



Número: **0800691-32.2022.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **11/01/2022**

Valor da causa: **R\$ 11.367,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSIL GOMES DE SOUZA (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53717 252	28/01/2022 11:05	2851589_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200410406

Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA

Data do Acidente: 02/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSIL GOMES DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ROSil GOMES DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001911**

Conta: **0000012669-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01673/01674 - carta_15R - INVALIDEZ

00010837



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSIL GOMES DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000012669-9

Nr. da Autenticação DF74C9696DE41642



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200410406 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/08/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL.
FRATURA EM OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 2/14/15 _CIRURGIA

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 918.344.907 82 4 - Nome completo da vítima: Ronil Gomes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2013

5 - Nome completo: Ronil Gomes de Souza 6 - CPF: 918.344.907

7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: R. José Rodrigues Moura 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: PE 14 - CEP: 58305-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 83-9992-9293

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (257) Itaú (261) Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) 013

AGÊNCIA: 1511 CONTA: 12669 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou 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(s) nascidos? 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 - Imprimir aqui o nome completo, o número do CPF e a assinatura da vítima ou do representante legal. 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____ 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____ 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____ 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____ 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, _____ 11-11-2020 41 - Assinatura da vítima ou do representante legal: Ronil Gomes de Souza 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FP5.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07025.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07025.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:41 horas do dia 10 de novembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Rosil Gomes de Souza**, CPF nº 918.344.907-82, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Laura Enequina da Conceição e Manoel Gomes de Souza, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 06/07/1963 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Rodrigues de Moura, Nº 26, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua do Comércio, Xx, Lagoa de Dentro/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/08/20 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/08/2020, POR VOLTA DAS 07:00, ESTAVA ATRAVESSANDO A RUA DO COMERCIO, CENTRO, LAGOA DE DENTRO/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA; QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ANTONIO F. S. NETO.

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

João Pessoa/PB, 10 de novembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ROSIL GOMES DE SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 07025.01.2020.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 918.344.907 82 4 - Nome completo da vítima: Ronil Gomes de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZENDA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2013

5 - Nome completo: Ronil Gomes de Souza 6 - CPF: 918.344.907

7 - Profissão: Advogado 8 - Endereço: R. José Rodrigues Moura 9 - Número: 26 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bayeux 13 - Estado: RN 14 - CEP: 58305-000

15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): 83-9992-9293

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECURSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (BSP) Itaú (Ita) Banco do Brasil (BBS) Caixa Econômica Federal (CE) 013

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0511 CONTA: 12669 03 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 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(s) nascidos? 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 - Imprimir o nome completo, número de identificação e assinatura do requerente. 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido. 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido. 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido. 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha. 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha.

40 - Local e Data: Bayeux, RN 11-11-2020 41 - Assinatura da vítima: Ronil Gomes de Souza 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



EDUARDO GOMES DE SOUZA
 RUA JOSÉ RODRIGUES MOURA, 26 - CENTRO
 BAYEUX / PB CEP: 59305000 (AG. 1)



Ligação: MONOFÁSICO
 Cis/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Roteiro: 8-8-181-420 Referência: Dez / 2019
 Medidor: 00001298394 Emissão: 16/12/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 BR200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-800
 CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 095.791.792
 Cód. para Deb. Automático: 00011457074

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2019	16/12/2019	15/01/2020	083.820.634-46 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1145707-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
 Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
 informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
 Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso: podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/11/19	8642	16/12/19	8740	:	98	32

Demonstrativo							
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atual	ICMS (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Outros (R\$)
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Fio/Cefiro (R\$) (1,0546%)	(4,8589%)
-		98,000	0,739430	77,36	77,36	0,81	3,75
-				2,95	2,95	0,03	0,14
-						0,05	0,05





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ROSIL GOMES DE SOUZA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 57 A	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: Ortopedia	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 02/08/2020		DATA DE ALTA: 05/08/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço ESQUERDO</i>					CID S52
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de antebraço ESQUERDO foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB, AINE E ANALGÉSICO

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **07** dias para revisão. (DR. YURI)

