1970

SANTANA DO CARIRI - CE

CPF: 148528268-38

148528268-38

ASSINATURA DO ELETOR

148528268-38

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOEL JOSE DA SILVA

Nº de Inscrição
148528268-38

Data de Nascimento
04/11/70

148528268-38

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

ASSINATURA
JOEL JOSE DA SILVA

S
E
R
V
I
C
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 09/07/94

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
JOEL JOSE DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
04/11/1970

Nº INSCRIÇÃO
2343 1740 0167

D.V.
053

ZONA
053

SEÇÃO
0002

MUNICÍPIO / UF
SANTANA DO CARIRI - CE

DATA DE EMISSÃO
29/02/2019

JUIZ ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

148528268-38



(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200123403 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOEL JOSE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO JOEL JOSE DA SILVA

CPF/CNPJ: 14852826838

Posição em 21-04-2020 12:12:52

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/04/2020	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/03/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/rt4SbsSpF5US1nazytMx0wapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75gvKszWA__j__F7WS4Pm4yM1Q=)
20/03/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/LhikORes__pSQ5P1bjUqoapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75gvKszWA__j__F7WS4Pm4yM1Q=)

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: 148.528.268-38 4 - Nome completo da vítima: JOEL JOSE DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOEL JOSE DA SILVA 6 - CPF: 148.528.268-38

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA LUIZ LACERDA 9 - Número: 133 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: SANTANA DO CARIRI 13 - Estado: CE 14 - CEP: 63.190-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83746174242

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:

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

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5452 6 CONTA: 1000216 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário

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

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

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

38 - 1ª Nome: RAIVILLA DUARTE LEITE CPF: 069.055.353-62

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: ANTONIA DUMA NO AQUINO CPF: 248.751.043-71

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CARO 18 de março de 2020 e DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 4988 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESAO CORPORAL CULPOSA)**

Data / Hora da Comunicação: **17/07/2018 11:51:17**

Data / Hora da Ocorrência: **30/03/2018 15:30:00**

Endereço da Ocorrência: **VILA TRINGULO**

Complemento:

Bairro:

Município: **NOVA OLINDA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOEL JOSE DA SILVA**

Nascimento: **04/11/1970** CPF: **148.528.268-38**

RG: **28116762**

Orgão Emissor: **SSPSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA GOMES DA SILVA**

BENEDITO JOSE DA SILVA

Endereço: **RUA LUIZ LACERDA, 133 CASA**

Bairro: **CENTRO**

Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIA ELZA DA SILVA**

Nascimento: **29/12/1968** CPF: **326.259.873-91**

RG: **20088478542**

Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **FRANCISCA GOMES DA SILVA**

BENEDITO JOSÉ DA SILVA

Endereço: **TRAVESSA LUIS LACERDA, 534**

Bairro: **CENTRO**

Município: **SANTANA DO CARIRI/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone:



Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNZ7350** Uf: **CE** Município: **SANTANA DO CARIRI** Chassi:

9C2KC2210HR010668 Renavam: **1106271383** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano

Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOEL JOSE DA SILVA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA SEU IRMÃO, JOEL JOSÉ DA SILVA, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE A VÍTIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS QUANDO CAIU AO SOLO DESMAIANDO NO LOCAL; QUE A VÍTIMA FORA SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES EM NOVA OLINDA, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA REGIONAL DE CRATO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 4988 / 2018

EM JUAZEIRO DO NORTE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; ROL DE TESTEMUNHAS EM ANEXO; QUE NÃO SABE INFORMAR SE A VÍTIMA É HABILITADA E REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Assinatura]
ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Antonia Elza da Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIOGO GALINDO DE GOES - MAT.: 300027-1-7

VÁLIDO SOMENTE COM
 SELLO DE AUTENTICIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013870197861**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PPT 01 COD. RENAVAM 1106271383 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
JOEL JOSE DA SILVA

