

Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARDO
DATA DE NASCIMENTO	20/01/88
NOME DA MÃE	MARIA ANA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	950.663
DATA DO ATENDIMENTO	28/09/16
HORA DO ATENDIMENTO	01:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA NO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO + FRATURAS DOS SEIOS MAXILARES
CID 10	S52.6 + S62.3 + S02.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, com colar cervical, com dor em ombro direito, nega perda da consciência. Abdomen sem queixas. Pupilas fotorreagentes. Glasgow 15. Presença de fratura no terço distal do antebraço esquerdo. Fratura do quinto metacarpo esquerdo. Fraturas dos seios maxilares.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de punho esquerdo AP/P
RX de torax AP
Tomografia computadorizada de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fraturas no segmento distal do rádio esquerdo, no processo estilóide da ulna esquerda e no quinto metacarpo esquerdo.

TCC: Fratura no assoalho dos seios maxilares.

TRATAMENTO:

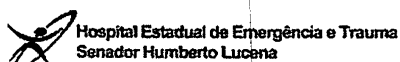
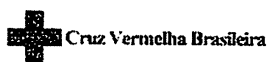
Tratamento conservador das fraturas.

ALTA HOSPITALAR:	28/09/16
DATA DA EMISSÃO:	31/01/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 950663



Identificação do paciente				
ID 1087339	Nome SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/01/1988	Idade 28 anos 8 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA ANA DA SILVA	Pai SEBASTIAO PEDRO BELIZARIO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991942542	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3444396	Nº Cns		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R		
Endereço				
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro CARNAUBA	
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 28/09/2016 01:24:49	Número da pulseira 947361	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por JOSEFA BARBALHO FERNANDES				Tempo 05min 41seg

Imprimir

14/12



Transatiles
 Ex de pul 110
 Ex de mão 170
 Fractura distal
 do rádio e
 fratura do metacarpo
 5º
 Tut com
 alça atech

Jairo Rameiro Nascimento
 ORTOPEDIA - CRM/PB 1595
 CN 108235374870009

Nul 300h
 T 47 par
 anilha de
 anota
 PLE 25
 TC: ntr
 W: 0/3am

Alexandre B. G. da Silva
 Médico
 CRM-PB 4988

ben

28.09.16

Atendimento de rotina
 ECG: IT
 Sem défret mstr
 e neuralgia / lombalgia
 col: Atte oral

Dra. THAISE A. PAIXÃO
 NEUROLOGISTA
 CRM 12247





Primeiro Atendimento Médico



947361 BE.: 950663
SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO
DT. NASC.: 20/01/1988
MAE: MARIA ANA DA SILVA

END.: CARNAUBA
N. S/N - ZONA RURAL
SAPE

FONE: ()
CELULAR: (83) 991942542
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 28/09/2016 01:24:49

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima do trauma de motocicleta.
Refere que não faz uso de cinto de segurança.
Vezes de menor, melancolia, irritabilidade.
Refere ter apresentado sintomas

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☐ PÉRVIAS ☐ OBSTRUÍDAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ SIM ☐ NÃO

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ SIM ☐ NÃO

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ SEM DIFICULDADE
☐ COM DIFICULDADE

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUÍDOS

☐ SIM ☐ NÃO
HTD ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ lmp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ SIM ☐ NÃO