Assisio F. S. Neto
Médico
CRM - PB - 13.125

05/08/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ROSIL GOMES DE SOUZA
DADOS DE NASCIMENTO 06/07/63
NOME DA MÃE LAURA ENEDINA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.249.252
Nº PRONTUARIO
DATA DO ATENDIMENTO 02/08/2020
HORA DO ATENDIMENTO 10:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA CABEÇA (FACE) + FRATURAS MÚLTIPLAS DO ANTEBRAÇO E
CID 10 S 01.7 + S 52.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento em cláçada da sua residência, há cerca de 30 minutos, trazido pelo SAMU, apresentando referir dor em antebraço E + deformidade e edema difuso na face + dor na língua com ferimento corto-contuso e também na região frontal, periorbital e lábio superior, além de sinais de epistaxe. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
RX do tórax - AP
RX do antebraço E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura múltiplas do antebraço E ao RX. Sem alteração à TC da face. Sem resultado da outra TC, USG e do outro RX. Realizado atendimento, suturas, medicação, imobilização e encaminhado ao Ortopedia para tratamento cirúrgico aos cuidados da Ortopedia conforme pactuação. Tratamento das outras lesões aos cuidados da BucoMaxiloFacial, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 02/08/20
DATA DE EMISSÃO: 08/10/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



12/08/2020

- TiMed



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



Serviço Público
PARAIBA
Governador do Estado

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

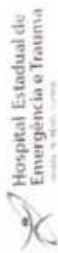
Boletim de Atendimento: 1249252



Identificação do paciente			
ID 1523117	Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	Estado civil	Religião
Data de nascimento 06/07/1953	Idade 57 anos 27 dias		Sexo Masculino
Mãe LAURA ENEDINA DA CONCEICAO			Prontuário
Escolaridade		Pai MANOEL GOMES DE SOUZA	
		Responsável (Parentesco) EDUARDO GOMES DE SOUZA - FILHO(A)	
DDD Celular 83	Celular 987987696	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 905904	Nº Cns 702603636177366	
Local de procedência LAGOA DE DENTRO		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade LAGOA DE DENTRO		CBQIR
Endereço			
CEP 58250970	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro DO COMERCIO, 584
Número 160	Complemento		Bairro CENTRO
Admissão			
Data e Hora 02/08/2020 10:42:52	Número da pulseira 1000008784017		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO		Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou SAMU	
Sinais Vitais			
PA	X	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
<p><i>paciente vitinha de atropelamento, refere dor em antebraço (E). Apresenta contusão em região frontal. segue p/ exames no EPS.</i></p>			
Diagnóstico			CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			Tempo 01seg

Imprimir





Receituário

Idade: 57

BAE: 1249252

CPF: Não Informado

Sexo: Masculino

Paciente: ROSIL GOMES DE SOUZA

Data: 02/08/2020 13:36:46

ORIENTAÇÕES:

- 1- LAVAR OS FERIMENTOS COM ÁGUA CORRENTE E SABÃO NEUTRO DIARIAMENTE
- 2- EVITAR EXPOSIÇÃO SOLAR. USE PROTETOR SOLAR E CHAPÉU
- 3- COMPRESSA GELADA EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS NAS PRIMEIRAS 48H
- 4- COMPRESSA MORNAL EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS A PARTIR DO TERCEIRO DIA SE DOR, HEMATOMA OU EDEMA
- 5- REMOVER A SUTURA DA PELE NO POSTO DE SAÚDE APOS 10 DIAS

André Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Geral - Mão e Pé
CRM 3040/PB

Dr. ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LUNA
3040/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Receituário

Idade: 57

BAE: 1249252

CPF: Não Informado

Sexo: Masculino

Paciente: ROSIL GOMES DE SOUZA

Data: 02/08/2020 13:36:46

ORIENTAÇÕES:

- 1- LAVAR OS FERIMENTOS COM ÁGUA CORRENTE E SABÃO NEUTRO DIARIAMENTE
- 2- EVITAR EXPOSIÇÃO SOLAR. USE PROTETOR SOLAR E CHAPÉU
- 3- COMPRESSA GELADA EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS NAS PRIMEIRAS 48H
- 4- COMPRESSA MORNAL EM FACE PROTEGIDA POR 20 MINUTOS A CADA 6 HORAS A PARTIR DO TERCEIRO DIA SE DOR, HEMATOMA OU EDEMA
- 5- REMOVER A SUTURA DA PELE NO POSTO DE SAÚDE APOS 10 DIAS

André Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Geral - Mão e Pé
CRM 3040/PB

Dr. ANDRÉ GUSTAVO BARBOSA LUNA
3040/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593742

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ROSIL GOMES DE SOUZA	1249252	02/08/2020 10:42:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
06/07/1963	57a 27d	Masculino	702903636177366
Mãe			
LAURA ENEDINA DA CONCEICAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
DO COMERCIO, 584, 160	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO	13004/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/08/2020 10:42:52		02/08/2020 10:55:00	

