



Número: **0801155-42.2021.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **13/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.100,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75585 124	04/07/2023 09:57	Petição	Petição
75585 126	04/07/2023 09:57	2884240_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
75585 127	04/07/2023 09:57	2884240_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANES	
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 010442894063		EXERCÍCIO 2013	
CDD RENAVAM 1 935975568		RNTLC	
LUCIVALDO VALDO BATISTA DE LIRA			
ITAPETIM-PE		0	
PLACA ANT/UF 111.192.884-36		PLACA RJM3938	
CHASSI 9C2EC085048034082		CONSISTIVO	
ESPECIE TIPO		MARCA/MODELO	
HONDA/CG 150 TITAN ES		ANO FAB 2004	
CAP/POT/CL 28/149CV		CATEGORIA 2004	
COR PREDOMINANTE VERMELHA		VENO/COTAS 1º	
COTA ÚNICA		PARCELAMENTO/COTAS 2º	
IPVA 2013 QUITA		3º	
FAIXA LVA		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
PRÊMIO TAREFA (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEGURO PAGO		OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA			
ITAPETIM		DATA 27/06/19	
Marina de Estima Benarra E. Costa		Diretor Presidente DTEAM/PR	

PE Nº 010442894063		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO 2013		PLACA RJM3938	
LUCIVALDO VALDO BATISTA DE LIRA		0	
ITAPETIM-PE		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
PLACA ANT/UF 111.192.884-36		EXERCÍCIO 2013	
CHASSI 9C2EC085048034082		DATA EMISSÃO 27/06/12	
ESPECIE TIPO		MARCA/MODELO	
HONDA/CG 150 TITAN ES		PLACA RJM3938	
CAP/POT/CL 28/149CV		CHASSI 9C2EC085048034082	
PRÊMIO TARIÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
PRÊMIO (R\$)		DEVOLUÇÃO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		COT. (R\$)	
SEGURO PAGO		TOTAL EM REGRAS SEGURO (R\$)	
COTA ÚNICA		DATA DE QUITAÇÃO	
PARCELADO		COTA ÚNICA	

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.408/0001-04
DISTRIBUIÇÃO E GERALDO O BILHETE DPVAT.
OBS: NAO E DE FORTE OBRIGATORIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210156397 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/12/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA MAXILAR + FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO + MARGEM INFRA ORBITAL + FRATURA FRONTOZIGOMÁTICA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PATELA -OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E FACE PLACAS+. ALTA MÉDICA. p9

Sequelas permanentes: LESÃO DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 LESÃO DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS EM GRAU LEVE E DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210156397 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/12/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126104/21

Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

CPF: 112.692.114-98

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 24/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA : 112.692.114-98

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: 26/05/2021
Nome: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA
CPF: 112.692.114-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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, 11 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210156397

Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 000832027655-0

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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐ DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0126109/21112.692.114-98

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 441/2012

5 - Nome completo:

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

6 - CPF:

112.692.114-98

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SÍTIO TANQUE REDONDO

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BARAUNA

13 - Estado:

PARAIBA

14 - CEP:

58188-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83-99829-8855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 em anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Citi (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0916

(informar o dígito se existir)

CONTA:

832.027.655

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE VÍTIMAS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro☐ Casado (ou CN)☐ 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 (faloso)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Entou 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 - Assinatura 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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 26.05.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000076/21

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000076/21 registrada em 02/03/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de março do ano de 2021, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:14 horas, compareceu o Sr. JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA, com 27 anos de idade, filho de JOSÉ SOARES DA SILVA FILHO e MARIA DAS DORES DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PICUÍ - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3756915, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11269211498, residindo à rua SÍTIO TANQUE REDONDO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de BARAÚNA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 16h30min do dia 24.12.2020, estava transitando pela localidade Tanque Redondo, próximo a fazenda de Severino Pimentel, área rural de Baraúna/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, ano/modelo 2004/2004, cor vermelha, chassi nº 9C2KC08504R054083, de placa KJM-3938/PE, licenciada em nome de Lucivaldo Valdo Batista de Lira, quando foi atingido por outra motocicleta de marca, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico apresentado nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTran, pois os mesmos não foram acionados. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 2 de Março de 2021

José Lenildo dos Santos Silva

JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DANS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0126109/21 3 - CPF da vítima: 112.692.114-98 4 - Nome completo da vítima: JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 441/2022

5 - Nome completo: JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA 6 - CPF: 112.692.114-98
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO TANQUE REDONDO 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BARAUNA 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58188-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-99829-8855

