
Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190441634

Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Data do Acidente: 08/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DÁMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0248432139

3 - CPF da vítima:

119.847.204-90

4 - Nome completo da vítima:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

6 - CPF:

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

Rua Prof. EDUARDO RANDEL DE PAIVA

9 - Número:

180

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JOÃO AGRIPINO

12 - Cidade:

CARUÍNA GRANDE

13 - Estado:

PARANÁ

14 - CEP:

58.423-246

15 - E-mail:

16 - Tel/(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ 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. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

479861

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (se houver)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

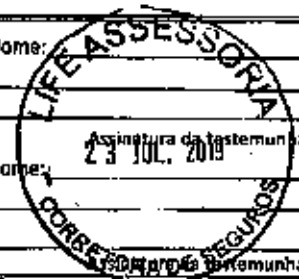
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º Nome:

CPF:



40 - Local e Data: 1000 Pousada 23 10/7/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADOS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0298432139

3 - CPF da vítima:

119.847.204-90

4 - Nome completo da vítima:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo:

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

6 - CPF:

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA PROF. EDUARDO PINHEIRO DE MATA

9 - Número:

180

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

JOÃO AGRIANO

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PARANÁ

14 - CEP:

53.123-246

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0041

CONTA:

479861

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 nascidos (ou nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na 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

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha
23 JUL 2019
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

JOÃO PESSOA 23 10/7/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1107066



Identificação do paciente						
ID 1324371	Nome LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	Sexo Feminino				
Data de nascimento 28/05/1998	Idade 10 anos 11 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Parentesco		
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA	Pai IRANILDO DE LIMA BENTO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) SILVANIA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991319110	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4136940	Nº Cis				
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	QBC/R				
Endereço						
CEP 69040800	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro HILTON SCOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO			
Número 6601	Complemento	Bairro PORTAL DO SOL				
Admissão						
Data e Hora 08/09/2018 20:01:53	Número do pulso 1000006283482	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhes do acidente ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte SARU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Assinado por ELISA VIEIRA DA SILVA						
Tempo 01min 03seg						



Rita de Cassia A. de Silva
Enfermeira
08/09/2018 20:02

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000479861-4

Nr. da Autenticação E3DE824B989939AC

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE ARAPIRACA
Rua Fernando Costa, 220 - Jaqueira João Pessoa - PB
CEP: 58.013-070 - CAGEPA: 08.123-6546/001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
ENDEREÇO E TELEFONE

12106946

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARCIA BRASILIRO LIMA
RUA PRFO EDNALDO RANGEL DE PAIVA, 180 - JOAO
AGRIPINO CAMPINA GRANDE PB 58421-246

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.072.880.0152.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y13N707698	02/02/2013	EXTRA LIGADO			POTENCIAL	
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1186	1204	18	30	22/03/2019		
RES. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. ÁGUA	ANEXO 20	PORT. 05/2017	ME.	
JAN/2019	18	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2018	18	TURBIDEZ	0	0	0	
NOV/2018	21	CLORO	0	0	0	
OUT/2018	19	COL. TERMOCT	0	0	0	
SET/2018	26	COR	0	0	0	
AGO/2018	23	COL. TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	20	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 23/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:03:46

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	8 M3	39,12
ESGOTO		
PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 01/13		38,80

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,33 PIS E COFINS: R\$ 12,743/17

VENCIMENTO: 06/03/2019 Total a Pagar: R\$ 115,83

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
*** ACOMPANHE COM ESTA SERIE APLICADA SEM DIFERENÇA ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.CORR.BR *** DECLARAÇÃO: NÃO EXISTE DEBITO
DE FATURAS DE 2018 - LEI 12607/20

**CAGEPA**

ENTRADA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
12096946	FEV/2019	06/03/2019	R\$ 115,83

