

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180258590**

Vitima: **MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **14/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180258590**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12933985



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180258590**

Vítima: **MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **14/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180258590** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Carta nº 13001882

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180258590 ASL-0201316/18  
Vitima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 14/03/2018  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº 13054757

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180258590 ASL-0201316/18  
Vitima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 14/03/2018  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13089147

A/C: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180258590  
Vítima: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO  
Data do Acidente: 14/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000005787-8

Conta: 000009843-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**

**Nº 00096.01.2018.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00096.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:00 horas do dia 05 de junho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Marcelo Henrique da Costa do Nascimento**, conhecido(a) por Henrique, RG nº 4456717 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Sandra Maria da Costa e Erinaldo Gomes do Nascimento, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/03/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Antonio Cavalcante de Carvalho, Nº 266, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praça Local, na cidade de Serraria/PB, telefone(s) para contato (83) 99688-2272.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Antonio Cavalcante de Carvalho, nº 266, Casa, Praça Local, Serraria/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/03/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

**Objeto(s) Envolvido(s):**


(1) **Moto**, modelo CG 150 TITAN ESD., marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2014, chassi 9C2KC1650ER031304, renavam 0101266817


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

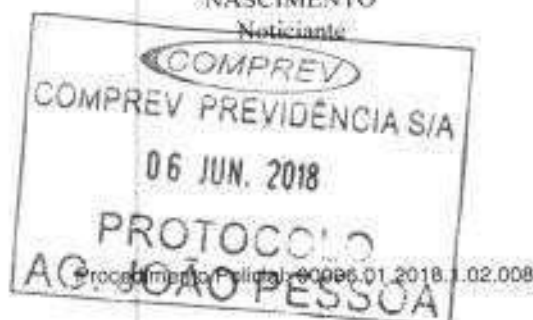
Que, se conduzia em sua moto já discriminada, embora esta cadastrada em nome de Hamilton José Silva, próximo a sua residência, quando surpreendentemente, foi alvo de colisão por parte de uma outra motocicleta de placa e condutor não identificado, o qual após a colisão, evadiu-se do local, oportunidade em que em decorrência, o notificante sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura do Condilo Esquerdo da mandíbula, pelo CID 10 S02.6, conforme Laudo Médico apresentado.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de junho de 2018.

  
**EVERALDO MARTINS DA COSTA**  
Escrivão de Polícia

  
**MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO  
NASCIMENTO**  
Notificante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO CPF da Vítima: 117.410.014 Data do Acidente: 14/03/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 06 de junho de 2018  
Local e Data

MARCELO HENRIQUE DA C. DO NASCIMENTO  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
06 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO  
DATA DE NASCIMENTO 09/03/99  
NOME DA MÃE SANDRA MARIA DA COSTA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 107667  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1069066  
DATA DO ATENDIMENTO 14/03/18  
HORA DO ATENDIMENTO 20:25  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO CONDILO ESQUERDO DA MANDIBULA  
CID 10 S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTÓRIA DE CONTUSÃO DE FACE, CRÂNIO, MÃO ESQ. E PÉ DIREITO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, BMF, NEUROCIRURGIA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO, TC DE FACE  
RX MÃO ESQ., RX PÉ DIR., RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, RX COLUNA CERVICAL  
USG do abdômen total (FAST)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX - FRATURA BAIXA DO CONDILO MANDIBULAR ESQ.

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BAIXA DO CONDILO ESQUERDO DA MANDIBULA

ALTA HOSPITALAR: 20/03/18  
DATA DA EMISSÃO: 30/05/18



Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO  
CRM: 1873/PB



# CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO</b>	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 05/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Mãe <b>SANDRA MARIA DA COSTA</b>			Telefone de Contato (83) 996208636
Endereço <b>ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>SERRARIA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO</b>	Nº Cons. Regional 4400/PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 15/03/2018 01:20:20	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

ACIDENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. RELATA DESMAIO E NEGA VÔMITOS PÓS TRAUMA.

NÃO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM MACA COM DIURESE ESPONTÂNEA.

AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR MANTIDA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, FCC EM FUNDO DE VESTIBULO MANDIBULAR ANTERIOR.

AO EXAME TOMOGRAFICO OBSERVA-SE FRATURA EM PROCESSO ALVEOLAR EM REGIÃO DE ELEMENTOS DENTAIS 12 E 11, FRATURA DENTO ALVEOLAR EM REGIÃO DE 32 E 42, FRATURA DE COLO DE CÔNULO ESQUERDO E FRATURA DE CORTICAL LINGUAL DE CORPO DE MANDÍBULA DIREITA.