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 comprovant.: anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)

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

AGÊNCIA: 0916 02 CONTA: 832.027.655 0

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE VÍTIMAS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CN) ☐ 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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - ☐ Assinado eletronicamente por 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 - 1º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 26.05.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



DECLARAÇÃO N.º 05/2021

Declaro para os devidos fins que o senhor **JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA**, Nascido em **05/10/1993**, Solteiro, portador do RG **3.756.915 SSP/PB** e CPF: **112.692.114-98**, Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Tanque Redondo, s/n – Zona Rural de Baraúna/PB, o mesmo foi socorrido no dia 24 de dezembro de 2020 por volta de 16h30min, vítima de um acidente de moto na no Sítio Tanque Redondo, próximo a fazenda de Severino Pinel, Zona Rural, na ambulância placa QSF 3679 conduzida pelo motorista José Wellington Costa dos Santos.

Para Efeitos legais, passo, assino e dou plena fé que a presente declaração é a expressão da verdade.

Baraúna/PB, em 22 de janeiro de 2021.

José Wellington Costa dos Santos
Motorista



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/06/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321015639701
VALOR TOTAL:	5.062,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04916
CONTA: 000832027655

Número da Autenticação

7783067CCB5682F3



	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
PACIENTE:	JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA
DATA DO EXAME:	25/12/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pericárdico ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.


Dr. André Ventura
 Médico Radiologista
 CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683



Sr(a): JOSE LENILDO DOS SANTOS Protocolo: 0000568485 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): CLENIA EMANUELA DE S ANDRADE Data: 03-01-2021 13:31 Origem: CLINICA NEURO-BUCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 27 anos Destino: CLINICA NEURO-BUCO

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/01/2021 13:30]

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4,12 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,9 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	87 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,9 a 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	8.200 /mm ³	5.000 a 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)

Neutrófilos

Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	246	
Segmentados.....	72,0	5.904	40 a 70 % - 1.400 a 4.500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 a 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos.....	0	0	0 a 2,0 % - até 100 / mm ³

Linfócitos

Típicos.....	23,0	1.886	20 a 45 % - 1.500 a 3.500 / mm ³
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	164	2,0 a 10 % - até 1.000 / mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	318.000 mm ³		140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Biomedica
CRBM 8411

Emissão: 03/01/2021 13:35 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0EA3-1AF6-51DA-AC6F-7ABA-9A2C-F264-9BF3



 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		  Governo do Estado		ESTADO DA PARÁIBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES							
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700							
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA						Identidade: 3756915 Idade: 027	
ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO						PRONTUÁRIO: Nº 2299840	
BAIRRO: ZONA RURAL							
DADOS CLÍNICOS: ,						MATERIAL A EXAMINAR: ,	
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ESQUERDO, AP E PERFIL ,							
Campina Grande - PB 25/12/2020 Hora: 02:31:06							
Médico: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza							

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		  Governo do Estado		ESTADO DA PARÁIBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ							
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES							
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700							
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)							
PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA						Identidade: 3756915 Idade: 027	
ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO						PRONTUÁRIO: Nº 2299840	
BAIRRO: ZONA RURAL							
DADOS CLÍNICOS: ,						MATERIAL A EXAMINAR: ,	
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ESQUERDO, AP E PERFIL ,							
Campina Grande - PB 25/12/2020 Hora: 02:31:06							
Médico: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza							



 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde						ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ									
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES									
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700									
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)									
PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA						Identidade: 3756915		Idade: 027	
ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO						PRONTUÁRIO: Nº 2299840			
BAIRRO: ZONA RURAL									
DADOS CLÍNICOS: ,						MATERIAL A EXAMINAR: ,			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA) , RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) ,									
Campina Grande - PB 05/01/2021 Hora: 10:22:26						 Clenia Emanuel de S. Andrade GINECOLOGIA E OBSTETRICIA CRM/PB 7324			
Médico: Clenia Emanuel De Sousa Andrade									

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde						ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NÚMERO DO CADASTRO 2 3 6 2 8 5 6 1 - CPF 2 0 8 7 7 8 2 6 8 0 0 3 8 5 2 2 - CNPJ									
NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES									
ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700									
BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)									
PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA						Identidade: 3756915		Idade: 027	
ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO						PRONTUÁRIO: Nº 2299840			
BAIRRO: ZONA RURAL									
DADOS CLÍNICOS: ,						MATERIAL A EXAMINAR: ,			
EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA) , RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) ,									
Campina Grande - PB 05/01/2021 Hora: 10:22:26						 Clenia Emanuel de S. Andrade GINECOLOGIA E OBSTETRICIA CRM/PB 7324			
Médico: Clenia Emanuel De Sousa Andrade									

