

---

**Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210191163**

**Vítima: VITOR DOMINGOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VITOR DOMINGOS DA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/08/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210191163

**Cidade:** Caaporã

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**Data do acidente:** 29/11/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/07/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DO MENTO E LÁBIO INFERIOR.  
FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA.  
FRATURA DO SEIO MAXILAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA.  
P1 / P2 / P3

**Sequelas permanentes:** POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

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: 136.038.994-66 4 - Nome completo da vítima: Rilton Domingos 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: Rilton Domingos da Silva 6 - CPF: 136.038.994-66

7 - Profissão: Relizador 8 - Endereço: Fac. Nova Constituinte 9 - Número: 100 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: cidade nova 12 - Cidade: Goiana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000

15 - E-mail: arismenoria.goiana@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 9.82897962

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 10 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 (304)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 7387092

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 do 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 CIV)  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(s) nascido(s)?  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 a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imagem digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A | Assinatura de testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A | Assinatura de testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Goiana-PE 2007-2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Rilton Domingos da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVA. DEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 136.038.994-66 4 - Nome completo da vítima: Rilton Domingos 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: Rilton Domingos da Silva 6 - CPF: 136.038.994-66

7 - Profissão: Relizou 8 - Endereço: rod. Nova Constituinte 9 - Número: 100 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: cidade nova 12 - Cidade: Cariana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000

15 - E-mail: arumméria.gaiama@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 9.82897962

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO 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 (ANEXO CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUJO 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 abertos. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Nubank  
 AGÊNCIA: 0001 CONTA: 7387092  
(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 do 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  Viúva

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 filhas, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidas: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascida(s)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/vivós 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 a ocorrência de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A. Inatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A. Inatura de testemunha

40 - Local e Data: Cariana - PE 2007.2021  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rilton Domingos da Silva  
 42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_



**BOLETIM DE OCORRENCIA nº 251/2021**

**Versando sobre:** ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Data do ocorrido:** 29/11/2019 por volta das 07:30 da manhã

**Hora e data que a Delegação tomou conhecimento:** 11:30 hs é mim do dia 15/07/2021

**Local do ocorrido:** Caaporã/PB

**COMUNICANTE:**

**Nome:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Naturalidade:** CAAPORÃ/PB

**Idade:** 21 anos

**Data de nascimento:** 17/04/2000

**Estado Civil:** Solteiro

**Profissão:** Motorista

**Identidade nº:** 4.419.473 - SSDS/PB

**CPF:** 136.038.994-69

**Filiação:** Laudence Enéia da Silva Araújo

**Endereço:** Rua José Felix, 137 - Pindorama - Caaporã/PB

**Telefone:** (83) 9 9973-5959

**Ponto de Referencia:** Bar do Sítio



**HISTORICO:** Que, na data e hora acima citada o noticiante estava indo de moto HONDA/CG150 START, Placa: PDR-9039/PE, Cor: preta, Ano de fab: 2015 Mod: 2015, Chassi: 9C2KC1670FR24266 para casa pela Rodovia PB 034; QUE, entrou um caminhão na frente do noticiante sem dar sinalização nenhuma que ao tentar livrar do caminhão bateu de frente com um ônibus ficando inconsciente; QUE, o noticiante foi socorrido pela equipe do SAMU a qual fizeram os primeiros socorros e levando ao HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEMADOR HUMBERTO LUVENA, o qual de entrada conforme ficha de atendimento de nº 1.207.055, com o seguinte diagnostica Fratura Complexa de Mandíbula, Conforme CID. S02.6. Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

*Vitor Domingos da Silva*

VITOR DOMINGOS DA SILVA  
COMUNICANTE

*Carlos Eduardo de Almeida*

Carlos Eduardo de Almeida  
Escrivão Ad hoc



**BOLETIM DE OCORRENCIA nº 251/2021**

**Versando sobre:** ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Data do ocorrido:** 29/11/2019 por volta das 07:30 da manhã

**Hora e data que a Delegação tomou conhecimento:** 11:30 hs é mim do dia 15/07/2021

**Local do ocorrido:** Caaporã/PB

**COMUNICANTE:**

**Nome:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Naturalidade:** CAAPORÃ/PB

**Idade:** 21 anos

**Data de nascimento:** 17/04/2000

**Estado Civil:** Solteiro

**Profissão:** Motorista

**Identidade nº:** 4.419.473 - SSDS/PB

**CPF:** 136.038.994-69

**Filiação:** Laudence Enéia da Silva Araújo

**Endereço:** Rua José Felix, 137 - Pindorama - Caaporã/PB

**Telefone:** (83) 9 9973-5959

**Ponto de Referencia:** Bar do Sítio



**HISTORICO:** Que, na data e hora acima citada o noticiante estava indo de moto HONDA/CG150 START, Placa: PDR-9039/PE, Cor: preta, Ano de fab: 2015 Mod: 2015, Chassi: 9C2KC1670FR24266 para casa pela Rodovia PB 034; QUE, entrou um caminhão na frente do noticiante sem dar sinalização nenhuma que ao tentar livrar do caminhão bateu de frente com um ônibus ficando inconsciente; QUE, o noticiante foi socorrido pela equipe do SAMU a qual fizeram os primeiros socorros e levando ao HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEMADOR HUMBERTO LUVENA, o qual de entrada conforme ficha de atendimento de nº 1.207.055, com o seguinte diagnostica Fratura Complexa de Mandíbula, Conforme CID. S02.6. Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