8269000001 7 15830010018 3 01204694601 2 02201900003 9





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1107088



Identificação do paciente						
ID	Nome			Sexo		
1524371	LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO			Feminino		
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Promissão		
28/05/1998	18 anos 11 meses 11 dias					
Mãe			Pai			
MARCIA BRASILEIRO LIMA			ERANILDO DE LIMA BENTO			
Escalação			Responsável (Parentesco)			
			SILVANIA SARA RAMOS MEDEIROS - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo		
83	984319110					
Tipo documento	Número documento	M° Cns				
RG (IDENTIDADE)	4136040					
Local de procedência	Tipo		UF			
BR 230	BAIRRO		PB			
Email	Naturalidade	CBO/R				
	CAMPINA GRANDE					
Endereço						
CEP	Município de residência	UF	Logradouro			
68042900	JOÃO PESSOA	PB	HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO			
Número	Complemento	Bairro				
6501		PORTAL DO SOL				
Admissão						
Data e Hora	Número da carteira	Comênio				
08/09/2018 20:01:53	100006283482	SUS				
Especialidade	Clínica					
CIRURGIA GERAL						
Classificação de risco	Origem do paciente					
	RODOVIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente				
	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO)				
Indicadores e Transporte						
Caso policial	Plano de saúde	Via de ambulância	Trauma			
Não	Não	Não	Não			
Meio de transporte	Quem transportou					
SABU						
Sinais Vitais						
PA	Pulso		Temperatura			
X						
Exames complementares						
Rote X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Código clínico						
Organismo						
Rita de Cássia A. da Silva						
Estimado						
23/09/2018						
Tomo						
Dimitri Ozeir						



Imprimir



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO
DADOS DE NASCIMENTO 28/09/98
NOME DA MÃE MARCIA BRASILEIRO LIMA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.107.066
Nº PRONTUÁRIO 110.954
DATA DO ATENDIMENTO 08/09/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S) FERIMENTO DA CAVIDADE ORAL + FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA + TRAUMATISMO DO BAÇO
CID 10 S 01.5 + S 02.6 + S 36.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (capotamento), trazida pelo SAMU, apresentando trauma de face com dor e ferimento corto-contuso em mucosa oral com perda de elementos dentários + dor em abdome e região lombar + abrasões em antebraço E, além de hipocorada (2/4+) e equimose em hemiabdomen E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da face
TC do abdome
RX do tórax - AP
RX da coluna lombar-sacra - AP e P
RX da bacia - AP



TRATAMENTO:

Fratura cavalgada de mandíbula à TC da face. Líquido livre em abdome superior e pelve com área de alteração de densidade caentral do baço à TC do abdome. Sem alteração aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico da laceração do baço com laparotomia exploradora e eletrocoagulação pelo Dr. Fábio Kennedy e Dr. Gerardo Camilo da equipe da Cirurgia Geral e da fratura da face pelo Dr. Talvane Sobreira e equipe da BucoMaxiloFacial.

ALTA HOSPITALAR: 20/09/18
DATA DA EMISSÃO: 22/01/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



ANEX D



Larissa Gabrielle Brasileiro Bento - 28.09.1998 (20a 0m)
16.10.2018 13:41:15 - Dr(a) Jeová Clementino de Almeida Júnior - 70018

TEX D



1

740R01

Larissa Gabrielle Brasileiro Bento - 26.09.1998 (20a Dm)
08.10.2018 14:51:05 - Dr(a) Olavo Hostor - 140809