CD: 1- ORIENTAÇÕES:

2- SUTURA

3- INSTALAÇÃO DE BARRA DE ERICH EM REGIÃO ANTERIOR DE MANDÍBULA DE ELEMENTO DENTAL 35 A

45: 4- ODONTOSÍNTESE EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA DE ELEMENTO DENTAL 13 A 21;

5- AGUARDA ALTA DA C.G PARA POSTERIOR CONDUTA DA CTBMF;

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

## EXAME DE IMAGEM

ELETRCARDIOGRAMA

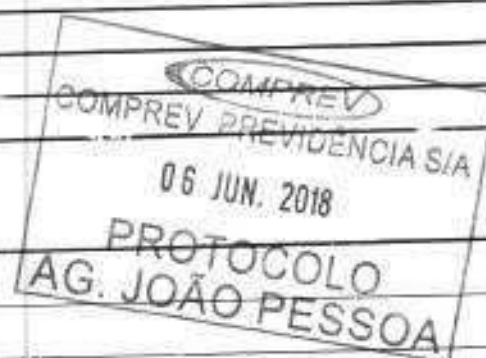
CID10

Código Descrição

S02.8 Fratura de mandíbula

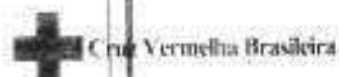
## Conduta

Em observação



MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO  
(CRO: 4400/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO</b>	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Mão <b>SANDRA MARIA DA COSTA</b>			Telefone de Contato (83) 996208636
Endereço <b>ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266</b>	Bairro CENTRO	Município SERRARIA	Prontuário
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PEDRO ROMAO DANTAS</b>	UF PB
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Profissional <b>PEDRO ROMAO DANTAS</b>	Nº Cons. Regional 9799/PB
Convenio SUS	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

OR EM REGIAO DE PE DIREITO APOS COLISAO MOTO-CARRO  
SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL  
AC EXAME FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIAO DE DORSO DO PE DIREITO  
SEM LESAO DE TENDÕES  
RX SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO  
CD:ALTA DA ORTOPEDIA  
AOS CUIDADOS DA CIR GERAL PARA SUTURA  
ORIENTADO POR PRECPETORIA

## MEDICAÇÃO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 5000,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

## Conduta

Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PEDRO ROMAO DANTAS  
(: 9799/PB)



**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente:	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO	1069066	14/03/2018 20:25:09	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
09/03/1999	19	Masculino	898050033720489
Nome			Telefone de Contato
SANDRA MARIA DA COSTA			(83) 996208636
Endereço	Bairro	Município	UF
ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266	CENTRO	SERRARIA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO	4400/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
14/03/2018 20:25:09		14/03/2018 22:28:40	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

**Anamnese**

DOENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ APROXIMADAMENTE 3 HORAS. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E ALIMENTARES. RELATA DESMAIO E NEGA VÔMITOS PÓS TRAUMA.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, VERBALIZANDO, EM MACA COM DIURESE ESPONTÂNEA.

AO EXAME FÍSICO DE FACE OBSERVA-SE ABRASÃO EM REGIÃO FRONTAL, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR MANTIDA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, FCC EM FUNDO DE VESTÍBULO MANDIBULAR ANTERIOR.

AO EXAME TOMOGRÁFICO OBSERVA-SE FRATURA EM PROCESSO ALVEOLAR EM REGIÃO DE ELEMENTOS DENTAIS 12 E 11, FRATURA DENTO ALVEOLAR EM REGIÃO DE 32 E 42, FRATURA DE COLO DE CONSILIO ESQUERDO E FRATURA DE CORTICAL LINGUAL DE CORPO DE MANDÍBULA DIREITA.

CD: 1- ORIENTAÇÕES.

2- AGUARDA LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO.