*Vitor Domingos da Silva*

VITOR DOMINGOS DA SILVA  
COMUNICANTE

*Carlos Eduardo de Almeida*

Carlos Eduardo de Almeida  
Escrivão Ad hoc

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: 136.038.994-66 4 - Nome completo da vítima: Rilton Domingos 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: Rilton Domingos da Silva 6 - CPF: 136.038.994-66

7 - Profissão: Relizador 8 - Endereço: Rua Nova Constituinte 9 - Número: 100 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: cidade nova 12 - Cidade: Goiana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000

15 - E-mail: arismenina.goiana@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81) 9.8289.7962

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 10 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 (304)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Nubank

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

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 7387092  
(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 do 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 discordo do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIV)  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 filhas, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidas: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?  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 a condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imagem digital de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura de: testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura de: testemunha

40 - Local e Data, Goiana-PE 2007-2021  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Rilton Domingos da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VITOR DOMINGOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/00
NOME DA MÃE	LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.580
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.207.055
DATA DO ATENDIMENTO	29/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CID 10	S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, no terço inferior do lado direito. Ferimento corto-contuso em região mental e lábio inferior. Avulsão de elementos dentários 12 e 14, com fratura dento-alveolar envolvendo elemento 13. Presença de fratura de ângulo mandibular direito e esquerdo. Presença de fratura de parede posterior de seio maxilar direito. Internação para cirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
TC de face  
TC de torax  
RX de bacia  
RX de ombro direito  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula  
Fratura de maxilar direito

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Odontossíntese. Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula + osteossíntese de fratura de maxilar direito.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/19
DATA DA EMISSÃO:	04/05/21

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RE:IFE PE.  
 CEP: 50040-000, Fone: (081) 0800 081 0145  
 Inscrição Estadual: 18.1.001.0014394-2  
 CNPJ: 09.769.035/0001-64  
 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20210510340802 Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DATA DE VENCIMENTO: 20/06/2021 N° Contrato: 6474597 MENSALIDADE: 0134080.2 05/2021-3  
 DONO DO SERVIÇO: DAYLA DE OLIVEIRA CAMILO LOT NOVA CONSTITUINTE, N. 00100 - CENTRO GOIANA PE 55900-000  
 INSCRIÇÃO: 062.490.520.0642.000 GRUPO: 11 OPÇÃO DÉB. ADICIONADO: 01034080.2

LIGADO	POTENCIAL	REGISTRO	CONTADOR DE MEDIDA	PERÍODO	VALOR
118252117	05/05/2021	03/06/2021		REAL /	

ÁGUA LEIT. ANT.: 272 CONSUMO: 3 LEIT. ATUAL: 277 LEIT. FAT.: 277  
 ESGOTO LEIT. ANT.: VOLUME: 0 LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:



PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIS. ANEXO XX DA PORT. CONS. Nº 05/17	ANÁLISE REALIZADAS	ATENDE A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	38	18	36
LUM. APARENTE	38	18	36
CLORO RESIDUAL	38	18	36
COLIFORMES TOTAIS	38	18	36
E. Coli	38	18	36

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 35% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  
 (3) OS PARÂMETROS TURB. E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	5 M3	45,13
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2021		0,90
JUROS DE MORA 01/2021		0,79
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2021		0,11

PIS	45,13	1,85	0,23
COFINS	45,13	3,80	1,35

VENCIMENTO: 20/06/2021 TOTAL A PAGAR: 46,93

Entido por: INTERNET Entido em: 05/06/2021



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
 VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

VENCIMENTO: 20/06/2021 TOTAL A PAGAR: 46,93

CÓDIGO DE BARRAS VIA COMPESA

82810000000-3 46930018062-7 01034080201-1 05202130003-0



IDENTIFICAÇÃO MECÂNICA



Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida em 01/10/2021 às 14:52

**NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 52005-902  
 CNPJ 13.042.332/0001-09 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
**MELICHO DA COSTA LEITE NETO**

**ENDEREÇO DA UNIDADE** RONDÔNIA  
 RUA DO DE CAVIAS 110

CPF: 214.968.478-10

**CENTRO COMERCIAL**  
 GOIANA, PE  
 52930-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
 83 COMERCIAL  
 OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
 Tráfego

CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO  
**2431353019** 01/2021

DATA DE EMISSÃO  
**20/01/2021** 03/02/2021

TOTAL DA FATURA  
**362,67**

IDENTIFICADOR	CHAVE	CHAVE ÚNICA
120250175	09CA	050173221
050V2021	2001221870	4099401

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL				QUANTIDADE	PREÇO	UNID.	VALOR
Consumo Alívio (MVA)-TUSO				300,0000000	0,7	31088	141,50
Consumo Alívio (MVA)-TE				300,0000000	0,2	25043	118,57
Atividade Elétrica AMARELA							0,93
Atividade Elétrica VERMELHA							24,57
Conta. Serv. Público Municipal							55,83
ICMS Substituição CDE-NF 130402235-04/1V20							1,54
Multa por atraso NF 130402235-04/1V20							4,88
Juros por atraso NF 130402235-04/1V20							1,95
Atualização GPV-NF 130402235-04/1V20							0,32
<b>TOTAL DA FATURA</b>							<b>362,67</b>

DEMONSTRATIVO DE CANCELAMENTO DESTA NOTA FISCAL										
Nº DO CANCELAMENTO	Tipo da Função	ANEXOS	DATA	LETRA	EXPL.	ATA	LETRA	Nº DO CANCELAMENTO	VALOR	VALOR PARCELADO
3084004	CFI	0000000	03/02/2021	080100	0000000	0000000	0000000	0000000	0,00	0,00