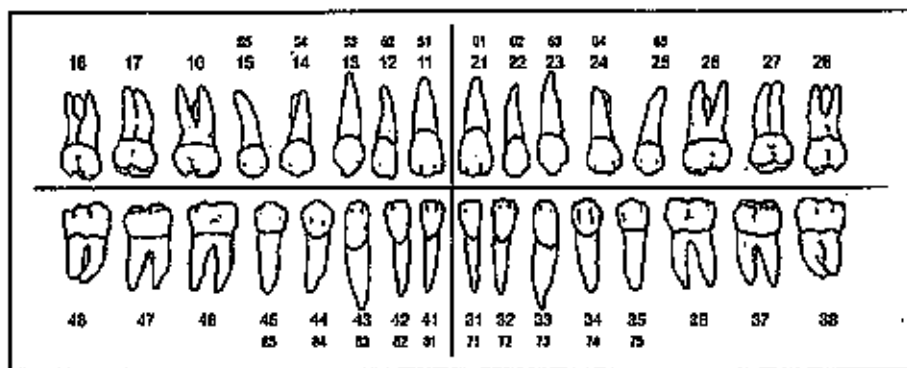


Lauda Odontológica
Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Idade: 20 anos e 0 meses

Sexo: Feminino

Data: 08/10/2018

Doutor(a): Olavo Hostor

Radiografia para controle de tratamento pós-cirúrgico.

* Septo nasal sem apresentar desvio significativo.

* Projeção da cabeça da mandíbula lado direito e esquerdo não sugere mudanças ósseas significativas nesta incidência.

MAXILA

* Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.

* Presença de todos os dentes permanentes.

* DENTE 18: Semi-incluído impactado.

* DENTE 28: Microdente incluído impactado.

MANDÍBULA

* Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.

* Ausência do dente 38.

* Note traços radiolúcidos compatível com fratura no corpo da mandíbula lados direito e esquerdo, associados a barras e parafusos metálicos compatível com osteossíntese.

* DENTES 37, 47: Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie extensa com comprometimento pulpar.

* DENTES 36, 46(m): Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie. Confirmar clinicamente (dente 36).

* Presença do fio metálico envolvendo os dentes 43/44/45/46.

* DENTE 46: Observa-se imagem radiolúcida periapical e periradicular na raiz mesial sugerindo inflamação.

* DENTE 48: Semi-incluído impactado. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.


 Dra. Renata Almeida Barros
 CRO 3700 - PB

 Dra. Ianny Alves Ruy
 CRO 1925 - PB

 Dra. Marcela Almeida Azevedo
 CRO 1117 - PB

 Dra. Cassiana Suelly Almeida
 CRO 1207 - PB

Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com o clínico

UNIDADE PRATA

 Rua Nilo Peçanha, 481 - Fone: (83) 3343-5000
 Campina Grande - PB

UNIDADE CENTRO

 Rua Irineu Joffily, 132 - Fone: (83) 3341-7700
 (83) 98886-0061 (WhatsApp) - Campina Grande - PB

Lauda Odontológica

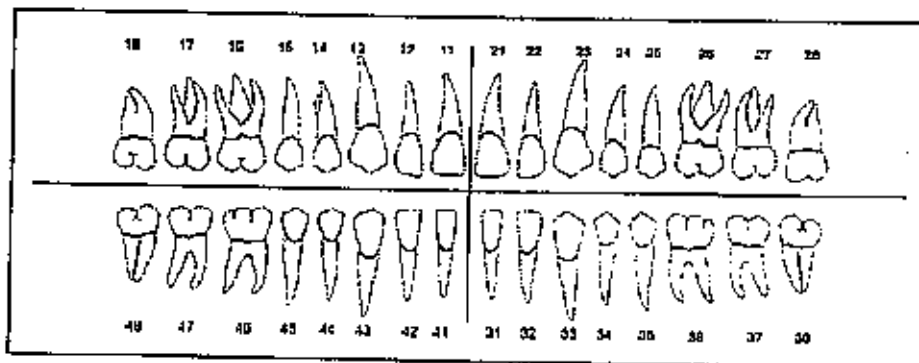
Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Nasc. [Idade]: 28/09/1998 [20 anos e 0 meses]

Sexo: Feminino

Data: 16/10/2018

Doutor(a): Jeová Clementino de Almeida Júnior



PANORÂMICA DOS MAXILARES

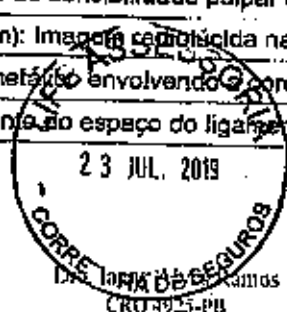
- * Seios maxilares com transparência normal.
- * Projeção da cabeça da mandíbula lado direito e esquerdo não sugere mudanças ósseas significativas nesta incidência.
- * Cristas ósseas alveolares dos dentes presentes com altura preservada.