SANTANA DO CARIRI /CE

CPF / CNPJ
14852826838

PLACA
PNZ7350/CE

PLACA ANT. / UF
/CE

CHASSI
9C2KC2210HR010668

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOL/ALCO

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 TITAN EX

ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2017

CAP. POT. OIL
2P/OCV/162CC

CATEGORIA
PARTIC

COR.PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA
*******,****

VENC. COTA UNICA
****/**/****

VENC. COTAS
1*

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS
*******,****

2*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
180.65

IOF (R\$)
0.70

PRÊMIO TOTAL (R\$)
185.50

DATA DE PAGAMENTO
08/01/20

OBSERVAÇÕES

LOCAL
SANTANA DO CARIRI

DATA
29/01/2018

Igor Ponte
Superintendente



DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013870197861 BILHETE DE SEGURO DPVAT

14852826838

PNZ7350/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

013870197861

6444948617

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 29/01/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 14852826838 PLACA PNZ7350

RENAVAM 1106271383 MARCA / MODELO HONDA/CG 160 TITAN E

ANO FAB. 2016 CATEG. PART 9C2KC2210HR010668 Nº CHASSI

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)
81.29

DETRAN (R\$)
9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$)
90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

IOF (R\$)
0.70

TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$)
185.50

PAGAMENTO
☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
08/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.602/0001-04

MOTOR: K622E1H010678

0063





Dra. Tereza Mágda Teles Bezerra

CREMEC 8828 / CREMEPE 18802

11
04
19

P/Joel Jose da Silva

ATESTADO

Atesto para devidos fins que o paciente citado apresenta problemas de saúde - sequelas de primitivos motores e cognitivos com grau de incapacidade superior a 80% - por acidente motociclistico em março 2018. Esteve em internação prolongada em Hospital Regional do Cariri. Imporibilitado para exercer suas funções laborais por tempo indeterminado.

Celular: (88) 99998-6500

Voltando à consulta traga esta receita.

CID: S06.9 / I60.1 / I69.1

Dra. Tereza Mágda Teles Bezerra

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOEL JOSE DA SILVA
Pront.: 111898 Data Nasc.: 04/11/1970 Idade: 47 ano(s) 4 mes(es) e 26 dia(s) Admissão: 30/03/2018
Mãe: FRANCISCA GOMES DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 28116762 Município: SANTANA DO CARIRI
CEP Bairro: CENTRO Tel.:
Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92 Num: 92

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES Horário 30/03/2018 17:02
Queixa: CLIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, RNC E DISPNEIA INTENSA.

Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador: RESPIRAÇÃO INADEQUADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: JOAO BOSCO SOARES SAMPAIO CRM: 4189 Nº: 419522 Horário 30/03/2018 18:02
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSITO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE, REGIÃO CERVICAL E TORAX. LARGADO, SEM RESPOSTA VERBAL, MIDRIASE ESQ..
PACIENTE FOI ENTUBADO LOGO APÓS CHEGADA AO SERVIÇO.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/03/201 17:51	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	RESPIRAÇÃO INADEQUADA	VERMELHO	FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:09	Não	Cancelado
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 111898 - JOEL JOSE DA SILVA
Idade: 47 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino
Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92 Num: 0 Bairro: CENTRO
CEP: 63000-000 Cidade: SANTANA DO CARIRI UF: CEARÁ

Relatório

Tipo de Saída: Transferência Externa

Cancelada
Não

Resumo Clínico

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE INTENSIVA EM 31/03/2018, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE (IMAGEM SUGESTIVA DE ANEURISMA EM ACM DIREITA, SINAIS DE HSA- EM ANGIOTC. DE CONTROLE), TRAUMA DE FACE (FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO BAIXA, SEM DESLOCAMENTO MEDIAL OU ANTERIOR) E TÓRAX, QUE TEVE CONDUTA EXPECTANTE, ADMITIDO COM QUADRO CLÍNICO MUITO GRAVE, GLASGOW: 06, FOI INTUBADO E ACOPLADO A VM LOGO DA ADMISSÃO. DIA 11/04 REALIZADA TRAQUEOSTOMIA E EM 12/04/2018 FOI TRANSFERIDO PARA UTI, EVOLUIU COM PAV.

APOS ANGIORESSONANCIA DE CRÂNIO, CONSTATADO IMAGEM EM DE ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA DIREITA SUGESTIVA DE ANEURISMA PARCIALMENTE TROMBOSADO. AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA QUE INDICOU TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL STO ANTÔNIO PARA REALIZAÇÃO DE ARTERIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE CIRURGICA.