MENSURANDO O CONSUMO		MENSURANDO O VALOR		MENSURANDO O CANCELAMENTO	
PERÍODO	CONSUMO	VALOR	PERÍODO	VALOR	PERÍODO
01/10/2021	300,00	362,67	01/10/2021	300,00	01/10/2021
02/10/2021	300,00	362,67	02/10/2021	300,00	02/10/2021
03/10/2021	300,00	362,67	03/10/2021	300,00	03/10/2021
04/10/2021	300,00	362,67	04/10/2021	300,00	04/10/2021
05/10/2021	300,00	362,67	05/10/2021	300,00	05/10/2021
06/10/2021	300,00	362,67	06/10/2021	300,00	06/10/2021
07/10/2021	300,00	362,67	07/10/2021	300,00	07/10/2021
08/10/2021	300,00	362,67	08/10/2021	300,00	08/10/2021
09/10/2021	300,00	362,67	09/10/2021	300,00	09/10/2021
10/10/2021	300,00	362,67	10/10/2021	300,00	10/10/2021
11/10/2021	300,00	362,67	11/10/2021	300,00	11/10/2021
12/10/2021	300,00	362,67	12/10/2021	300,00	12/10/2021
13/10/2021	300,00	362,67	13/10/2021	300,00	13/10/2021
14/10/2021	300,00	362,67	14/10/2021	300,00	14/10/2021
15/10/2021	300,00	362,67	15/10/2021	300,00	15/10/2021
16/10/2021	300,00	362,67	16/10/2021	300,00	16/10/2021
17/10/2021	300,00	362,67	17/10/2021	300,00	17/10/2021
18/10/2021	300,00	362,67	18/10/2021	300,00	18/10/2021
19/10/2021	300,00	362,67	19/10/2021	300,00	19/10/2021
20/10/2021	300,00	362,67	20/10/2021	300,00	20/10/2021
21/10/2021	300,00	362,67	21/10/2021	300,00	21/10/2021
22/10/2021	300,00	362,67	22/10/2021	300,00	22/10/2021
23/10/2021	300,00	362,67	23/10/2021	300,00	23/10/2021
24/10/2021	300,00	362,67	24/10/2021	300,00	24/10/2021
25/10/2021	300,00	362,67	25/10/2021	300,00	25/10/2021
26/10/2021	300,00	362,67	26/10/2021	300,00	26/10/2021
27/10/2021	300,00	362,67	27/10/2021	300,00	27/10/2021
28/10/2021	300,00	362,67	28/10/2021	300,00	28/10/2021
29/10/2021	300,00	362,67	29/10/2021	300,00	29/10/2021
30/10/2021	300,00	362,67	30/10/2021	300,00	30/10/2021
31/10/2021	300,00	362,67	31/10/2021	300,00	31/10/2021
01/11/2021	300,00	362,67	01/11/2021	300,00	01/11/2021
02/11/2021	300,00	362,67	02/11/2021	300,00	02/11/2021
03/11/2021	300,00	362,67	03/11/2021	300,00	03/11/2021
04/11/2021	300,00	362,67	04/11/2021	300,00	04/11/2021
05/11/2021	300,00	362,67	05/11/2021	300,00	05/11/2021
06/11/2021	300,00	362,67	06/11/2021	300,00	06/11/2021
07/11/2021	300,00	362,67	07/11/2021	300,00	07/11/2021
08/11/2021	300,00	362,67	08/11/2021	300,00	08/11/2021
09/11/2021	300,00	362,67	09/11/2021	300,00	09/11/2021
10/11/2021	300,00	362,67	10/11/2021	300,00	10/11/2021
11/11/2021	300,00	362,67	11/11/2021	300,00	11/11/2021
12/11/2021	300,00	362,67	12/11/2021	300,00	12/11/2021
13/11/2021	300,00	362,67	13/11/2021	300,00	13/11/2021
14/11/2021	300,00	362,67	14/11/2021	300,00	14/11/2021
15/11/2021	300,00	362,67	15/11/2021	300,00	15/11/2021
16/11/2021	300,00	362,67	16/11/2021	300,00	16/11/2021
17/11/2021	300,00	362,67	17/11/2021	300,00	17/11/2021
18/11/2021	300,00	362,67	18/11/2021	300,00	18/11/2021
19/11/2021	300,00	362,67	19/11/2021	300,00	19/11/2021
20/11/2021	300,00	362,67	20/11/2021	300,00	20/11/2021
21/11/2021	300,00	362,67	21/11/2021	300,00	21/11/2021
22/11/2021	300,00	362,67	22/11/2021	300,00	22/11/2021
23/11/2021	300,00	362,67	23/11/2021	300,00	23/11/2021
24/11/2021	300,00	362,67	24/11/2021	300,00	24/11/2021
25/11/2021	300,00	362,67	25/11/2021	300,00	25/11/2021
26/11/2021	300,00	362,67	26/11/2021	300,00	26/11/2021
27/11/2021	300,00	362,67	27/11/2021	300,00	27/11/2021
28/11/2021	300,00	362,67	28/11/2021	300,00	28/11/2021
29/11/2021	300,00	362,67	29/11/2021	300,00	29/11/2021
30/11/2021	300,00	362,67	30/11/2021	300,00	30/11/2021
31/11/2021	300,00	362,67	31/11/2021	300,00	31/11/2021
01/12/2021	300,00	362,67	01/12/2021	300,00	01/12/2021
02/12/2021	300,00	362,67	02/12/2021	300,00	02/12/2021
03/12/2021	300,00	362,67	03/12/2021	300,00	03/12/2021
04/12/2021	300,00	362,67	04/12/2021	300,00	04/12/2021
05/12/2021	300,00	362,67	05/12/2021	300,00	05/12/2021
06/12/2021	300,00	362,67	06/12/2021	300,00	06/12/2021
07/12/2021	300,00	362,67	07/12/2021	300,00	07/12/2021
08/12/2021	300,00	362,67	08/12/2021	300,00	08/12/2021
09/12/2021	300,00	362,67	09/12/2021	300,00	09/12/2021
10/12/2021	300,00	362,67	10/12/2021	300,00	10/12/2021
11/12/2021	300,00	362,67	11/12/2021	300,00	11/12/2021
12/12/2021	300,00	362,67	12/12/2021	300,00	12/12/2021
13/12/2021	300,00	362,67	13/12/2021	300,00	13/12/2021
14/12/2021	300,00	362,67	14/12/2021	300,00	14/12/2021
15/12/2021	300,00	362,67	15/12/2021	300,00	15/12/2021
16/12/2021	300,00	362,67	16/12/2021	300,00	16/12/2021
17/12/2021	300,00	362,67	17/12/2021	300,00	17/12/2021
18/12/2021	300,00	362,67	18/12/2021	300,00	18/12/2021
19/12/2021	300,00	362,67	19/12/2021	300,00	19/12/2021
20/12/2021	300,00	362,67	20/12/2021	300,00	20/12/2021
21/12/2021	300,00	362,67	21/12/2021	300,00	21/12/2021
22/12/2021	300,00	362,67	22/12/2021	300,00	22/12/2021
23/12/2021	300,00	362,67	23/12/2021	300,00	23/12/2021
24/12/2021	300,00	362,67	24/12/2021	300,00	24/12/2021
25/12/2021	300,00	362,67	25/12/2021	300,00	25/12/2021
26/12/2021	300,00	362,67	26/12/2021	300,00	26/12/2021
27/12/2021	300,00	362,67	27/12/2021	300,00	27/12/2021
28/12/2021	300,00	362,67	28/12/2021	300,00	28/12/2021
29/12/2021	300,00	362,67	29/12/2021	300,00	29/12/2021
30/12/2021	300,00	362,67	30/12/2021	300,00	30/12/2021
31/12/2021	300,00	362,67	31/12/2021	300,00	31/12/2021

CELPE - Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 52005-902  
 CNPJ 13.042.332/0001-09 | www.celpe.com.br

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização de Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Laura Guilherme Machado de Carvalho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324, 65, na qualidade de Produtor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vitor Domingos da Silva inscrito (a) no CPF sob o 136.038.994, 66

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Vitor Domingos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 136.038.994, 66, conforme determinação da Circular SUSEP nº 612/2020:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>arressoria.goiana@gmail.com</u>		CEP: <u>55900-000</u> DDD: <u>(81)9.8289-7962</u>