955

RAIO X REALIZADO EM:
05/01/21





Sis. Único de Saúde
Ministério da Saúde



PARAIBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 | 2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO

BAIRRO: ZONA RURAL

Identidade:
3756915

Idade: 027

PRONTUÁRIO:

Nº 2299840

TIPO DO ATENDIMENTO: ROTINA

Nº DA SOLICITAÇÃO: 244791

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: HEMOGRAMA COMPLETO, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL-ATIVADA (TTP ATIVADA), GLICEMIA CAPILAR, DOSAGEM DE UREIA, DOSAGEM DE CREATININA, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO,

Campina Grande - PB 29/12/2020 Hora:

03:35:09

Médico: Clénia Emanuela De Sousa Andrade

Clénia Emanuela de S. Andrade
Cirurgiã Ginecológica
Residência - OB/GYN 7374



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLÓGICA GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.368/0001-52
Av. Mair, Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809
Data: 24/12/2020

Paciente: JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 N° ATEND: 2296793

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 24/12/2020 HORA : 23:35:37

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SIANIS DE EMBRAGUEZ : SIN

SINAIS VITAIS					
HGT:	SAT O2:	PA:	TEMP:	PC:	FR:
					PESO:

DIABETES (JSM (X) NÃO
DEB. MOTORA (JSM (NÃO

ALERGIAS : Negativa
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () ACITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFLEJIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANITLAXIA () FLEITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ERGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSSE

Escala de Intensidade da Dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor média dor pior dor

sem dor média dor pior dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

CHRS:

ENFERMEIRO-COREN
Vianessa De Amorim Guedes Nunes Gabino 166148

Vanessa de Azevedo Guedes N. Galina
COREN-PB 166.148

#BMF	25112120	4.35
------	----------	------

ep: hematoma spinalat 'e', aparuta acutului
 mușchiului cailor. mușchiul micilor
 mușchiului, hematoma spinal, epicondrit, epicondrit
 epicondrit, limitarea de claritate bucală.

EF: *Faialna maxsten* (the fort in
morgun *inpaibina* 'E'
From *toispa* 'E'
Meoragofinico 'E'

CO: Liberado pela ANP por intermédio da expedição de uma multa conjunta a ortopedia e urologia e de R\$ 5 mil.

Dra. Joana Cristina
Cirurgiã e Obstetra
Especialista em Ginecologia
HESPERIDE - 0800 90 10 10



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 2299793

CLASS DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Matutinas, Campina Grande - PA, CEP: 58432-809 Data: 24/12/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Vanessa De Amorim Guedes Nunes Gabrino

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

CEP: 58188000

Nascimento: 05/10/1993

Endereço: SÍTIO TANQUE REIMONDO

Sexo: M

Telefone: 986343667

Cidade: Barreira

Idade: 027

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS

RG: 3756915

Nº 0

Responsável:

CPF: Profissional: AGRICULTOR

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 24/12/2020 CNIS: 70890470337913

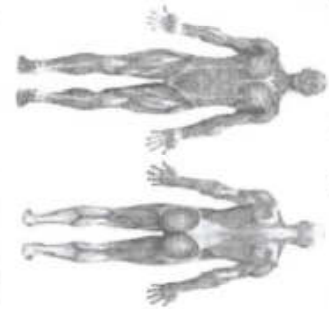
OBSE: APENDICE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 23:35:00

CONVÊNIO: SUS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abordagem
2. Arterização
3. Avaliação
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalmeamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enrijecimento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Corto-cortado
17. F. Perfuro-cortado
18. F. Perfuro-cortado
19. Fratura clausa fechada
20. Fratura aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Laceração tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torçivo paroxismal
28. Objeto Enfiado
29. Contusão
30. Paralisia
31. Pericúria
32. Pericúria
33. Queda
34. Rinsagem
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBSE:

QUANTIDADE DE:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Trauma de mão.