PCTE TRANSFERIDO EM REG, HEMIPARESIA E, AFASIA MOTORA, ESTÁVEL clinicamente, afebril, traqueostomizado e

Exames Realizados

esg fast (30/03)

tc de crânio e face (31/03/18)

angio tc (09/04/18)

usg de tórax (11/04/18)

Terapêutica Utilizada

ceftriaxona + clindamicina

tazocin

meropenem + vancomicina

ciprofloxacino

Diagnóstico

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S069	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
Não	I601	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PROVENIENTE DA ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Transferência

Referência: HOSPITAL SANTO ANTONIO

Observações Complementares

* Não Informado *

Perfil

11

Responsável

Médico: LUCIANA LEONARDO DE LUCENA

Data: 16/05/2018

Luciana Leonardo de Lucena
Médico
EXAME - 14.403





HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito que se fizerem necessários que a paciente **JOEL JOSÉ DA SILVA**, 47 anos, encontra-se admitido neste Nosocômio na Unidade de Cuidados Especiais-UCS, sob os cuidados de Equipe Multiprofissional, com HD: traumatismo crânio encefálico e hemorragia subaracnóide (tratamento conservador) e Pneumonia (tratada).

Apresenta atualmente sequelas motoras e cognitivas graves provavelmente secundárias quadro de traumatismo crânio encefálico grave, alimentando-se de forma exclusiva por via sonda nasointestinal, respirando por traqueostomia sem O2 suplementar, além de estar permanentemente acamado.

Realizou exames de imagem que constatarem presença de provável aneurisma em artéria cerebral média direita. Avaliado pela neurocirurgia que orienta transferência do mesmo para Hospital Santo Antônio, para realização de arteriografia e posterior conduta quanto a necessidade de abordagem cirúrgica.

Sob essa linha de raciocínio, solicito transferência do paciente acima, por não dispor do exame acima mencionado neste serviço.

CID 10: S06.9 / 160.1

Juazeiro do Norte (CE), 08/05/2018

Dr. Luciano Lamartini de Lucena
Médico
CREMEC - 14.403

11
05
2020

Dr. Joo da Silva
CRM 8028

ATTESTADO

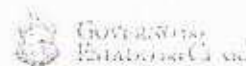
Ato para dadas por que o paciente
foi citado para a seguinte cirurgia de
reparo de sequência de defeitos de
torção e corrigidos graves do aparelho
de incorporação de aparelho de 80%
por acidente motorizado em março
de 2018. Este em atendimento por
completa em Hospital Regional de
Caruaru. Incompleto para este
com seus filhos. Exatamente por
tempo indeterminado

CNO: 506.0/17905/F48.8/1603/1691

Dr. Joo da Silva
CRM 8028

Volando a consulta traga esta receita.
Celular: (88) 99998-6500

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 111898 - JOEL JOSE DA SILVA

Idade: 47 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92

Num: 0

Bairro: CENTRO

CEP: 63000-000

Cidade: SANTANA DO CARIRI

UF: CEARÁ

Relatório

Tipo de Saída: Transferência Externa

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE INTENSIVA EM 31/03/2018, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE (IMAGEM SUGESTIVA DE ANEURISMA EM ACM DIREITA, SINAIS DE HSA- EM ANGIOTC. DE CONTROLE) , TRAUMA DE FACE (FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO BAIXA, SEM DESLOCAMENTO MEDIAL OU ANTERIOR) E TÓRAX, QUE TEVE CONDUTA EXPECTANTE. ADMITIDO COM QUADRO CLÍNICO MUITO GRAVE, GLASGOW: 06, FOI INTUBADO E ACOPLADO A VM LOGO DA ADMISSÃO. DIA 11/04 REALIZADA TRAQUEOSTOMIA E EM 12/04/2018 FOI TRANSFERIDO PARA UTI, EVOLUIU COM PAV.

APÓS ANGIORESSONANCIA DE CRÂNIO, CONSTATADO IMAGEM EM DE ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA DIREITA SUGESTIVA DE ANEURISMA PARCIALMENTE TROMBOSADO. AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA QUE INDICOU TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL STO ANTÔNIO PARA REALIZAÇÃO DE ARTERIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE CIRURGICA.