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

melhor

DÉFICIT NEUROLÓGICO

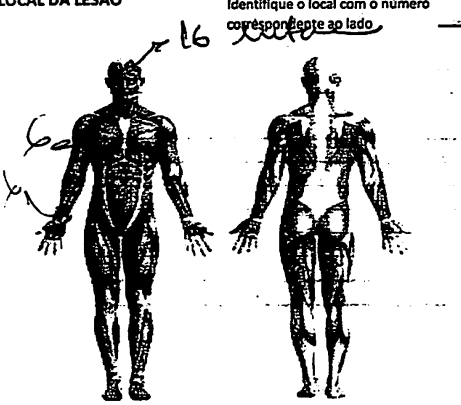
Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO																																		
ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:																																	
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:																																	
IMUNIZAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <u>Ateno OK</u>																																	
PATOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:																																	
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:																																	
LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado → 																																		
1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36																																	
OBS.:																																		
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau																																		
EXAMES SOLICITADOS <input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Lavado peritonal <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input checked="" type="checkbox"/> Tomografia computadorizada <u>exento</u> <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 <u>Atendimento inicial</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 <u>St-Saoul</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 <u>Exame de urina</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 <u>Exame de sangue</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1 <u>Atendimento inicial</u>			2			3			4 <u>St-Saoul</u>			5			6			7			8 <u>Exame de urina</u>			9 <u>Exame de sangue</u>			10		
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																
1 <u>Atendimento inicial</u>																																		
2																																		
3																																		
4 <u>St-Saoul</u>																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8 <u>Exame de urina</u>																																		
9 <u>Exame de sangue</u>																																		
10																																		
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO Solicito parecer da <u>Don</u> <u>auto</u> às _____ do dia ____/____/____ Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____																																		
DESTINO DO PACIENTE DATA <u>28, 09, 16</u> SAÍDA <u>9 34</u> HORAS: <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Centro cirúrgico</td> <td><input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)</td> <td><input type="checkbox"/> Alta hospitalar</td> <td><input type="checkbox"/> Decisão médica</td> <td><input type="checkbox"/> A pedido</td> <td><input type="checkbox"/> A reavalia</td> <td><input type="checkbox"/> Desistência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td><input type="checkbox"/> Até 48 hs.</td> <td><input type="checkbox"/> Após 48 hs.</td> <td><input type="checkbox"/> Família</td> <td><input type="checkbox"/> JIML</td> <td><input type="checkbox"/> SVO</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> A reavalia	<input type="checkbox"/> Desistência	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Até 48 hs.	<input type="checkbox"/> Após 48 hs.	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> JIML	<input type="checkbox"/> SVO																				
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar	<input type="checkbox"/> Decisão médica	<input type="checkbox"/> A pedido	<input type="checkbox"/> A reavalia	<input type="checkbox"/> Desistência																												
<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Até 48 hs.	<input type="checkbox"/> Após 48 hs.	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> JIML	<input type="checkbox"/> SVO																													
Dr. THAÍSE AGUIAR <u>RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO</u> ASSIN CRM _____ CARIMBO <div style="text-align: right;"> ASSIN ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL </div>																																		

F(NG).CC.001-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



947361
SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO BE.: 950663
DT. NASC.: 20/01/1988
MRE: MARIA ANA DA SILVA

END.: CARNAUBA
N. S/N - ZONA RURAL
SAPE
FONE: ()
CELULAR: (83) 991942842
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 20/09/2016 01:24:49

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA: () Domicílio () Ambulância de resgate () Ambulância SAMU () Polícia			
TIPO DE ACIDENTE: () Moto () Automóvel () Ônibus () Bicicleta () Atropelamento () Envenenamento () Incêndio () Explosão () Arma de Fogo () Arma branca () Outros			
TIPO DE LESÃO: () Fratura fechada () Ferimento aberto () Esmagamento () Laceração () Queimadura () Mordedura () Objeto encravado () Ferimento contínuo () Amputação membro () Outros			
LOCAL DA LESÃO: () Membro sup. () Membro inf. () Tronco () Cabeça e pescoço () Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:			
EXAME FÍSICO PA: ____ / ____ mmHg P: ____ bpm SpO2: ____ Tax: ____			
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: () Isocóricas () Anisocóricas Tamanho: () Midriase () Miose			
Sistema Respiratório: () Ventilação invasiva () Ventilação espontânea () Vias aéreas pervias () Tranqueostomia () Respiração rápida () Obstrução parcial das vias aéreas () Respiração ruidosa () Suporte ventilatório não invasivo () Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório: () Pulso ausente () Pele fria e úmida () Perfusão tissular satisfatória () Taquicardia () Bradicardia () Perfusão tissular comprometida () Palidez () Outros:			
Sistema Digestório: () HDA () Uso de SNG () Vômitos () Dor à palpação superficial () HDB () Corpo estanho () Dor à palpação profunda () Rigidez abdômen () Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário: () Disúria () Hematuria () Oligúria () Polúria () SVD () Outros			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: () Hipertensão () Diabetes () Câncer () Alergias () Cirurgias () Internações () Outros: Especificar: _____			
USO DE MEDICAÇÃO? () Sim () Não Especificar: _____			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? () Sim () Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:			
DESTINO:		ENFERMEIRO:	COREM:

F(NG) ENF 022-1





AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

PROCEDÊNCIA:

() Domicílio () Ambulância de resgate () Ambulância SAMU () Polícia

TIPO DE ACIDENTE:

() Moto () Automóvel () Ônibus () Bicicleta () Atrapeamento () Envenenamento () Incêndio () Explosão () Arma de Fogo () Arma branca () Outros

TIPO DE LESÃO:

() Fratura fechada () Ferimento aberto () Esmagamento () Laceração () Queimadura () Mordedura () Objeto encravado () Ferimento contínuo () Amputação membro () Outros

LOCAL DA LESÃO:

() Membro sup. () Membro inf. () Tronco () Cabeça e pescoço () Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA: ____/____mmHg

F: ____bpm

SpO2: ____

Tax: ____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: () Isocóricas () Anisocóricas Tamanho: () Míope () Miopia

Sistema Respiratório:

() Ventilação invasiva () Ventilação espontânea () Vias aéreas pervias () Tranqueostomia () Respiração rápida () Obstrução parcial das vias aéreas () Respiração ruidosa () Pulso ausente () Pele fria e úmida () Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

() Taquicardia () Bradicardia () Perfusionamento tissular satisfatório () Palidez () Outros:

Sistema Digestório:

() HDA () Uso de SNG () Vômitos () Dor à palpação superficial () HDB () Corpo estanho () Dor à palpação profunda () Rigidez abdominal () Distensão abdominal

Sistema Genito-uritário:

() Disúria () Hematuria () Oligúria () Polúria () SVD () Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

() Hipertensão () Diabetes () Câncer () Alergias () Cirurgias () Internações () Outros:

USO DE MEDICAÇÃO?

() Sim () Não

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TETANO?

() Sim () Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:





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

Atendimento: **000000050642**

Idade: **28 anos**

Paciente: **SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO**

Data: **28/09/2016**

RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO -

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Fraturas no segmento distal do rádio, no processo estilóide da ulna e no quinto metacarpo, sem desvios significativos de fragmentos ósseos.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:44 .

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





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

Atendimento: 000000050642

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Idade: 28 anos

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar ou de coleção pleural.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca normal.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA



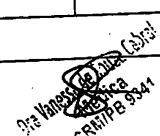
Estudo radiográfico do tórax dentro dos padrões da normalidade.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:45 .

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	REQUISIÇÃO DE EXAMES	
	NOME: <u>Genaro Sebastião Belizario</u> Nº. BE: <u>950663</u>		
SEXO: M () F () NASCIDO EM: <u> / / </u> ENF. / LEITO: <u> </u> CLÍNICA: <u> </u>			
DADOS CLÍNICOS:			
MATERIAL:			
EXAMES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA <input type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM <input type="checkbox"/> URÉIA <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> SÓDIO / POTÁSSIO <input type="checkbox"/> GASOMETRIA <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA (EAS)		OUTROS: <u>RX tórax PA / Perfil</u> <u>RX punho @ AP / Perfil</u> <u>Exames Realizados</u> <u>Dr. Junior</u>	
OBS.			
<u>28/09/16</u> DATA E HORA - SOLICITAÇÃO	 ASSINATURA E CARIMBO - MÉDICO	<u> / / </u> DATA E HORA - COLETA	ASS. E CARIMBO - TÉCNICO COLETADOR.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTDE	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		35 - QTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)					
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		37 - CID 10 PRINCIPAL		38 - CID 10 SECUNDÁRIO	
40 - OBSERVAÇÕES		39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
SOLICITAÇÃO					
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - DATA DA SOLICITAÇÃO		45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - DOCUMENTO		44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)					
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				55 - CNES	





CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Greg S. Davis

DATA DO ATENDIMENTO: 28.09.16

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): 

DIAGNÓSTICO: Fraqueza dos músculos do

PROCEDIMENTO: Acabado e Tomada

1. Task

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

198235374870009
 CN
 ORTOPEDIA - CRM/SP 1595
 Rua do Machado

[illegible]



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar ou de coleção pleural.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca normal.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico do tórax dentro dos padrões da normalidade.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:45.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





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

Atendimento: 000000050642

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Idade: 28 anos

Data: 28/09/2016

RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO -

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Fraturas no segmento distal do rádio, no processo estilóide da ulna e no quinto metacarpo, sem desvios significativos de fragmentos ósseos.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 05:44 .

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB





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

Atendimento: 000000050642

Idade: 28 anos

Paciente: SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO

Data: 28/09/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Exame realizado sob a indicação clínica de TCE.

Análise:

- Fratura no assoalho dos seios maxilares, associado a hemossinus.
- Conteúdo preenchendo o seio esfenoidal.
- Hematoma agudo subgaleal frontal esquerdo.
- Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.
- Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/09/2016 08:25 .

Dr. Lautonio Junior Loureiro
CRM: 5053 - PB





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 08211049422	Nome completo da vítima Severino Sebastião Belizário
---------------------------	------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Severino Sebastião Belizário	CPF titular da conta 08211049422	Profissão agricultor
Endereço Sítio Bonmaíba	Número Km	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Sape	Estado PB
Email	CEP 58340000	Telefone (DDD) 993212682
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.		

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> Baixa 104	
CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 0922	
		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 01806 8	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Severino Sebastião Belizário 20 de setembro de 2018
Local e Data

Severino Sebastião Belizário
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





AUTO-ATENDIMENTO - AG. SAPE

DATA: 11/07/2018

HORA: 12:56:08

TERMINAL: 09221908

CONTROLE: 092219080193

AGÊNCIA: 0922 - SAPE

CONTA: 023.00001806-8

CLIENTE: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DIA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			4,26C
Julho			
04	000004	PARSEG-DES	954,00C
05	050835	SAQUE ATM	958,00D

RESUMO

SALDO	0,26C
APLICACAO C/RESG.AUTOM	0,00C
CREDITOS A CONFIRMAR	0,00C
DEBITOS A CONFIRMAR	0,00D
TOTAL LIMITES	0,00C
SALDO TOTAL	0,26C
SALDOS BLOQUEADOS	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,26C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

RETIRE NOVO EXTRATO SEM TARIFA A PARTIR
DO PROXIMO MES



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Sebastião Belizário,

RG nº 3444396, data de expedição 10/05/06, Órgão SSP,

CPF nº 08211049422, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Bonanilha</u>
Número	<u>1m</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Sape</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58340000</u>
Telefone de Contato	<u>993212681</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 20/09/2018

Assinatura do Declarante: Severino Sebastião Belizário





Num. 23146065 - Pág. 4

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

Severino Sebastião Belizário

CPF da Vítima

08211049422

Data do Acidente

27/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

(PF 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.