**DIETA**

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

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

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

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

Diluir

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

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

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

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

#### CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

HIGIENE ORAL RIGOROSA

SSVV + COGG

#### Conduta

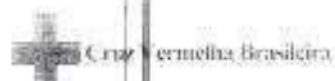
Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO  
(CRD: 4400/PB)







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO</b>	BAE 1069066	Data/Hora Entrada 14/03/2018 20:25:09	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1999	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 898050033720489
Mãe <b>SANDRA MARIA DA COSTA</b>			Telefone de Contato (83) 996208636
			Prontuário
Endereço <b>ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266</b>	Barro <b>CENTRO</b>	Município <b>SERRARIA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>VINICIUS NUNES ANDRADE</b>	Nº Cons. Regional <b>4661/PB</b>
Data/Hora Classificação 14/03/2018 20:25:09		Data/Hora Prescrição 14/03/2018 20:37:37	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

## Anamnese

paciente vítima de COLISÃO MOTO x MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU SERRARIA, APRESENTANDO FRATURA ALVÉOLO-DENTÁRIA EM INCISIVOS CENTRAIS INFERIORES, FERIMENTO CONTUSO EM MÃO ESQUERDA E EXTENSA LESÃO CORTO-CONTUSA, COM EXPOSIÇÃO MÚSCULO TENDÍNEA, EM PÉ DIREITO. GCS 15; CERVICAL CLINICAMENTE LIVRE. ABDOME FLÁCIDO, PLANO E INDOLOR; TÓRAX SEM QUEIXAS.

## CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA NEUROCIRURGIA, CIRURGIA BUCO-MAXILO FACIAL E DA ORTOPEdia)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA DE FACE)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

## CID10

Código	Descrição
S00.7	Traumatismos superficiais múltiplos da cabeça

## Conduta

Em observação

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

VINICIUS NUNES ANDRADE  
(4661/PB)

Boletim registrado por: THIAGO FERNANDES DE ARAUJO em 14/03/2018 20:28:24



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, 58 - PEDRO GONDIM  
CNPJ 445365 - Tel. 8332165700Impresso por: FRANCISCO  
NUNES DE ASSIS FILHO  
Em: 20/03/2018 08:11:33

Paciente <b>MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO</b>	Boletim de Atendimento <b>1069066</b>	Data/Hora Entrada <b>14/03/2018 20:25:09</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>09/03/1999</b>	Idade	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898050033720489</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>		Prontuário <b>107667</b>
			Plantão <b>DIURNO</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 20/03/2018 07:53:20)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE DE ALTA HOSPITALAR: APÓS TER SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA BAIXA DO CONDILO MANDIBULAR ESQUERDO.

CD: 1. ORIENTAÇÕES 2. ALTA HOSPITALAR

\* Solicitei retorno no Htop no próximo dia 30.03.2018

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: 0004

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

  
**Dr. Assis Filho**  
 Cirurgião BMF  
 Implantodontista  
 CRO - 3267




Paciente <b>MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO</b>		Boletim de Atendimento <b>1069066</b>	Data/Hora Entrada <b>14/03/2018 20:25:09</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>09/03/1999</b>	Idade	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898050033720489</b>	Prontuário <b>107667</b>
Tempo de Internação		Cômodo <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	

**EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - 19/03/2018 13:54:36)****INTERCORRÊNCIAS**

DIURNAS / NOTURNAS

PACIENTE EVOLUINDO EM EGR; NO MOMENTO SSVV MANTIDOS. SEGUE SEM QUEIXAS, AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Unidade: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0017  
Profissional responsável pela informação: ANA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

Número Conselho: 301967







CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



SETOR

Nome: Matteo Henrique da Costa BE/Prontuário: 1069076  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 19/03/2018  
Clínica/Setor: PUF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Clavo Hútero  
Cirurgião: INA RIBEIRO 1º Assistente: \_\_\_\_\_  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: Gen Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	
Fratura Bixa do Condilo Hútero- Buxa (E)	
Procedimentos Cirúrgicos	Código
Redução e Fixação de Fratura Bixa do Condilo Hútero (E)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim (X) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biópsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Ana Maria M. Tormes  
CRM 5724

João Pessoa, 19/03/2018







GOVERNHO  
BRASIL

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- 1) Paciente em BDU sob anestesia geral
- 2) Anestesia e Antiseptia dos campos operatórios
- 3) Apoiados dos campos cirúrgicos
- 4) Posicionamento ideal para a cirurgia

## Incisão:

- 5) Incisão Refranchimandibular e fixação dos tendões
- 6) Redução dos ossos fraturados (2 propulsores 11 mm)
- 7) Fixação da Pele e sutura uterina de:

## Achados:

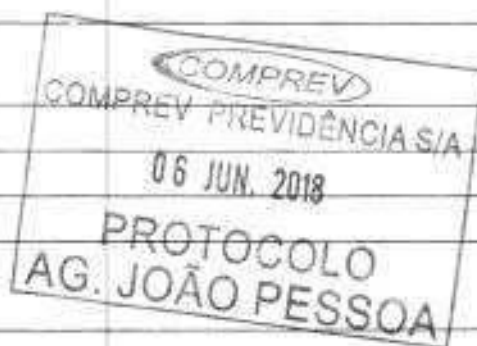
- 1 placa de 4 junos do sistema 2.0 com 2 parafusos de 5 mm
- 1 placa de 4 junos com intermediários (unco) do sistema 2.0 com 1 parafuso de 5 mm de

## Conduta:

- Amarelo, 1 parafuso de 5 mm e 1 de 4 mm
- 8) Sutura por pontos unidirecionais
- 9) Curativa realizada com Interconectiva
- 10) Ao término da Anestesia Geral

## Fechamento:

## Observação:



Médico/CRM:

Ana Karina M. Tormes  
CRM 572

João Pessoa, 19/03/2018



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

4.436.717

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

02/12/2016

NOME

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO  
NASCIMENTO

PLACAO

ERINALDO GOMES DO NASCIMENTO

SANDRA MARIA DA COSTA

NATURALIDADE

SANTA RITA-PE

DATA DE NASCIMENTO

09/03/1999

COOP. CRESSOM

NASC.N. 60659 FLS. 161 LIV. A-54

CARTORIO 1 SANTA RITA-PE

117.940.074-76

Assinado digitalmente por  
MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO  
CPF: 090.000.000-00

LEI Nº 7.115 DE 2009/93

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
06 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO

CARTERA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180258590**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R ANTONIO CAVALCANTE DE CARVALHO, 266, CASA - CENTRO - Serraria - PB - CEP 58395-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **4456717**

Data e local do acidente: [ **14/03/2018** ]

**Rua Antonio Cavalcante de Carvalho, 266 próximo de sua residência. Serraria PB**

Data e local do exame: [ **18/06/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

*Fratura de mandíbula + ferimento na mão esquerda + ferimento pé esquerdo*

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

*paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de condilomas mandibular esquerdo e sutura de ferimento pé direito (ficha médica). E sutura de ferida mão esquerda.*

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

*Paciente com dor na ATM á esquerda, dificuldade de mastigar alimentos sólidos tipo carnes. Sem alteração de fala. Sem deficit cognitivo. Sem queixas mão esquerda. Apresenta edema crônico, alteração coloração pé esquerdo (cianose) parestesia hálux, Apresenta cicatriz quelóide de 9cm face medial do pé esquerdo. Dificuldade de uso de calçados fechados.*

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

*Paciente com dor na ATM á esquerda, dificuldade de mastigar alimentos sólidos tipo carnes. Sem alteração de fala. Abertura boca de 5,0 cm. Sem deficit cognitivo. Sem queixas mão esquerda. Apresenta edema crônico, alteração coloração pé esquerdo (cianose) parestesia hálux, Apresenta cicatriz quelóide de 9cm face medial do pé esquerdo. Dificuldade de uso de calçados fechados. Pé direito normal.*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Cranio-facial**

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

*Falta nexa de lateralidade em relação ao ferimento pé esquerdo. Mão esquerda normal.*



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180258590 **Cidade:** Serraria **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de mandíbula + ferimento na mão esquerda + ferimento pé direito

**Descrição do exame médico pericial:** Paciente com dor na ATM á esquerda, dificuldade de mastigar alimentos sólidos tipo carnes. Abertura boca de 5,0 cm. Sem alteração de fala. Sem deficit cognitivo. Sem queixas mão esquerda. Apresenta edema crônico, alteração coloração pé esquerdo (cianose) parestesia hálux, Apresenta cicatriz quelóide de 9cm face medial do pé esquerdo. Dificuldade de uso de calçados fechados. Pé direito normal. Mão esquerda normal.

**Resultados terapêuticos:** paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura de condilo mandibular esquerdo, sutura de ferimento pé direito (ficha médica) e sutura de ferida mão esquerda.

**Sequelas permanentes:** Cranio-facial em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Falta nexa de lateralidade em relação ao ferimento pé esquerdo (ficha de atendimento consta ferimento no pé direito).  
Indenização em grau leve da estrutura cranio-facial devido a limitação da abertura bucal , dificuldade de mastigar alimentos sólidos e repercussão de ATM.  
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Douglas Michalane Pires Teixeira

**CRM do médico:** 5336

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

**PRESTADOR**

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180258590 **Cidade:** Serraria **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCELO HENRIQUE DA COSTA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**