PCTE TRANSFERIDO EM REG, HEMIPARESIA E, AFASIA MOTORA, ESTÁVEL clinicamente, afebril, traqueostomizado e

Exames Realizados

esg fast (30/03)

tc de crânio e face (31/03/18)

angio tc (09/04/18)

usg de tórax (11/04/18)

Terapêutica Utilizada

ceftriaxna + clindamicina

tazocin

meropenem + vancomicina

ciprofloxacino

Diagnóstico

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S069	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
Não	I601	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PROVENIENTE DA ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Transferência

Referência: HOSPITAL SANTO ANTONIO

Observações Complementares

* Não Informado *

Perfil

11.

Responsável

Médico: LUCIANA LEONARDO DE LUCENA

Data: 18/05/2018

Luciana Leonardo de Lucena
Médico
CREMEP - 14.403



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOEL JOSE DA SILVA
Pront.: 111898 Data Nasc.: 04/11/1970 Idade: 47 ano(s) 4 mes(es) e 26 dia(s) Admissão: 30/03/2018 17:30
Mãe: FRANCISCA GOMES DA SILVA
Sexo: Masculino RG: 28116762 Município: SANTANA DO CARIRI
CEP: Bairro: CENTRO Tel.:
Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92 Num: 92

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES Horário 30/03/2018 17:30
Queixa: CLIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, RNC E DISPNEIA INTENSA.

Fluxograma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador: RESPIRAÇÃO INADEQUADA
Sato02:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: JOAO BOSCO SOARES SAMPAIO CRM: 4189 Nº: 419522 Horário 30/03/2018 18:00
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA NAO ESPECIFICADO TRAUMATIZADO EM COLISAO COM OUTROS VEICULOS E COM VEICULOS NAO ESPECIFICADOS, A MOTOR, EM UM ACIDENTE NAO-DE-TRANSITO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE, REGIÃO CERVICAL TORAX. LARGADO, SEM RESPOSTA VERBAL, MIDRIASE ESQ..
PACIENTE FOI ENTUBADO LOGO APÓS CHEGADA AO SERVIÇO.



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
30/03/201 17:51	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	RESPIRAÇÃO INADEQUADA	VERMELHO	FELIPE EUFROSINO DE ALENCAR RODRIGUES

VALIDO SOMENTE COM
Selo de Autenticação



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:09	Não	Cancelado
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	30/03/2018 18:11	Não	Pendente

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 7038753577 JOEL JOSE DA SILVA Situacao: Ativo
CPF: 148.528.268-38 NIT: 1.242.535.406-0 Ident.: 28116762X SP

OL Mantenedor: 05.0.21.050 APS : APS CRATO SIBE
OL Mant. Ant.: Banco : 000
OL Concessor : 05.0.21.050 Agencia: 614093 SAMPAIO CONSTRUcoes - BRADE

Nasc.: 04/11/1970 Sexo: MASCULINO Trat.: 19 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 87 AMP. SOCIAL PESSOA PORTADORA DEFICIENCIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: DESEMPREGADO Qtd. Dep. Informada: 00
Meio Pagto: CMG - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 00

APR. : 0,00 Compet : 00/0000 DAT : 00/00/0000 DIB: 08/10/2018
MR.BASE: 0,00 MR.PAG.: 0,00 DER : 08/10/2018 DDB: 05/12/2018
Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRAO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 00/00/0000

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

AMPARO Social
- P/INSS

3190132831
sinistro.

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JOEL JOSE DA SILVA

Admissão: 30/06/2018 11:35

Pront.: 111896 Data Nasc.: 04/11/1970 Idade: 47 ano(s) 7 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 88 99816-2037

Mãe: FRANCISCA GOMES DA SILVA

Sexo: Masculino RG: 28116762

Município: SANTANA DO CARIRI

CEP 63000-000 Bairro: CENTRO

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador REGIANE CLARICE MACEDO CALLOU

Horário 30/06/2018 11:35

Queixa: RETIROU SONDA VESICAL DE DEMORA E TRAQUEÓSTOMO HÁ CERCA DE 8 HORAS. APRESENTANDO DESDE ENTÃO SANGRAMENTO URETRAL

Fluxograma: PROBLEMAS URINÁRIOS

Discriminador: RETENÇÃO URINÁRIA

Sato02: Glasgow: Temp.: 36,8 Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MARCELO FELIX DE FREITAS

CRM: 6

Nº: 435089

Horário 30/06/2018 12:55

Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II

Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO DA URETRA

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE SEQUELADO POR TCE, EM USO DE TRAQUEÓSTOMO E SVD. O MESMO FEZ A RETIRADA HOJE APRESENTANDO SANGRAMENTO POR MEATO URETRAL.