EXAME PRINCIPAL - DADOS CLÍNICOS

Vitima de queda de moto, com poltrona, manobras para - abdução lateral e em ambos o joelho e o

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PAIOLÓGICAS:

EXAME FÍSICO

PEPULAS () Eritematosas () Eritematosas ()

Glasgow PA

HGT: S002

EXAMES SOLICITADOS:

() Ultrassonografia: () Radiografia: () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Urologia, BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

Assinatura: BME

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM/PB 3316



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 25/12/2020

NOME: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza
PARAÍBA
Governo do Estado



Sua Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

Número do Prontuário: 217083

DATA DA CIRURGIA: 25/12/2020

Número do Atendimento: 2299840 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020

Atendimento: 2299840

Diagnostico Pré-Operatório: FX EXPOSTA DE PATELA E

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 25/12/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: MATHEUS PEDROSO C DE SOUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MIE E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

3- INCISÃO LONGITUDINAL EM JOELHO E + DISSECÇÃO POR PLANOS +
HEMOSTASIA

4- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + FIXAÇÃO DE FRATURA COM 02 PARAFUSOS
CANULADOS 4.5MM0 + FIO DE CERCLAGEM DE PROTEÇÃO + SUTURA DO
RETINACULO

5- LAVADO DE FO COM SF(0,9%)

6 - SUTURA POR PLANOS

7- CURATIVOS

Data 25/12/2020

Assinatura/Carimbo

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>João Benício dos Santos</i>			IDADE <i>22</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>-</i>
DATA <i>25/12/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO <i>un + son art</i>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <i>nas et</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <i>estômago cheio</i>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>2 g propofol</i>				INDUÇÃO		
					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
LÍQUIDOS	<i>5ml</i>				Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
	<i>5ml</i>				Outros: _____		
					MANUTENÇÃO		
	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>				ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
					Não, por quê? _____		
	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>				DESPERTAR		
					Reflexos na SO: _____		
	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>				Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____		
					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>				Outros: _____		
					Com cânula: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>				Paro o Leito Sim _____ Não _____		
					CONDIÇÕES: _____		
POSICÃO							
AGENTES	<i>Propofol 2</i>						
TÉCNICA	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>						
OPERAÇÃO	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>						
CIRURGIÕES	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>						
ANESTESISTAS	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>						
OBSERVAÇÕES	<i>2g f. cont / 200 mg nas nas</i>						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MCO - 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 09:57:28

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070409572806600000071206359

Número do documento: 23070409572806600000071206359

Num. 75585126 - Pág. 21

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

02:25
PA: 136x58
S: 99%
F: 91

PACIENTE:		JOSÉ JIMILDO DOS SANTOS SILVA		DN: 05/10/193	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
—	Sala 03	SUS	27 anos	2399840	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
96. Cirurgico de fratura de Dr. Martins		Dr. Martins			
ANESTESIA		ANESTESIA			
Rugue		Dr. Alencastro			
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM		
- Andre -	25/12/2020	02:30	3:30		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
02	Dimofa amp. 02mg	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Elfrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
02	Mercaina Bay phar. % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2.0.0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5 - -		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0 - -		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVP Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.			
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico			
	Lasix amp.	Saco coletor			
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml			
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.	Sonda			
	Stupanon amp.	Sonda folley			
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28	Latesa			
	Aguilha desc. 3 x 4,5				
01	Aguilha p/ raque nº 25				
05	Álcool de Enfermagem 70%				
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 15cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			☒ Oxímetro de Pulso ☐ Serra ☐ Desfibrilador ☐ Foco Frontal ☐ Fonte de Luz ☐ Foco Auxiliar ☐ Eletrocautério ☐ Oxícapiógrafo ☐ Cardiomonitor ☐ Perfurador Elétrico		
			CIRCULANTE RESPONSÁVEL Ivanilda Ferreira Araújo Téc. de Enfermagem COREN - 287764		

MOD 066



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 09:57:28

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070409572806600000071206359

Número do documento: 23070409572806600000071206359

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 1
 Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE PATELA E

DIA 26/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE 4h/4h	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 1D/10D	18 06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 1D/10D Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 22 06
7	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	PT
9	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	PT
11	8/8 HORAS, SE DOR MAIS INTENSA CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	PT

EVOLUÇÃO

DATA: 26/12/2020 HORA: 08:53:42

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA E.

1º DPO / 2º DIH

BEG, SEGUE ESTAVEL

NEURASCULAR SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcão

Dr. Wagner Falcão
 Otorrinolaringologista
 CRM 10.848.190-5





PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.
Data: 27/12/2020
Horas: 08:50:26

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

8-3

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 2
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE PATELA E

DIA 27/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE 4h/4h	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1 FRASCO, 8h/8h	12 20 04
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1 Frasco/Ampola, 12h/12h 2D/10D	18 06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h 2D/10D Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	12 20 04
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
11	8/8 HORAS, SE DOR MAIS INTENSA CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	06

EVOLUÇÃO

DATA: 27/12/2020 HORA: 08:49:03

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA E.