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL- PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS. NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC), E APRESENTA FCC EM REGIAO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS. AO EXAME, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO, AAA. A: VIAS AEREAS PERVIAS, SEM CERVICALGIA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO. C: NORMOCARDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. PELVE ESTAVEL, D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. E: SEM ESCORIAÇÕES. ADM PRESEVADA, FCC EM LINGUA E REGIAO FRONTAL CONDUTA - AVALIAÇÃO DA NCR - TC DE CRANIO - AVALIAÇÃO DA BMF - TC DE FACE - RX DE TORAX E USG FAST - RX DE ANTEBRACO ESQ - PARECER DA ORTO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA DE FACE)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
ULTRASSONOGRRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 2 INCIDENCIAS)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Alinne Mirliana S. de Araújo
Médica Residente Cirurgia Geral
CRM/PB 13004

ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO
(CRM: 13004/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/08/2020 10:42:53





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



Seus direitos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ROSIL GOMES DE SOUZA	1249252	02/08/2020 10:42:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
06/07/1963	57a 27d	Masculino	(83) 987987696
Mãe		CNS	Prontuário
LAURA ENEDINA DA CONCEICAO		702803636177366	
Endereço	Bairro	Município	UF
DO COMÉRCIO, 584, 160	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	3040/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/06/2020 10:42:52		02/08/2020 13:37:45	

ANAMNESE

#BMF# PACIENTE RELATA TER SIDO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HÁ CERCA DE 7 HORAS; NEGA VÔMITO, DESMAIO, DOENÇAS DE BASE E ALÉRGICAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO EM BEM, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM MACA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA DIFUSO EM FACE, FCC EM REGIÃO FRONTAL, PERIORBITAL E LÁBIO SUPERIOR, SINAIS DE EPSTAXE SEM SANGRAMENTO ATIVO, MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, CAVIDADES NASAIS PÉRVIAS, BOA ABERTURA BUCAL. TC: SEM SINAIS DE FRATURA. CD: 1. AVALIAÇÃO; 2. SUTURA; 3. PRESCRIÇÃO; 4. ORIENTAÇÕES; 5. ALTA BMF, AOS CUIDADOS DA NCR E ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação


Andre Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO 3040/PB

Enfermeiro

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/08/2020 10:42:53



NOK



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Teled: 333071208

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - PB, 53031000
Tel: 32105700 - CNES: 2293202



Paciente ROSIL GOMES DE SOUZA	BAE 1249252	Data/Hora Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Sinea
Data de nascimento 06/07/1963	Idade 57a 27d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987987696
Mãe LAURA ENEDINA DA CONCEICAO			Profissional
E-gerente DO COMÉRCIO, 584, 160	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidentes MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULTREAU	Nº Cons. Regional 9301/PB
Data/Hora Classificação 02/08/2020 10:42:52		Data/Hora Prescrição 02/08/2020 13:30:50	

ANAMNESE

CRT ORELHA # # DOR EM ANTEBRAÇO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRÂNSITO # RX COM FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ # TALA AXILOPALMAR # AGUARDO CONDLTA DA NEURO PARA ENCAMINHAMENTO: P/ ORTOTRAUMA DE MANGUEIRA

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR. (OBSERVAÇÕES:: ESQ)

CID10

S51.8 - Ferimento do antebraço, parte não especificado

Conduta

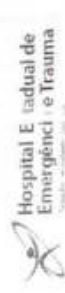
Em observação

Enfermeiro

Dr. Frederico Boultrau
Assinado eletronicamente por
CRM-78490
CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOULTREAU
(CRM: 9301/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARÇAL em 02/08/2020 10:42:53





Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sionador Humberto Lucena - Av. Orestes Liebosa, SIN Conj. Pedro
Condin João Pessoa - Paraíba - Cx. 59031-090

Paciente
ROSSI GOMES DE SOUZA

Nº Cartão de SUS
7026363617386

BE
1249252

Endereço do Paciente
Rua DO COMERCIO, 984, 190, LAGOA DE DENTRO-PB-50250970

Receituário de Controle Especial

Unidade de Saúde
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sionador Humberto Lucena - Av. Orestes Liebosa, SIN Conj. Pedro
Condin João Pessoa - Paraíba - Cx. 59031-090

Paciente
ROSSI GOMES DE SOUZA

Nº Cartão de SUS
7026363617386

BE
1249252

Endereço do Paciente
Rua DO COMERCIO, 984, 190, LAGOA DE DENTRO-PB-50250970

USO INTERNO

1 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 CAPSULAS
TOMAR 01 CAPSULA DE 600H DIU ANTE 07 DIAS.