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
CREATININA = SANGUE >REX (0202010317)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
UREIA => SANGUE REX (0202010694)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA =>REX (0202020134)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA =>REX (0202020487)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente
HEMOGRAMA COMPLETO =>REX (0202020380)	30/06/2018 12:57	Sim	Pendente

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



Relatório de Cirurgia

Paciente: JOEL JOSE DA SILVA

Prontuário: 111898

Clínica: UTI II

Enfermaria: UTI II

Leito: 19

Cirurgião ANTONIO VALDÉCIO SILVA BARROS JÚNIOR Anestesiologia: ** Não Informado **

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- 1) PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB SEDAÇÃO
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3) ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA 2% COM VASOCONSTRICOR
- 4) INCISÃO TRANSVERSA 2CM ACIMA DA FURCULA ESTERNAL
- 5) DIERESE POR PLANOS
- 6) IDENTIFICAÇÃO + ABERTURA DA TRAQUEIA EM U + REPARO COM FIO NYLON 2-0 NA PELE
- 7) APOSIÇÃO DE PORTEX Nº 8,0 APOS RETIRADA DE TOT SEM INTERCORRENCIAS
- 8) INSUFLAÇÃO DO CUFF + TESTE FUNCIONAL
- 9) REVISÃO DE HEMOSTASIA
- 10) FIXAÇÃO DA CANULA
- 11) CURATIVO

Dr. Antonio Valdecio Silva Barros Jr.
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CREMEC 11436



Data

17/04/18

Assinatura



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
universitários de suas instituições e contratuadas sociais



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito que se fizerem necessários que a paciente JOEL JOSÉ DA SILVA, 47 anos, encontra-se admitido neste Nosocômio na Unidade de Cuidados Especiais-UCS, sob os cuidados de Equipe Multiprofissional, com HD: traumatismo crânio encefálico e hemorragia subaracnóide (tratamento conservador) e Pneumonia (tratada).

Apresenta atualmente sequelas motoras e cognitivas graves provavelmente secundárias quadro de traumatismo crânio encefálico grave, alimentando-se de forma exclusiva por via sonda nasointestinal, respirando por traqueostomia sem O2 suplementar, além de estar permanentemente acamado.

Realizou exames de imagem que constataram presença de provável aneurisma em artéria cerebral média direita. Avaliado pela neurocirurgia que orienta transferência do mesmo para Hospital Santo Antônio, para realização de arteriografia e posterior conduta quanto a necessidade de abordagem cirúrgica.

Sob essa linha de raciocínio, solicito transferência do paciente acima, por não dispor do exame acima mencionado neste serviço.

CID 10: S06.9 / 160.1

Juazeiro do Norte (CE), 08/05/2018

Dr. Luciano Carneiro de Sousa
Médico
CREMEC - 14.403

NOME: JOEL JOSE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1970
SOLICITANTE: Dr. ANTONIO DEIVES ALVES FIGUEIREDO
SETOR SOLICITANTE: INTENSIVA
DATA DO EXAME: 01.04.2018
DATA DO LAUDO: 01.04.2018
EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PRONTUÁRIO: 111898

ENFERMARIA/LEITO: 09
HORA DO EXAME: 10:42
HORA DO LAUDO: 10:55

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

Controle de TCE.

ANÁLISE:

- Fratura da base do processo condilar e incisura mandibular à direita, sem diástase ou deslocamento.
- Material hemático preenchendo cisternas basais, em especial parasselar direita, sulcos intergirs frontoparietotemporais, fissuras, cornos posteriores dos ventrículos laterais e quarto ventrículo.
- Hipodensidade ovalada mal definida em região nucleocapsular direita medindo 1.8 x 1.2 cm com efeito tumefativo caracterizado por colapso ventricular parcial.
- Nódulo calcificado em giro frontal superior direito, medindo 0.5 cm sem evidências tomográficas de edema perilesional.
- Não há evidência de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Elementos ósseos da calota craniana sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura linear mandibular à direita, com envolvimento da incisura e base condilar.
2. Hemorragia subaracnoidea difusa, com predomínio cisternal*, associada a hemoventrículo supra e infratentorial sem hidrocefalia.
3. Área focal de edema citotóxico nucleocapsular à direita sugestivo de isquemia aguda.
4. Calcificação encefálica patológica frontal direita de aspecto tomográfico residual.