2º DPO / 3º DIH

BEG, SEGUE ESTAVEL

NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA DA ORTOPEDIA + ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES
AOS CUIDADOS DA BMF
SEM MAIS PROCEDIMENTOS PELA ORTOPEDIA NO MOMENTO

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcão

Dr. Wagner Falcão
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Tornozelo e Pê
CRM 15513



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 4
Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 29/12/2020

MÉDICO(A): Mathews Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	12/18 06/06
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 4D/10D	12/18 06/06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 4D/10D	12/18 06/06
5	Diluir em 50 ML SF	12/18 06/06
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12/18 06/06
7	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	12/18 06/06
8	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h	12/18 06/06
9	Diluir em 150 SF	12/18 06/06
10	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
11	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
12	OMEPRAZOL 20 MG VO, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06/06
13	FISIOTERAPIA MOTORA	
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/12/2020 HORA: 03:30:57

BMF S.D.L.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA ABERTA ANTERIOR; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICO "E"

EI: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADRÕES (HB: 10,2; HT: 28,9; SEM LEUCOCITOSE (9,200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,8; GLICEMIA 119

PRESCREVO CLOREXIDINA 0,12% PARA BOCHECHO

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF

SOLICITO EXAMES HEMATOLÓGICOS

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade






PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: **JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA** Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 5
Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 30/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedross Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Cíntia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 25 06
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 5D/10D	18 06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 5D/10D Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 22 06
7	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	12 24 F.M.
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	06
9	10X HORAS. SE NAUSEAS OU VÔMITOS OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM A5 6h)	06
10	FISIOTERAPIA MOTORA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	att

EVOLUÇÃO

DATA: 30/12/2020 HORA: 06:35:19

BMF 6º D.I.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA ABERTA ANTERIOR; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICO "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58;
CREATININA 0,6; GLICEMIA 119
(29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE;
GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30"

PRESCREVO CLOREXIDINA 0,12% PARA BOCHECHO

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: **ACOMPANHAMENTO BMF (PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO)**

ASSINATURA + CARIMBO

Cíntia Emanuela De Sousa Andrade


Cíntia Emanuela De Sousa Andrade
CRM: 10.848.190/0001-55
R. João Pessoa, 1331



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/12/2020

Horas: 06:42:36

Médico (a) Diarista: Clenia Emanuela De Sousa Andrade

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 6
Clínica: ALA NEUROBUJO Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 31/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedross Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 6D/10D	18 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 6D/10D	12 18 24 06
4	Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h	18 falta 06) revirô
7	Diluir em 150 SF	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
9	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	
10	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	18
11	FISIOTERAPIA MOTORA	02
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	02
13	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	02

EVOLUÇÃO

DATA: 31/12/2020 HORA: 06:41:23

#BMF 7º D.L.I.L

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA CRUZADA; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (L.E FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICA "E"

EII: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119 (29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30"

PRESCREVO CLOREXIDINA 0,12% PARA BOCHECHO

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF (PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO)

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade

Clenia Emanuela De Sousa Andrade
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
Residente
CRO/PB 7371





PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/01/2021

Horas: 07:53:16

Médico (a) Diarista: Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 7

Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 01/01/2021

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V., 1Frasco/Ampola, 12h/12h 7D/10D	10 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V., 1AMPOLA, 6h/6h 7D/10D	12 10 24 06
4	Diluir em 50 ML SF	12 10 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V., 1AMPOLA, 6h/6h	12 10 24 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V., 01FRA AMP, 12h/12h	10 06 F
7	Diluir em 150 SF	10 06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V., 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	50
9	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	
10	OMEPRAZOL 20 MG V.O., 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
11	FISIOTERAPIA MOTORA	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	ck
13	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	ck

EVOLUÇÃO

DATA: 01/01/2021 HORA: 07:52:04

#BMF 8ºD.L.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA ABERTA ANTERIOR; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMATICO "E" + ARCOZIGOMATICO "E" + ESFENOZIGOMATICA "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119 (29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30"

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF (PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO)

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CROPB 6616

01/01/2021 07:54





Médico (a) Diarista : Clénia Emanuela De Sousa Andrade

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840	Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA	Idade: 027	Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS	Data de Nascimento: 05/10/1993	Admissão: 25/12/2020	DIH - 16
Clínica: ALA NEUROBUÇO	Enfermaria: 1	Leito: 4	Diagnóstico: FRATURA DE MÁXILA

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V, 1Frasco/Ampola, 12h/12h 10D/10D	12 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 10D/10D	12 18 24 0
4	Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPYRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
7	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	
8	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	MANTER COM JELCO REPARENIZADO	