2 - NIMESULIDA 100MG ----- 10 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 1201 H DURANTE 05 DIAS.

3 - DIFERONA 500MG ----- 1 CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 600H EM CASO DE DOR.

02/08/2020
Data

Dr. ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
3046/PB

Ateli Clínica Serviços Lupa
Cirurgia Geral - Aberto-Fiscal
CNPJ 3040 PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome completo:		Nome completo:	
Identidade:		Identidade:	
Org. Emissor:		Org. Emissor:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:	UF:	Cidade:	UF:
Telefone:		Telefone:	
		Ass. Farmacêutico	Data

USO INTERNO

1 - CEFALEXINA 500MG ----- 28 CAPSULAS
TOMAR 01 CAPSULA DE 600H DURANTE 07 DIAS.

2 - NIMESULIDA 100MG ----- 10 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 1201H DURANTE 05 DIAS.

3 - DIFERONA 500MG ----- 1 CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 600H EM CASO DE DOR.

02/08/2020
Data

Dr. ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
3046/PB

Ateli Clínica Serviços Lupa
Cirurgia Geral - Aberto-Fiscal
CNPJ 3040 PB

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome completo:		Nome completo:	
Identidade:		Identidade:	
Org. Emissor:		Org. Emissor:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:	UF:	Cidade:	UF:
Telefone:		Telefone:	
		Ass. Farmacêutico	Data





Parecer Médico

Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	Idade 57A 27D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1249252	Data de Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clínica CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade 12min
		Permanência no Leito

Parecer médico	
Especialidade ORTOPEDIA	Profissional
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 02/08/2020 10:54:27
<p>PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS. NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC), E APRESENTA FCC EM REGIÃO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS.</p>	
Parecer	Data de Resposta:

Dr. Alaine Marcondes de Araújo
Médica Residente Cirurgia Geral
CRM/PB 33074





Parecer Médico

Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	Idade 57A 27D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1249252	Data de Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade 12min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS. NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC) E APRESENTA FCC EM REGIÃO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS.	Data da Solicitação: 02/08/2020 10:54:11
Parecer	Data de Resposta:

Dr. Alinae Miraniam S. de Araújo
Médica Residente Cirurgia Geral
CRM/PA 12084



Parecer Médico

Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	Idade 57A 27D	Prontuário Permanência na Unidade 12min
Boletim de Atendimento 1249252	Data de Entrada 02/08/2020 10:42:52	Data Internação Permanência no Leito
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL

Parecer médico	Profissional
Especialidade BUCOMAXILOFACIAL	
Motivo da solicitação PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, COM PROTOCOLO DE TRAUMA, COM RELATO DE ATROPELAMENTO EM CALÇADA DA SUA RESIDENCIA, HA CERCA DE 30MIN. NEGA DOR ABDOMINAL, DOR TORACICA, NAUSESA E VÔMITOS, NO MOMENTO, REFERINDO DOR EM ANTEBRACO ESQUERDO (O QUAL APRESENTA DEFORMIDADE) E DOR EM LINGUA (ONDE APRESENTA FCC), E APRESENTA FCC EM REGIÃO FRONTAL. MOVIMENTOS DOS MMII PRESERVADOS.	Data da Solicitação: 02/08/2020 10:54:45
Parecer	Data de Resposta:

Dr. Alisson Moreira S. de Araújo
Médico Assistente em Cirurgia Bucal



ARLUI
TERMINADA



Hospital Estábulo de
Tala Axiló Palmar

Hº: _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome ROSIL GOMES DE SOUZA	CNS 702803036177366	Idioma
Data de Nascimento 06/07/1963	Bolelim Emergencia 1249257	Prontuario
Material a examinar		
Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO		
Data Prescrição: 02/08/2020 13:30:50		

PROCEDIMENTO
TALA AXILO PALMAR
(ESQ)

Reimpresso por: _____
dia: _____

Dr. Euzébio de Jesus
C.R.M. nº 38.300

Assinatura e Carimbo do Profissional



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGUEIRA GOV. TARCISIO BURNIY
R. A: AGENTE FISCAL JOSE COSTA QUARTE 5/N
50056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX: () - CNPJ: _____
Atd: Sao Regulado