Local e Data: Goiana - PE 20.07.21

  
Assinatura do Declarante

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/11/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/11/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Vitor Domingos da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Trauma de face com ferimento na região mentual e lábio inferior. perda de elementos 12 e 14; fratura dento alveolar do 13; fratura mandíbula (parade posterior) e seio maxilar.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Sutura de ferimentos + odontossintese Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula e maxilar direito. fisioterapia motora.	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Dor, déficit de força e restrição de abertura oral limitando a função em 25% (vinte e cinco).
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/07/21 A 20/07/21 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Local: Goiânia PE DATA: 20/07/21. ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Aílson F. E. Vieira  
 Otorrinolaringologista  
 CRM-11689-SP  
 RQE-17306  
 SDO-12674



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VITOR DOMINGOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/00
NOME DA MÃE	LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.580
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.207.055
DATA DO ATENDIMENTO	29/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CID 10	S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, no terço inferior do lado direito. Ferimento corto-contuso em região mental e lábio inferior. Avulsão de elementos dentários 12 e 14, com fratura dento-alveolar envolvendo elemento 13. Presença de fratura de ângulo mandibular direito e esquerdo. Presença de fratura de parede posterior de seio maxilar direito. Internação para cirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
TC de face  
TC de torax  
RX de bacia  
RX de ombro direito  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula  
Fratura de maxilar direito

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Odontossíntese. Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula + osteossíntese de fratura de maxilar direito.


ALTA HOSPITALAR:	06/12/19
DATA DA EMISSÃO:	04/05/21

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> VITOR DOMINGOS DA SILVA		<b>Número Prontuário:</b> 119580	
<b>Data de Nascimento:</b> 17/04/2000	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 29/11/2019 18:06:59	<b>Data de Alta:</b> 06/12/2019 11:07:08
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> Paciente em 2 DPO de osteossíntese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscência ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resumo da Internação:</b> Paciente em 2 DPO de osteossíntese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscência ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resultado de Exames:</b> FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Tratamento:</b> OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Diagnóstico:</b> S02.6 - Fratura de mandíbula			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO. REPOUSO SEM ESFORÇO FÍSICO EM CASA. RETORNAR AO SERVIÇO PARA ACOMPANHAMENTO POS OPERATORIO.			

Data: 06/12/2019



CLARISSA BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
CRM: 2537 - PB





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

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU</b>	Nº Cons. Regional <b>3777/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 16:55:32</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE LIBERADO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES: CD: 1 INTERNAMENTO BMF, 2 PRESCRIÇÃO HOSPITALAR.

## DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: LÍQUIDA/ PASTOSA)

\*ELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

## CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

ELETROCARDIOGRAMA

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

## Conduta



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

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE 1207055	Data/Hora Entrada 29/11/2019 09:01:37	Data Baixa
Data de nascimento 17/04/2000	Idade 19a 7m 12d	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>			Telefone de Contato (83) 991652403
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINGORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	Prontuário
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação 29/11/2019 09:01:37		Data/Hora Prescrição 29/11/2019 15:38:27	Nº Cons. Regional 3777/PB

## ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NÃO SABE RELATAR SOBRE EPISÓDIOS DE DESMAIO, NEGA VOMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE, ALEGA VACINAÇÃO ATUALIZADA CONTRA TÉTANO. NO MOMENTO EM EGB, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR DE FACE DO LADO DIREITO, FCC EM REGIÃO MENTAL E LÁBIO INFERIOR, AVULSÃO DOS ELEMENTOS 12 E 14, COM FRATURA DENTOALVEOLAR ENVOLVENDO ELEMENTO 13. MOBILIDADE A PALPAÇÃO DE REGIÃO POSTERIOR DE MANDÍBULA DO LADO DIREITO. TC: APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE ÂNGULO MANDIBULAR DIREITO E PAREDE POSTERIOR DE SEIO MAXILAR, cd: 1 SUTURA + ODONTOSSINTESE 2 AGUARDO LIBERAÇÃO DA ORTOPEDIA PARA INTERNAMENTO PELA BMF

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU  
(: 3777/PB)



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

*BM + 1024*

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE 1207055	Data/Hora Entrada 29/11/2019 09:01:37	Data Baixa
Data de nascimento 17/04/2000	Idade 19a 7m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991652403
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional 12150/PB
Data/Hora Classificação 29/11/2019 09:01:37		Data/Hora Prescrição 29/11/2019 12:33:10	

**ANAMNESE**

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVE ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA. TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALÉRGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITÉTÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO → TC TÓRAX SEM HEMO/PNEUMOTÓRAX OU OUTRA CONDIÇÃO QUE INDIQUE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. FAST NEGATIVO. SEGUE EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, COM MELHORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. INFORMA VACINAÇÃO ANTITÉTÂNICA ATUALIZADA. ENCAMINHO À SALA DE SUTURA. ALTA DA CIRURGIA GERAL. AGUARDA BMF E ORTOPEDIA.