EVOLUÇÃO

DATA:04/01/2021 HORA:01:21:27

#BME LTD.LH.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF; HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA CRUZADA; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMATICO "E" + ARCOZIGOMATICO "E" + ESFENOZIGOMATICA "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58;
CREATININA 0,6; GLICEMIA 119
(29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE;
GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 130°; TC: 730°
(03/01) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DA NORMALIDADE (HB: 11,9; HT:36); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO-BMF (PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROGRAMADO PARA SEXTA-FEIRA 08/01)

ASSINATURA + CARIMBO

Cleia Emanuela De Sousa Andrade



Número do Prontuário: 217083 DATA DA CIRURGIA: 05/01/2021

Número do Atendimento: 2299840 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020

Atendimento: 2299840

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE MAXILA E ZIGOMA O MESMO

Diagnostico Pós-Operatório: FIXAÇÃO DE MAXILA E ZIGOMA O MESMO

Cirurgia: REDUCAO + FIE Data da Cirurgia: 05/01/2021

Equipe:

Cirurgião: JOSUEL RAIMUNDO CAVALCANTE JUNIOR

Aux 1: JOSE RICARDO DOS SANTOS S

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3: CLENIA EMANUELA

Instrumentador: KECIA

Anestesista: ISABELE

Tipo de anestesia: GERAL

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL COM ENTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
2 - ANTISSEPSE EXTRA E INTRA BUCAL COM CLOREXIDINA DEGERMANTE
3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
4 - COLOCAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO
5 - ANESTESIA LOCAL COM NEOCAÍNA C/ VASOCONSTRICOR
6 - ACESSO SUPERCILIAR ESQUERDO + DIVULSAO DE TECIDOS POR PLANOS + DESCOLAMENTO
7 - ACESSO VESTIBULAR MAXILAR BILATERAL + DIVULSAO DE TECIDOS POR PLANOS + DESCOLAMENTO
8 - BMM COM 04 IMF E FIO AÇOFLEX Nº0
9 - FIXAÇÃO: - FRONTO ZIGOMÁTICA (SISTEMA 1.5): 01 PLACA RETA C/PONTE 04F+04P; MAXILA (2.0) 01 PLACA ORBITAL 08F+04P; (1.5) 01 PLACA 'L' C/PONTE 05F+05P; 02 PLACAS RETAS 04F+04P EM AMBAS
10 - IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF 0,9%
11 - REMOÇÃO DE BMM
12 - SUTURA DE ACESSOS COM COM FIO VICRYL 4.0 E NYLON 5.0
13 - REMOÇÃO DE TAMPÃO
14 - CURATIVOS

INÍCIO: 08:50 HRS

TÉRMINO: 10:35 HRS

EMPRESA: A.COSTA

NASC.: 05/10/1993

ETIO.: AC. DE MOTO

Data 05/01/2021

Assinatura/Carimbo
Clenia Emanuela De Sousa Andrade

Clenia Emanuela de S. Andrade
Cirurgiã Geral
RUBRICADA EM 05/01/2021
RUBRICADA EM 05/01/2021