Ficha Nri 332761
Data: 02/08/2020
Hora: 17:13:17
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clínica: ONTOPEDEIA
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuário: 2020.08-000160

DADOS DO PACIENTE
Nome: ROSIL GOMES DE SOUZA
Nome Social: NAO INFORMADO CFF:
CNS: 7028036377366 Sexo: M IDENTIDADE: 955904 Fone: 987987696
Maturazi: LAGOA DE DENTRO/PB Data Nasc.: 06/07/1963 Id: 57 ano(s)
End.: RUA DO COMERCIO, 584
Bairro: CENTRO Cód. de LAGOA DE DENTRO UF: PB
Mãe: LAURA KNEIDINA DA CONCEICAO Pai: MARCEL GOMES DE SOUZA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: AUTONOMO Escolaridade: SEM INSTRUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ROSIL GOMES DE SOUZA
Te: c. Responsavel: 987987696 / IDENTIDADE: 905904
Precedência: HOSPITAL DE TRAUMA
Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vítima de acidente por: ATROPELAMENTO
Vítima de violência por: NAO
 Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
PRE-CONSULTA
Tipo de Classificacão de Risco:
PA: Aparentemente Bem Grave
FR: Politraumatizado Convulsão
TP: Hemorragia Dispneia
Peso: Diarreia Agitado
Glicemia: Regular Chocado
Circ. Abd: Vômito Observacao

Quemiza Principal
Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)
chama no ambulatório e no 136 -
sem sinais vitais

Diagnostico
Ex. em 10 cur.
Conduta

Prescricao
as. ms. p/ 100
ambipos
Horario da medicacao

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 100000





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Rozil Gomes de Souza</i>		Registro:	
Idade: <i>57a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>010</i>
Data: <i>07/08/2022</i>		EMP:	LR:
Cirurgião: <i>Dr. Romulo</i>		1º Assistente: <i>Jur</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<i>fx de osso de</i> <i>mandíbula (B)</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<i>RAFI</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Prepare:

Vol. em DTH rot. Bloq.
Assépsia + Antissepsia
Tubo de campo estereis
Garcote em US

Incisão:

Ps dos ossos de antebraço

Achados:

Conduta:

Redução aberta + aproximação
com placa DCP 7 furos
em rádio, com 3 parafusos prox
e 3 parafusos distais

Fr de ulna reduzida aberta
e posicionada placa DCP 6 furos
com 2 parafusos distais e 2 proximais

Fechamento:

garcote em US
Sutura por plano
Revidho + talã + Relaxado

OBS:

garcote em US

Data

24.08.2020

Dr. Valdeban Carvalho Jr
CRM PE - 19908
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: / /

Nome: Paulo A. de Souza
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /

QPD: Ex dos exames anteriores

HDA: NUP

Medicações em uso: Ins. r/ 10 ungs

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso Kg em Prurido Sudorese
 Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
 Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
 Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
 Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposu Deformidades
 Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSO: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
 Amnésia Libido Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *dx osses do antebraço*

Conduta: *mt. p do antebraço*

Dr. Jacara Fernando Florentino
Ortopedia-traumatologia
CRM 8807

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





VANDA EM TODO O TERRETO DO NASCIMENTO

905.904-29 Via

POSTAL GOMES DE SOUZA

19-04-1993

Manoel Gomes de Souza

Laura Medina da Conceição

Lagoa de Dentro-PB.

06-07-1963

DATA DE NASCIMENTO

Cert. de Cas. Com Averb. de Divorcio.
Nº 2010, Fls. 47-V-III, L-B-7-Cert. de
Kinesto Geisel João Pessoa-PB.

Manoel Gomes de Souza
Município de Lagoa de Dentro

LEI Nº 116 DE 29/04/83



NASCIMENTO

07.06.63

CONTRIBUINTE

RECEITA GCMES DE 2012

INSCRIÇÃO NO CPF

418 344 907 82

Suelio Moreira Torres
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200410406 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA **Data do acidente:** 02/08/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL.
FRATURA EM OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 2/14/15 _CIRURGIA

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0325786/20

Vítima: ROSIL GOMES DE SOUZA

CPF: 918.344.907-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSIL GOMES DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSil GOMES DE SOUZA : 918.344.907-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/11/2020
Nome: ROSIL GOMES DE SOUZA
CPF: 918.344.907-82

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2020
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

ROSil GOMES DE SOUZA

JOSIVAN GOMES DA SILVA