Obs: A correlação com o exame anterior, datado de 31.03.2018, evidência:

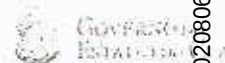
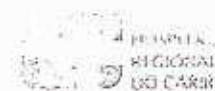
- Maior definição da área de edema citotóxico nucleocapsular direito (isquemia aguda).
- Estabilidade dos demais achados.

* Predomínio cisternal da HSA e poucas alterações traumáticas cranioencefálicas, devem levantar a suspeita para ruptura de aneurisma. Correlacionar com dados clínicos.

Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 111898 - JOEL JOSE DA SILVA

Idade: 47 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92

Num: 0

Bairro: CENTRO

CEP: 63000-000

Cidade: SANTANA DO CARIRI

UF: CEARÁ

Relatório

Tipo de Saída: Transferência Externa

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE INTENSIVA EM 31/03/2018, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE (IMAGEM SUGESTIVA DE ANEURISMA EM ACM DIREITA, SINAIS DE HSA- EM ANGIOTC. DE CONTROLE), TRAUMA DE FACE (FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO BAIXA, SEM DESLOCAMENTO MEDIAL OU ANTERIOR) E TÓRAX, QUE TEVE CONDUTA EXPECTANTE. ADMITIDO COM QUADRO CLÍNICO MUITO GRAVE, GLASGOW: 06, FOI INTUBADO E ACOPLADO A VM LOGO DA ADMISSÃO. DIA 11/04 REALIZADA TRAQUEOSTOMIA E EM 12/04/2018 FOI TRANSFERIDO PARA UTI, EVOLUIU COM PAV.

APÓS ANGIORESSONANCIA DE CRÂNIO, CONSTATADO IMAGEM EM DE ARTÉRIA CEREBRAL MÊDIA DIREITA SUGESTIVA DE ANEURISMA PARCIALMENTE TROMBOSADO. AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA QUE INDICOU TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL STO ANTÔNIO PARA REALIZAÇÃO DE ARTERIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE CIRURGICA.

PCTE TRANSFERIDO EM REG, HEMIPARESIA E, AFASIA MOTORA, ESTÁVEL clinicamente, afebril, traqueostomizado.

Exames Realizados

esg fast (30/03)

tc de crânio e face (31/03/18)

angio tc (09/04/18)

usg de tórax (11/04/18)

Terapêutica Utilizada

ceftriaxona + clindamicina

tazocin

meropenem + vancomicina

ciprofloxacino

Diagnóstico

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S069	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
Não	I601	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PROVENIENTE DA ARTERIA CEREBRAL MÊDIA

Transferência

Referência: HOSPITAL SANTO ANTONIO

Observações Complementares

* Não Informado *

Perfil

11

Responsável

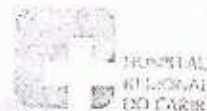
Médico: LUCIANA LEONARDO DE LUCENA

Data: 18/05/2018

Dr. Luciana Leonardo de Lucena
Médico
CRM 12.403



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 111898 - JOEL JOSE DA SILVA

Idade: 47 ano(s) 6 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino

Endereço: RUA ALVES FEEITOSA 92

Num: 0

Bairro: CENTRO

CEP: 63000-000

Cidade: SANTANA DO CARIRI

UF: CEARÁ

Relatório

Tipo de Saída: Transferência Externa

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE INTENSIVA EM 31/03/2018, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO TCE GRAVE (IMAGEM SUGESTIVA DE ANEURISMA EM ACM DIREITA, SINAIS DE HSA- EM ANGIOTC. DE CONTROLE), TRAUMA DE FACE (FRATURA DE CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO BAIXA, SEM DESLOCAMENTO MEDIAL OU ANTERIOR) E TÓRAX, QUE TEVE CONDUITA EXPECTANTE. ADMITIDO COM QUADRO CLÍNICO MUITO GRAVE, GLASGOW: 06, FOI INTUBADO E ACOPLADO A VM LOGO DA ADMISSÃO. DIA 11/04 REALIZADA TRAQUEOSTOMIA E EM 12/04/2018 FOI TRANSFERIDO PARA UTI, EVOLUIU COM PAV.