MAXILA

- * Presença de todos os dentes permanentes.
- * DENTE 18: Semi-incluso impactado.
- * DENTE 22: Desgaste do bordo incisal. Avaliar clinicamente. Indicamos radiografia periapical para melhor visualização de detalhes e avaliação da região periapical.
- * DENTE 28: Microdente incluso impactado.

MANDÍBULA

- * Ausência do dente 38.
- * Note traços radiolúcidos compatíveis com fratura na região de trígono retromolar lado esquerdo estendendo-se à base da mandíbula e no corpo da mandíbula lado direito, associados à fixação metálica rígida. Note solução de continuidade na base de mandíbula lado direito, na altura da região do dente 44.
- * DENTES 37, 47: Destruição parcial da coroa. Verificar possível envolvimento com a câmara pulpar. Observe aumento do espaço do ligamento periodontal apical na raiz mesial do dente 47. Indicamos teste de sensibilidade pulpar destes dentes para melhor avaliação.
- * DENTES 36, 46(m): Imagem radiolúcida na coroa sugerindo cárie.
- * Presença de fio metálico envolvendo coroa dos dentes 43-44-45-46.
- * DENTE 46: Aumento do espaço do ligamento periodontal na raiz mesial.



Dra. Renata Almeida Barros
CRO 3790-PB

Dra. Janna de Góes Ramos
CRO 447-PB

Dra. Marcella Almeida Azevedo
CRO 447-PB

Dra. Alessandra Suely Almeida
CRO 1207-PB

"Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com o clínico"

Lauda Odontológica

Paciente: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Nasc. [Idade]: 28/09/1998 [20 anos e 0 meses]


Data: 16/10/2018

Sexo: Feminino

Doutor(a): Jeová Clementino de Almeida Júnior

* DENTE 48: Semi-incluído impactado. Retenção mésio-angular. Radiograficamente sugere proximidade com o canal mandibular.




Dr. Renata Almeida Barros
CRO 3790 - PB

Dr. Janny Alves Ramos
CRO 4925 - PB

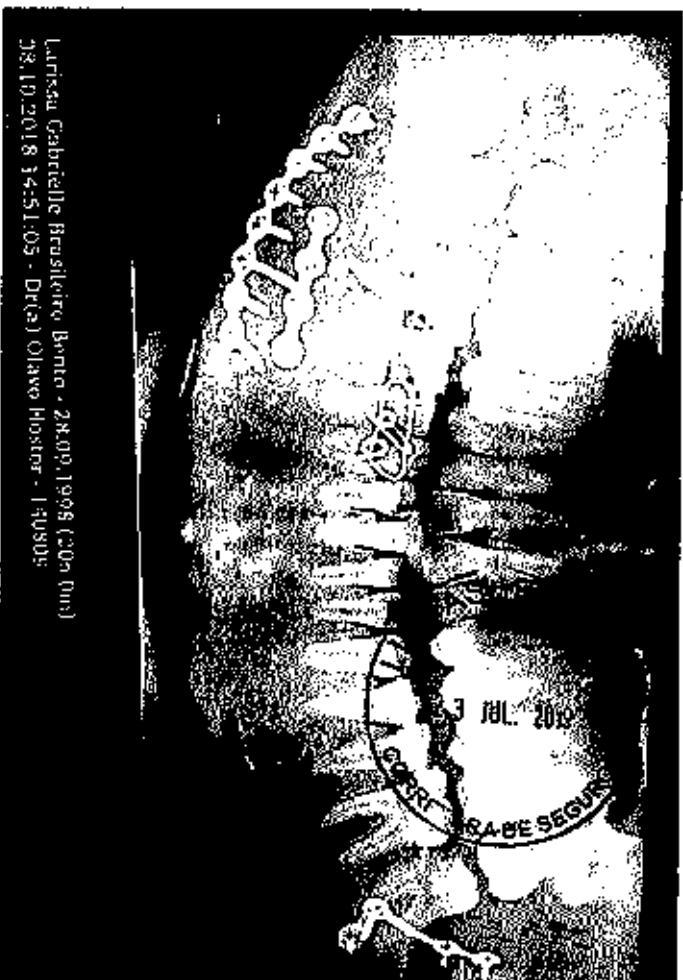
Dr. Marcela Almeida Azevedo
CRO 4447 - PB