**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*Diego Arley Gomes da Silva*  
 09:12:30 - 29/11/2019  
 DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA  
 (CRM: 12150/PB)

Enfermeiro

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

Letim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09



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

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE RAMALHO DA SILVA NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>77703/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 11:38:54</b>	

## ANAMNESE

#### NEUROCIRURGIA ##### TCE LEVE JOVEM VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM USO DE CAPACETE, APRESENTA-SE COM BOM ESTADO GERAL, SEM RELATO DE CEFALEIA OU OUTROS COMEMORATIVOS. # CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORATIVO GLASGOW 15, ISOCÓRICO # TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL # - SEM LESÕES AGUDAS INTRACRANIANAS - # CONDUTA # ALTA DA NEUROCIRURGIA

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

  
JOSE RAMALHO DA SILVA NETO  
(CRM: 77703/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09





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

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO</b>	Nº Cons. Regional <b>2882/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 09:19:49</b>	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVÉ ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA. TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALERGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITETÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO

## MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

## MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

ULTRASSONOGRRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

SUTURA DE FERIMENTO

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Arley Gomes da Silva  
TÉCNICO  
Cruzeiro, 29/11/2019

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO  
(: 2882/PB)

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/11/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/11/2019
---------------------------------	--

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Vitor Domingos da Silva.

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:  
Trauma grave de face com ferimento no mento e lábio inferior; perda de Elementos dentários 12 e 14; fratura alveolar 13; fratura de mandíbula e Sinus Maxilar

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):  
Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula e maxila direita  
Sutura de ferimentos + odontossintese  
Fisioterapia Motora 20 sessões.

ALTA MÉDICA?  SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  SIM  NÃO  
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:  
 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º <u>Aggravamento do déficit com</u>
2º <u>piora do quadro doloroso e restrição</u>
3º <u>de abertura bucal e força de</u>
4º <u>mastigação. Limitando na queda</u>
5º <u>em 50% (Cinquenta).</u>

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/07/21 A 24/08/21 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS

Goriana LOCAL DATA 24/08/21

ASSINATURA E CARIMBO  
Dr. Wilson P. F. Vieira  
Ortopedia - Otorrinolaringologia  
CRM-PE 0913 (CRM-PE 17006)  
CBO 332110

Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>6d 16h 55min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>7d 2h</b>	Permanência no Leito: <b>2d 20h 28min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 06/12/2019 11:01:23)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Paciente em 2 DPO de osteossíntese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE.

Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscência ou infecção.

CD.

1- Orientações

2- Prescrição para casa

3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537



Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>5d 19h 31min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>6d 4h 36min</b>		Permanência no Leito: <b>1d 23h 4min</b>

EVOLUÇÃO: HIDRATAR PELE APÓS BANHO (10 - 22)

#### DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

#### DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO: REGISTRAR FÁCEIS DE DOR (ATENÇÃO), REGISTRAR CARACTERÍSTICAS E INTENSIDADE DA DOR (ATENÇÃO)

#### INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: INFORMAR O PACIENTE SOBRE OS PROCEDIMENTOS ANTES DE EFETUÁ-LOS (CIENTE)

#### NÁUSEA E VÔMITO

EVOLUÇÃO: ATENTAR E COMUNICAR QUEIXAS (CIENTE)

#### PADRÃO ALIMENTAR

EVOLUÇÃO: ELEVAR CABECEIRA DE 60° A 90° DURANTE AS REFEIÇÕES E MANTÊ-LA 30 MIN APÓS O TÉRMINO

#### RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

#### PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

EVOLUÇÃO: ORIENTAR E ESTIMULAR INGESTA LIQUIDA, SALVO SE HOUVER RESTRIÇÃO HÍDRICA (CIENTE)

#### PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

#### RISCO DE QUEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LEITO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

#### RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)



Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 001  
 Profissional responsável pela informação: LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO

Número Conselho: 574274

### DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO - 05/12/2019 13:37:31)

#### AVALIAÇÃO INICIAL

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

#### SISTEMA NEUROLÓGICO

DIAGNÓSTICO: ANSIEDADE (CHORO, ANGÚSTIA, MEDO, NEGAÇÃO), RISCO DE QUEDA (AGITAÇÃO, DESORIENTAÇÃO)



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VITOR DOMINGOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/00
NOME DA MÃE	LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.580
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.207.055
DATA DO ATENDIMENTO	29/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CID 10	S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, no terço inferior do lado direito. Ferimento corto-contuso em região mental e lábio inferior. Avulsão de elementos dentários 12 e 14, com fratura dento-alveolar envolvendo elemento 13. Presença de fratura de ângulo mandibular direito e esquerdo. Presença de fratura de parede posterior de seio maxilar direito. Internação para cirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
TC de face  
TC de torax  
RX de bacia  
RX de ombro direito  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula  
Fratura de maxilar direito

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Odontossíntese. Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula + osteossíntese de fratura de maxilar direito.