20 de setembro de 2018

Local e Data


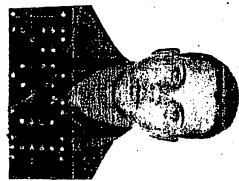
Severino Sebastião Belizário

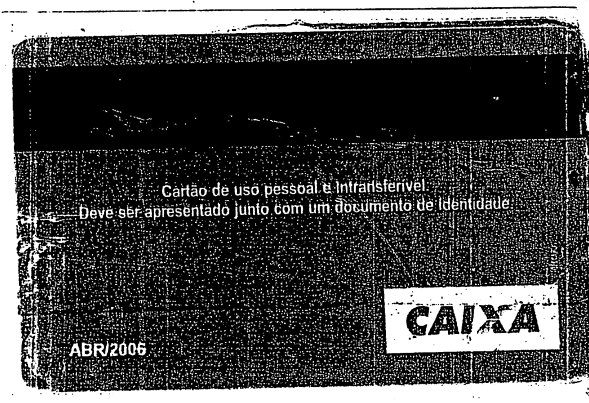
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EMISSÃO: 10 MAI 2006	
DIP: 123  		Nº 3444396 SOBRENOME: SEVERINO NOME: SEBASTIÃO BELIZARIO	
Assinatura do Titular: <i>Sebastião Belizario</i> CARTEIRA DE IDENTIDADE		Nome Completo: Sebastião Pedro Belizario Nascimento: 20.01.1988 Local de Nascimento: Sapé-PB Cert. Nasc. 24.489. Fls. 52. Liv. A/25. Cart. de Sapé-PB	
		Assinatura do Diretor: <i>[Assinatura]</i> LEI Nº 7.118 DE 29/08/83	



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: SEVERINO SEBASTIÃO BEUZARIO
Qualificação: Dono, agricultor
CPF/MF: 082 110 494. 22 RG: 3444396 SSP/PB
Endereço: Sítio Bonança, em Área Rural
Supe-PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.


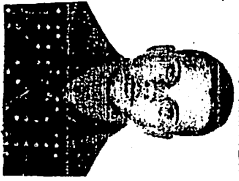
GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

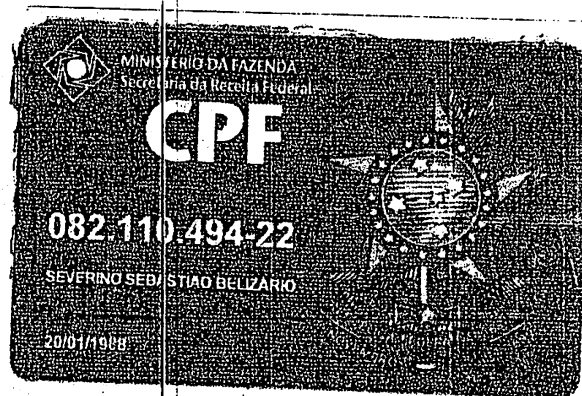
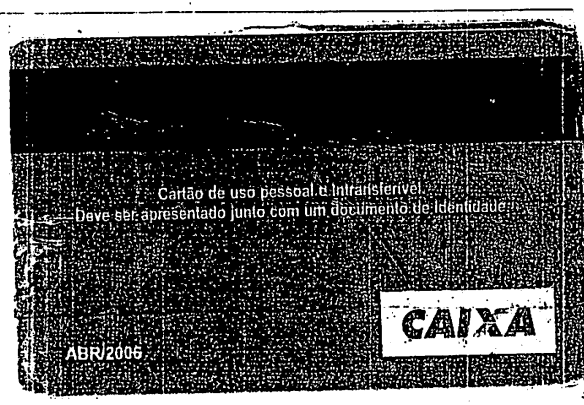
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, de _____ de 2019.


Severino Sebastião Beuzario
Outorgante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO		VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 3444396 DATA DE EMISSAO: 01 MAI 2006	
 		SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO Sebastião Pedro Belizario Maria Ana da Silva Sapé-PB DATA DE NASCIMENTO: 20.01.1988	
Assinatura do Titular: <i>Sebastião Sebastião Belizario</i>		Cert. Nasc. 24.489. Fls. 52. Liv. A/25. Cart. de Sapé-PB Assinatura do Diretor: <i>[Signature]</i> LEI Nº 7.115 DE 29-08-83	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367095/18

Vítima: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

CPF: 082.110.494-22

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 27/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO SEBASTIAO
BELIZARIO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

*Sinistro
3180/470208*

SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO : 082.110.494-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO
CPF: 082.110.494-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01298.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01298.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:53 horas do dia 12 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Sebastião Belizario**, CPF nº 082.110.494-22, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Trabalhador Rural, filho(a) de Maria Ana da Silva e Sebastião Pedro Belizario, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 19/01/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Carnauba, complemento ZONA RURAL, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Casa de Farinha, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99321-2681.