Dr. Cassandra Suely Almeida
CRO 1207 - PB

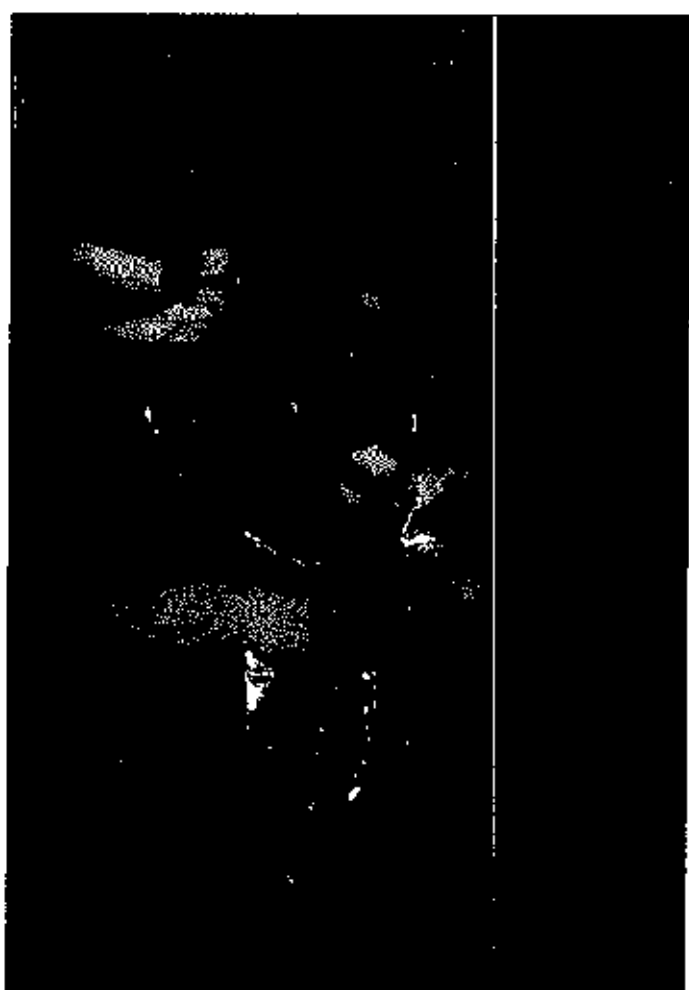
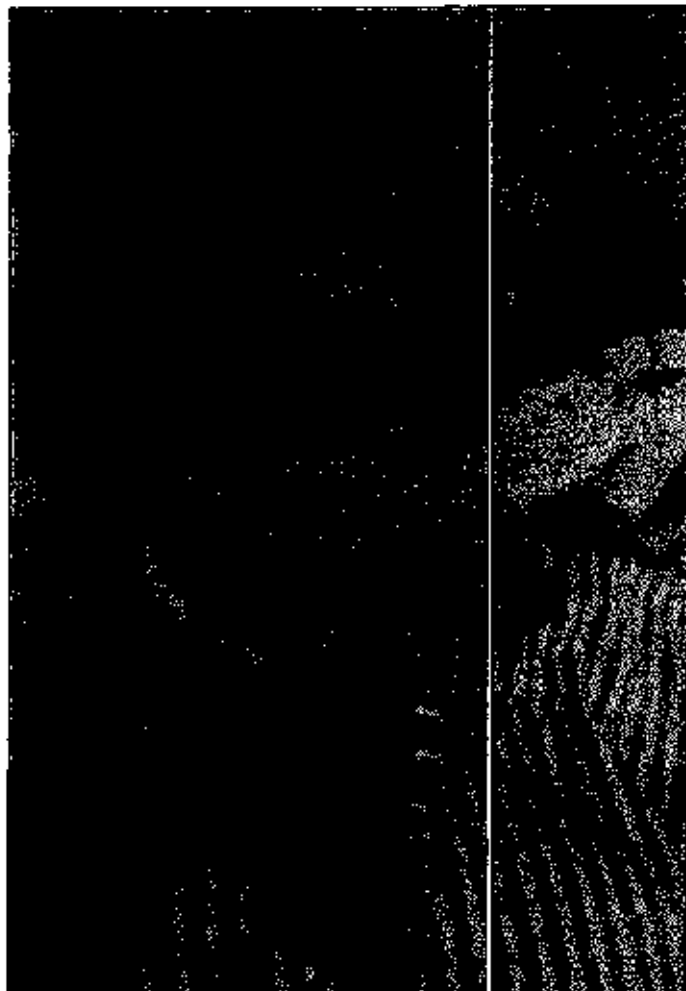
"Este resultado é conclusivo após avaliação e correlação com a clínica"