ALTA HOSPITALAR: 06/12/19  
DATA DA EMISSÃO: 04/05/21

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

Documento de Alta

<b>Nome:</b> VITOR DOMINGOS DA SILVA		<b>Número Prontuário:</b> 119580	
<b>Data de Nascimento:</b> 17/04/2000	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 29/11/2019 18:06:59	<b>Data de Alta:</b> 06/12/2019 11:07:08
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> Paciente em 2 DPO de osteossintese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscencia ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resumo da Internação:</b> Paciente em 2 DPO de osteossintese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscencia ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resultado de Exames:</b> FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Tratamento:</b> OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E OSTEOSSINTESE DE FRATURA DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Diagnóstico:</b> S02.6 - Fratura de mandíbula			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO. REPOUSO SEM ESFORÇO FÍSICO EM CASA. RETORNAR AO SERVIÇO PARA ACOMPANHAMENTO POS OPERATORIO.			

Data: 06/12/2019

  
CLARISSA BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
CRM: 2537 - PB

Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>5d 19h 31min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>6d 4h 36min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 23h 4min</b>	

EVOLUÇÃO: HIDRATAR PELE APÓS BANHO (10 - 22)

#### DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

#### DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO: REGISTRAR FÁCEIS DE DOR (ATENÇÃO), REGISTRAR CARACTERÍSTICAS E INTENSIDADE DA DOR (ATENÇÃO)

#### INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: INFORMAR O PACIENTE SOBRE OS PROCEDIMENTOS ANTES DE EFETUA-LOS (CIENTE)

#### NÁUSEA E VÔMITO

EVOLUÇÃO: ATENTAR E COMUNICAR QUEIXAS (CIENTE)

#### PADRÃO ALIMENTAR

EVOLUÇÃO: ELEVAR CABECEIRA DE 60° A 90° DURANTE AS REFEIÇÕES E MANTÊ-LA 30 MIN APÓS O TÉRMINO

#### RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

#### PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

EVOLUÇÃO: ORIENTAR E ESTIMULAR INGESTA LIQUIDA, SALVO SE HOUVER RESTRIÇÃO HÍDRICA (CIENTE)

#### PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

#### RISCO DE QUEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LEITO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

#### RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPISIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 001  
 Profissional responsável pela informação: LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO

Número Conselho: 574274

### DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO - 05/12/2019 13:37:31)

#### AVALIAÇÃO INICIAL

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

#### SISTEMA NEUROLÓGICO

DIAGNÓSTICO: ANSIEDADE (CHORO, ANGÚSTIA, MEDO, NEGAÇÃO), RISCO DE QUEDA (AGITAÇÃO, DESORIENTAÇÃO)





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód.

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - Cód.

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 - ex. BMF 2.4 (long) 02. Ruvafunes 1.5/1.5 monofásico estante - long  
 01 - ex. BMF 1.5/2.0 (long) 04. " 3.3/5.0 emergência (descartado) - long  
 01 - concreto grosso - Hap-91 01. " 2.3/3.0 " - long  
 01 - ex. BMF 2.4 - Bem med 03. placa neta SF 2.0 - Bem med  
 03. Ruvafunes 2.4/1.2 mm autabsorventes (standard) - Bem med 04. mini placa 1.5 L direita com interbloco - long  
 03. " 2.4/1.0 " (ol descartado) - long 05. mini placa 2.0 - long  
 03. " 1.5/1.0 mm " - long  
 03. " 1.5/1.1 mm " - long

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

**HAP-91®**  
 Hidroaponto Porosa Absorvível / Porous Absorbable Hydroapatite  
 Evicta Óssea Absorvível

Apresentação: 5,0cc - 10 mesh  
 TYPE  
**LOT** HA19016-1M

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 PATIENT  
 NOME OU PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 SOCIAL SECURITY NUMBER  
 DATA DA CIRURGIJA: \_\_\_\_\_  
 DAY OF SURGERY  
 CNPJ CLIENTE: \_\_\_\_\_  
 CLIENT ID  
**ESTÉRIL EM: 2019-09** **2021-09**  
 STERILE IN

IFC/MVDA Nº 00014415793 (30/11/98)  
 Registro ANVISA nº 10105730001  
 CIP 71.01031/0001-81

**STERILE EO**

Dr. Renato  
 Cirurgia Bucal e Maxilofaríngea  
 CRO-PB 45

*Handwritten note:*  
Dra. Renata Moura  
Cirurgia Bucocomaxilar



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: VITOR DOMINGOS DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1207055  
IDADE: 19 SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 04.12.19  
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE COMPLEXA DE MANDÍBULA E MAXILA  
CIRURGIÃO: DRA RENATA DANTAS 1º ASS: DR RODOLFO TORRES  
2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR TIERRES  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 8:00 TÉRMINO: 11:30H