Dados do(s) Fatos:

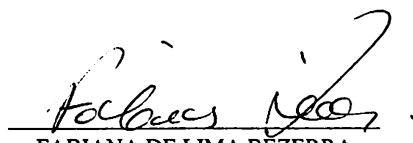
Local: Pb 041, Perto de Finado Bodeiro, Sentido Capim/sapé, Capim/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/09/16 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN MIX KS, PRETA, 2009/2010, PLACA MOL3092/PB, CHASSI 9C2KC1610AR02227, registrada em nome do noticiante, quando perdeu o controle numa curva vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 31.01.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


SEVERINO SEBASTIÃO BELIZARIO
Noticiante

Procedimento Policial: 01298.01.2018.1.00.420



DIVISÃO MÉDICA
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Severino Sebastião Belizário
DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1988
NOME DA MÃE: Maria Ana da Silva

DADOS EXTRAÍDOS
BAE Nº: 149.321
DATA DE ENTRADA: 27/09/2016
HORA DO ATENDIMENTO: 21:59h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AValiação Inicial: Paciente vítima de queda de moto, estava sem capacete, bateu a cabeça. Nega perda de consciência. Refere sangramento nasal no momento do acidente (sic). Nega alergias. Nega vômitos e náuseas.

Ao Exame: Consciente e orientado, sem sonolência.

CONDUTA: Realizado medicação e Raio X de crânio. Solicitado avaliação neurológica. Paciente é encaminhado para conduta e avaliação especializada em Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

MEDICAÇÕES: Dipirona Sódica, Diclofenaco sódico.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 28/08/2018

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape
Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
HGM

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





RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn - PB 057
CNES: 7666772 - Tel.: 8332929050

Paciente SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO		BAE 149321	Data/Hora Entrada 27/09/2016 21:59:48	Data Baixa
Data de nascimento 20/01/1988	Idade 28	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 900000000
Mãe MARIA ANA DA SILVA			Prontuário	
Endereço CARNAUBA, S/N		Bairro ZONA RURAL	Município SAPE	UF PB
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional KARINA DOS SANTOS BARBOSA	Nº Cons. Regional 10103/PB	
Data/Hora Classificação 27/09/2016 22:13:36			Data/Hora Prescrição 27/09/2016 22:24:30	

Anamnese

QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE. BATEU CABEÇA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA VÔMITOS E NAUSEAS. NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM SONOLÊNCIA. REFERE SANGRAMENTO NASAL NO MOMENTO DO ACIDENTE (SIC). DOR. SEM CORTES. NEGA ALERGIA A MEDICAÇÃO

MEDICAMENTO / RADIOLOGIA

DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, ADMINISTRAR 2,0 AMPOLA VIA EV, AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML, ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA IM, AGORA

RADIOGRAFIA DE CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.0	Traumatismo superficial de região não especificada do corpo

KARINA DOS SANTOS BARBOSA
(10103/PB)

SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome SEVERINO SEBASTIAO BELIZARIO		
Data de 20/01/1988	Nº Boletim Emergencia 149321	Prontuario
Material a examinar		
RADIOLOGIA RADIOGRAFIA DE CRANIO		

27 de Setembro de 2016

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laboratório análises clínicas





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0842682-90.2019.8.15.2001

DESPACHO

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia médica. Portanto, a audiência prévia de conciliação poderá ser postergada para momento posterior ao do exame pericial, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Em consequência, CITE-SE a promovida para oferecer contestação, em 15 dias úteis, querendo, sob pena de revelia.

DEFIRO a justiça gratuita, consoante art. 98 do NCPC (ID 23146074).

CUMPRA-SE.

J.Pessoa, 6/8/2019

ONALDO ROCHA DE QUEIROGA

Juiz da 5ª Vara Cível