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Dr. Denildo dos Santos Silva		Nº: 05/10/1991		LEITE: Sala 04		CONVÊNIO: SUS		IDADE: 27 anos		REGISTRO: 2299840	
CIRURGIA: Red. e fixação de mandíbula e zigomático						CIRURGIÃO: Dr. Josué + Rebeca + Reginaldo + Manoel					
ANESTESIA: geral						ANESTESIA: Dr. Izabelle					
INSTRUMENTADORA: Kessia		DATA: 05/10/21		INÍCIO: 9:00		FIM: 10:45		 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma			Qtd.	FIOS			CÓDIGO
	Adrenalina amp.			Calel. p/ Oxy.				Catgut cromado Sertix			
	Atropina amp.			Calel. De Urinar Sist. Fech.				Catgut cromado Sertix			
	Diazepam amp.			Compressa Grande				Catgut cromado Sertix			
	Dimore amp.			Compressa Pequena				Catgut Simples			
	Dolantina amp. propofol			Cotonoide				Catgut Simples Sertix			
	Efrane ml			Dreno				Catgut Simples Sertix			
	Fenegan amp.			Dreno Kerr nº				Catgut Simples Sertix			
	Fontanil ml			Dreno Penrose nº				Cera p/ osso			
	Inova ml			Dreno Pezzer nº				Ethibond			
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas				Ethibond			
	Mercina Ketamina			Equipo de Macrogotas				Ethibond			
	Nubahin amp.			Equipo de Sangue				Fio de Algodrão Sertix			
	Pavulon amp.			Equipo de PVC				Fio de Algodrão Sertix			
	Protigmine amp.			Esparadrapo Larco cm				Fio de Algodrão Sutupak			
	Protóxido l/m			Furacim ml				Fio de Algodrão Sutupak			
	Quelicin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades				Fila cardíaca			
	Rapifen amp.			H ₂ O ml				Mononylon			
	Thionembutal ml			Intracath Adulto				Mononylon			
	Tracium amp.			Intracath Infantil				Prolene Sertix			
Qtd.	MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi nº 23				Prolene Sertix			
	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11				Prolene Sertix			
	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15				Prolene Sertix			
	Dipirona amp.			Luvas 7.0				Vicryl Sertix			
	Flavonol amp. efogol			Luvas 7.5				Vicryl Sertix			
	Flebocortid amp.			Luvas 8.0				Vicryl Sertix			
	Geramicina amp.			Luvas 8.5				Vicryl Sertix			
	Glicose amp. fentomile			Oxigênio l/m				Vicryl Sertix			
	Glucon de Cálcio amp.			Poliflix				Vicryl Sertix			
	Haemacel ml			PVPI Degemante ml				Vicryl Sertix			
	Heparema ml			PVPI Tópico ml				Vicryl Sertix			
	Kanaktion amp.			Sabão Antiséptico				Vicryl Sertix			
	Lasix amp.			Saco coletor				Vicryl Sertix			
	Medrothinazol.			Seringa desc. 10 ml				Vicryl Sertix			
	Plasil amp.			Seringa desc. 20 ml				Vicryl Sertix			
	Prolamina			Seringa desc. 05 ml				Vicryl Sertix			
	Revivan amp.			Sonda				Vicryl Sertix			
	Stuplanon amp.			Sonda folley				Vicryl Sertix			
	Cefalotina 1g			Sonda Nasogátrica				Vicryl Sertix			
				Sonda Uretral nº				Vicryl Sertix			
				Sterydrem ml				Vicryl Sertix			
				Torneirinha				Vicryl Sertix			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml				Vicryl Sertix			
	Aguilha desc. 25 x 7			Gelcon 18				Vicryl Sertix			
	Aguilha desc. 28 x 28			Latele				Vicryl Sertix			
	Aguilha desc. 3 x 4.5			elastados				Vicryl Sertix			
	Aguilha p/ raque nº							Vicryl Sertix			
	Alcool de Enfermagem							Vicryl Sertix			
	Alcool Iodado ml							Vicryl Sertix			
	Ataduras de Crepon							Vicryl Sertix			
	Ataduras de Gessada							Vicryl Sertix			
	Azul metileno amp.							Vicryl Sertix			
	Benzina ml							Vicryl Sertix			
							EQUIPAMENTOS ☒ Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar ☐ Serra ☒ Eletrocautério ☐ Desfibrilador ☒ Oxícapnógrafo ☒ Foco Frontal ☒ Cardiomonitor ☐ Fonte de Luz () Perfurador Elétrico				
							CIRCULANTE RESPONSÁVEL Dr. Josué				

MOD 066



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 09:57:28

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070409572806600000071206359

Número do documento: 23070409572806600000071206359



Paciente:	José Benilde dos Santos	Data da Cirurgia:	05, 01, 21
Hospital:	Materna G. Grande	Prontuário:	12998140
Médico:	Dr. Paulo Junior	Convênio:	Unes
Procedimento:	Fract. malsas e zigoma	Código Proc.:	

Controle Cirúrgico

[illegible]

Gráfica Havel: 83 3335 3063

Verificado por: Isela Hilda Circulante: Maria Jose Médico: _____



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

CIDADE

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL.H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PRODUTO

REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

2299840
Inst. de Tensões Externas de Pêlo
DAME. GUSKIS 4,5x40mm
R. CORTIS - A

02

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
COREN-PB 1.115.838-TE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 12
Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 06/01/2021

MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 0D/1D	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	
7	Diluir em 150 SF	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	8X HORAS, SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
10	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
11	FISIOTERAPIA MOTORA	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/01/2021 HORA: 06:53:15

#BMF 13ºDJL

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO

NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO; SUTURA EM SUPERCÍLIO ESQUERDO E VESTÍBULO DE MAXILA BILATERAL; EDEMA PÓS-OPERATÓRIO