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA	
FRATURA DE MAXILA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE COMPLEXA DE MANDÍBULA	
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE MAXILA	

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

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:  
 ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
 RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 04.12.19

*Handwritten signature:*  
Dra. Renata Moura Xavier  
Cirurgia Bucocomaxilar  
CRM: \_\_\_\_\_



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

*Bat / JAS*

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE 1207055	Data/Hora Entrada 29/11/2019 09:01:37	Data Baixa
Data de nascimento 17/04/2000	Idade 19a 7m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991652403
Mãe LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO		CNS	Prontuário
Endereço JOSE FELIX DANTAS, 137	Bairro PINDORAMA	Município CAAPORA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	Nº Cons. Regional 12150/PB
Data/Hora Classificação 29/11/2019 09:01:37		Data/Hora Prescrição 29/11/2019 12:33:10	

**ANAMNESE**

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVE ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA, TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALÉRGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITETÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO → TC TÓRAX SEM HEMO/PNEUMOTÓRAX OU OUTRA CONDIÇÃO QUE INDIQUE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. FAST NEGATIVO. SEGUE EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, COM MELHORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. INFORMA VACINAÇÃO ANTITETÂNICA ATUALIZADA. ENCAMINHO À SALA DE SUTURA. ALTA DA CIRURGIA GERAL. AGUARDA BMF E ORTOPEDIA.

**Conduta**

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*OSIEL RODRIGUES  
DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA  
ENFERMEIRO*

Enfermeiro

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

Atendimento registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE RAMALHO DA SILVA NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>77703/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 11:38:54</b>	


### ANAMNESE

#### NEUROCIRURGIA #### TCE LEVE JOVEM VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, SEM USO DE CAPACETE, APRESENTA-SE COM BOM ESTADO GERAL, SEM RELATO DE CEFALÉIA OU OUTROS COMEMORATIVOS. # CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORATIVO GLASGOW 15, ISOCÓRICO # TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL # - SEM LESÕES AGUDAS INTRACRANIANAS - # CONDUTA # ALTA DA NEUROCIRURGIA

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

  
JOSE RAMALHO DA SILVA NETO  
(CRM: 77703/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09





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

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO</b>	Nº Cons. Regional <b>2882/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 09:19:49</b>	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDÔME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVÉ ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA. TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALERGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDANDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITETÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO

## MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

## MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
ULTRASSONOGRÁFIA - FAST  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO  
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA  
SUTURA DE FERIMENTO

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Arley Gomes da Silva  
MÉDICO  
Craus-16/2015

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO  
(: 2882/PB)



Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>2d 16h 11min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>3d 1h 16min</b>	Permanência no Leito: <b>2d 16h 2min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 02/12/2019 09:45:41)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE em 3º DIH, CURSANDO COM FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E DENTO ALVEOLAR SUPERIOR D. EVOLUI BEG e LOTE, EUPNEICO, DEAMBULANDO COM DIFICULDADE, ACIANÓTICO, AFEBRIL, ANICTÉRICO, AFEBRIL AO TOQUE, ACEITANDO DIETA VO, NECESSIDADES FISIOLÓGICAS EM NORMALIDADE. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM HEMIFACE D COMPATÍVEL COM QUADRO, SUTURAS INTRA E EXTRAORAIS EM POSIÇÃO E SEM SINAL DE INFECÇÃO E OU DEISCÊNCIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, DISTOPIA OCLUSAL, ODONTOSSÍNTESE EM POSIÇÃO EM MAXILA D, COM MOBILIDADE À PALPAÇÃO E HIGIENE ORAL REGULAR. CD: 1) EXAME CLÍNICO 2) PRESCRIÇÃO 3) AGUARDA REGRESSÃO DE EDEMA PARA PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 012  
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537



## PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Vitor Domingos da Silva  
RG/CNH/CTPS: 4.418.473  
CPF: 136.038.994-66  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: solteiro  
End: lot. nova Constituinte, 100, cidade nova, Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE  
CPF: 083.562.324-65  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Casado  
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 53900-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Vitor Domingos da Silva.

ACIDENTE: 29.11.19  
COBERTURA: Inteiro

Goiana - PE, 20 de julho de 2021.

Vitor Domingos da Silva  
Assinatura por Autenticidade

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149184/21

**Número do Sinistro:** 3210191163

**Vítima:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**CPF:** 136.038.994-66

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 29/11/2019

**Titular do CPF:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

**VITOR DOMINGOS DA SILVA : 136.038.994-66**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/08/2021

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2021

Nome: Jose Soares da Silva Filho

CPF: 194.764.344-49

\_\_\_\_\_  
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

\_\_\_\_\_  
Jose Soares da Silva Filho