APÓS ANGIORESSONANCIA DE CRÂNIO, CONSTATADO IMAGEM EM DE ARTÉRIA CEREBRAL MÉDIA DIREITA SUGESTIVA DE ANEURISMA PARCIALMENTE TROMBOSADO. AVALIADO PELA NEUROCIRURGIA QUE INDICOU TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL STO ANTÔNIO PARA REALIZAÇÃO DE ARTERIOGRAFIA E AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE CIRURGICA.

PCTE TRANSFERIDO EM REG, HEMIPARESIA E, AFASIA MOTORA, ESTÁVEL clinicamente, afebril, traqueostomizado e

Exames Realizados

esg fast (30/03)

lc de crânio e face (31/03/18)

angio tc (09/04/18)

usg de tórax (11/04/18)

Terapêutica Utilizada

ceftriaxona + clindamicina

tazocin

meropenem + vancomicina

ciprofloxacino

Diagnóstico

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S069	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
Não	I601	HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PROVENIENTE DA ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Transferência

Referência: HOSPITAL SANTO ANTONIO

Observações Complementares

* Não Informado *

Perfil

11

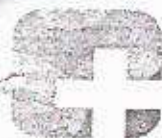
Responsável

Médico: LUCIANA LEONARDO DE LUCENA

Data: 18/05/2018

Luciana Leonardo de Lucena
Médico
CREMEP 44.408





NOME: JOEL JOSE DA SILVA PRONTUÁRIO: 111898
DATA DE NASCIMENTO: 04/11/1970
SOLICITANTE: CARLOS WAGNER DE OLIVEIRA
SETOR SOLICITANTE: EMERGENCIA ENFERMARIA/LEITO: INTENSIVA, 09
DATA DO EXAME: 09.04.2018 HORA DO EXAME: 15:53
DATA DO LAUDO: 09.04.2018 HORA DO LAUDO: 17:34
EXAME: ANGIO-TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, antes e após a administração de contraste venoso, de acordo com a radiografia digital marcada.

INDICAÇÃO:

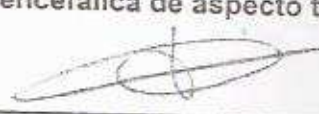
Aneurisma cerebral.

ANÁLISE:

- Fratura da base do processo condilar e incisura mandibular à direita, sem diástase ou deslocamento.
- Material hemático preenchendo cisternas basais, sulcos intergirsais frontoparietotemporais, fissuras, cornos posteriores dos ventrículos laterais e quarto ventrículo.
- Imagem ovalada hiperdensa parasselar / substância perfurada anterior à direita, medindo 1,5 x 1,2 cm, sem evidências de realce pós-contraste, que pode traduzir aneurisma parcialmente trombosado em segmento M1 da artéria cerebral média direita ou hematoma encefálico em involução.
- Hipodensidade ovalada mal definida em região nucleocapsular direita medindo 1,8 x 1,2 cm com efeito tumefativo caracterizado por colapso ventricular parcial.
- Nódulo calcificado em giro frontal superior direito, medindo 0,5 cm sem evidências tomográficas de edema perilesional.
- Pineal e plexos coróides calcificados, em posições normais.
- Cerebelo e tronco cerebral sem alterações.
- Ausência de coleções extra-axiais. Não há desvios da linha média.
- Porção intracraniana das artérias carótidas internas e vertebrais sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura linear mandibular à direita, com envolvimento da incisura e base condilar.
2. Imagem ovalada parasselar / substância perfurada anterior à direita que pode traduzir aneurisma parcialmente trombosado da ACM ou hematoma encefálico em involução.
3. Hemorragia subaracnoidea difusa, com predomínio cisternal, associada a hemoventrículo supra e infratentorial sem hidrocefalia.
4. Isquemia focal aguda nucleocapsular direita.
5. Calcificação patológica encefálica de aspecto tomográfico residual.


Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