EI PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICA "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADRÕES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119 (29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30" (03/01) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DA NORMALIDADE (HB: 11,9; HT: 36); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

05/01 - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade






HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 06/01/2021

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03
Emanuela De Sousa Andrade

Logado em: Clenia

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Clenia Emanuela De Sousa Andrade

DATA : 06/01/2021

ALA : ALA NEUROBUCCO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 06/01/2021

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03
Emanuela De Sousa Andrade

Logado em: Clenia

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Clenia Emanuela De Sousa Andrade

DATA : 06/01/2021

ALA : ALA NEUROBUCCO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020 Data da Alta: 06/01/2021

Registro: 2299840

Tempo de Permanência: -18622

Diagnóstico Inicial: FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Diagnóstico Final: FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Data: 05/01/2021

Equipe:

Cirurgião: JOSUEL RAIMUNDO CAVALCANTE JUNIOR

Aux 1: JOSE RICARDO DOS SANTOS S

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3: CLENIA EMANUELA

Aux 4:

Anestesista: ISABELE

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): #BMF 13º D.I.H. PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO NGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO; SUTURA EM SUPERCÍLIO ESQUERDO E VESTÍBULO DE MAXILA BILATERAL; EDEMA PÓS-OPERATÓRIO EI PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMATICO "E" + ARCOZIGOMATICO "E" + ESFENOZIGOMATICA "E" EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119 (29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30" (03/01) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DA NORMALIDADE (HB: 11,9; HT: 36); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE ALTA DA ORTOPEDI

Orientações: - EVITAR REALIZAR ESFORÇO FÍSICO; - EVITAR EXPOSIÇÃO AO SOL; - MANTER UMA BOA HIGIENE ORAL; - TOMAR TODAS AS MEDICAÇÕES; - REALIZAR COMPRESSA FRIA NO DIA DE HOJE E AMANHÃ / A PARTIR DO TERCEIRO DIA DA CIRURGIA - REALIZAR COMPRESSA Morna (TODAS AS COMPRESSAS FAZER 03 VEZES AO DIA POR 20 MIN) - RETIRAR OS PONTOS EM FACE APÓS 10 DIAS DA CIRURGIA

Dieta: PASTOSA POR 30 DIAS

Medicações para Casa: - AMOXICILINA - NIMESULIDA - DIPIRONA - CLOREXIDINA PARA BOCHECHO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 06/01/2021

Assinatura/Carimbo
Clénia Emanuela De Sousa Andrade

RESPONSÁVEL: Clénia Emanuela De Sousa Andrade



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020 Data da Alta: 27/12/2020

Registro: 2299840

Tempo de Permanência: -18622

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

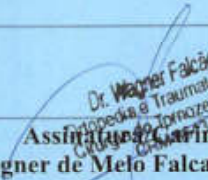
Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ALTA + ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 27/12/2020


Dr. Wagner Falcão
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura e Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcao

Assinatura de Suelio





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 27/12/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Wagner de Melo Falcao

PARAIBA
Governo do Estado



Seu nome aqui
PARAIBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020

Data da Alta: 27/12/2020

Registro: 2299840

Tempo de Permanência: -18622

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ALTA + ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 27/12/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcao

Até condado do BMF



CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: **JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA**

DATA DE NASCIMENTO: **26/05/2009**

LOCAL: **JOSÉ SOARES DA SILVA FILHO**

NATURALIDADE: **MARIA DAS LORES DOS SANTOS**

PICUÍ-PE

DOC. GERAL: **N. 2321 FUG. 19V LIV. A 4**

CARTEIRO: **BARAUNA PB**

DATA DE NASCIMENTO: **05/10/1993**

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: **JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA**

DATA DE NASCIMENTO: **26/05/2009**

LOCAL: **JOSÉ SOARES DA SILVA FILHO**

NATURALIDADE: **MARIA DAS LORES DOS SANTOS**

PICUÍ-PE

DOC. GERAL: **N. 2321 FUG. 19V LIV. A 4**

CARTEIRO: **BARAUNA PB**

DATA DE NASCIMENTO: **05/10/1993**

RECERCA FEDERAL

Ministério da Fazenda

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: **112.692.114-98**

Nome: **JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA**

Nascimento: **05/10/1993**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECERCA FEDERAL

Ministério da Fazenda

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 112.692.114-98

Nome: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Nascimento: 05/10/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICUI/PB

Processo: 08011554220218150271

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PICUI, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 09:57:29
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070409572931500000071206360>
Número do documento: 23070409572931500000071206360

Num. 75585127 - Pág. 2