UNIDADE PRATA
Rua Nilo Peçanha, 481 - Fone: (83) 3343-5000
Campina Grande - PB

UNIDADE CENTRO
Rua Irineu Joffly, 132 - Fone: (83) 3341-7700
(83) 98886-0061 (WhatsApp) - Campina Grande - PB



Larissa Gabrielle Brasileiro Bonto - 28.09.1998 (20a An)
 08.10.2018 14:51:05 - Dica) Olavo Hoster - 140805



GOVERNO
DA PARAIBAHospital Estadual de Emergências e Trauma
Senador Humberto Lucena

Área Vermelha Hospital

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente		LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		BAE		1107066		08/09/2018 20:01:53		Data/Hora Entrada	
Data de nascimento		28/09/1998		Idade		19a 11m 12d		Sexo		Feminino	
Nome		MARCIA BRASILEIRO LIMA		Bairro		PORTAL DO		Município		JOAO PESSOA	
Endereço		HILTON SCUTO MAIOR - DE 1 AO 11M - LADO ESQUERDO.		UF		PB		Município		JOAO PESSOA	
Acidente		ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)		Motivo		ACIDENTE DE AUTOMOVEL		Profissional		OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONÇA	
Data/Hora Classificação		08/09/2018 20:01:53		Data/Hora Prescrição		08/09/2018 00:54:50		3º Cons. Regional		4149/PB	

Laminese

#BMF#

PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU EM FRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL COM RELATO DE CAPOTAMENTO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, APRESENTANDO FERIMENTO CORTO-CONTUSA EM MUCOSA ORAL E ABRASÕES EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. MOBILIDADE DOS MMIS E MMII PRESERVADA. AO EXAME DE IMAGEM (TC DE FACE) APRESENTA FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA (CORPO D E ÂNGULO E

CD: 1. REALIZADO OPONTOSINTESE COM REDUÇÃO EM FRATURA CAVALGADA DE CORPO MANDIBULAR DIREITO;

2. SUTURA INTRA ORAL EM FUNDO DE SÚCO INFERIOR E REGIÃO DE MENTO;

3. AGUARDAR ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO PELA BMF.

Conduza

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONÇA
(4149/PB)

Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 08/09/2018 20:07:56



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700


CNFS: 454554

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		BAE 1107068	Data/Hora Entrada 08/09/2018 20:01:53	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 18a 11m 12d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 981318119
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA			Prontuário	
Endereço HYLTON BOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501		Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEI	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 9080/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2018 20:01:53			Data/Hora Prescrição 08/09/2018 23:41:28	
Anamnese				
AVALIAÇÃO				
PRESCRIÇÃO POS OPERATÓRIA				
DIETA				
DIETA ZERO, VIA NENHUMA				
MEDICAÇÃO				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)				
SOLUÇÃO GLICOSADA 5% SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)				
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H				
Diluir				
CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H				
Diluir				
LIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML				
DMENIDRINATO, PIRIDOXINA, VIT.B6, GLICOSE, D-FRUTOSE, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, 6/6H. (OBSERVAÇÕES: SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS)				
DIMETICONA 75MG/ML GOTAS (FRASCO 15 ML), ADMINISTRAR 60,0 GOTA(S) VIA S.N.G, 6/6H				
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)				
Diluir				
RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML				
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)				
Diluir				
TENOXCAM 20MG INJETAVEL (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 20,0 MG				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)				
Diluir				
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML				
CUIDADOS				
Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 08/09/2018 20:02:56				
AFERIR PA E FC				

Documento de Alta

Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO		Número Prontuário: 110864	
Data de 28/09/1998	Sexo: Feminino	Data de internação: 09/09/2018 08:00:34	Data de Alta: 20/09/2018 09:43:53
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE NO MOMENTO EM POS AOPERATORIO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE MANDIBULA , AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO OU SINAIS DE INFECÇÃO , APTA PARA ALTA			
Resumo da Internação: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO , APRESENTANDO POLITRAUMATISMO , LESAO ESLENICA E FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA , SUBMETIDA A LAPAROTOMIA PELA CIRURGIA GERAL E REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA MANDIBULAR			
Resultado de Exames: TC DE FACE , TC DE ABDOMEN			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO SOB ANESTESIA GERAL EM DOIS TEMPOS , LAPAROTOMIA E REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MANDIBULA			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: EM ANEXO			

Data: 20/09/2018


CLÁRISSA BARBOSA CAMPELO
SALVÃO
CRM: 2537 - PB



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Número: _____
 Paciente: Harisson Gabriel de B. Brito
 Procedimento: ECG. Fast. Manualmente
 SUS: (X) Não SUS ()
 Médico: Roberto S. S. Silva

Prontuário: 110.70.66
Data: 18.09.2008
Reposição: _____

Data: _____

Caixa Postal: _____

[illegible][illegible]

ASSINATURA DO MEMBRO DO CTB 2

ASSISTENTE DE GERENCIAMENTO - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSABILI



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

MASC

9 - SEXO

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - CEP

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

(2,0) - Co. Placa "A" de 0,5 +

Pl. 00000000000000000000

Pl. 00000000000000000000

Pl. 00000000000000000000

Pl. 00000000000000000000



39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

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

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

1 - CNS

2 - CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - DOCUMENTO

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

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

1 - CNS

2 - CPF

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Larissa Gabrielle Brasilero Porto BE/Prontuário: 110 7066
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/09/18
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Redução de Fratura de Mandíbula Bilateral
 Cirurgião: Dr. Tolimé Saboia 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 08:00 Término 09:30

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Mandíbula</u>	<u>S02.6</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fratura de Mandíbula</u>	<u>S02.6</u>



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Saboia
 RAXRD-FACAL
 2262

João Pessoa, 18/09/18

•

[illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Handwritten Signature]
HETSA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH sob anestesia geral
- 2) Anestesia intra e extra oral
- 3) Posicionamento do campo operatório
- 4) Antesepia local

Incisão:

- 5) Incisão submandibular ① e intraoral ②
- 6) Descalamento
- 7) Redução e fixação da fratura ①
- 8) Biópsia maxila mandibular ②
- 9) Redução e fixação da fratura ②

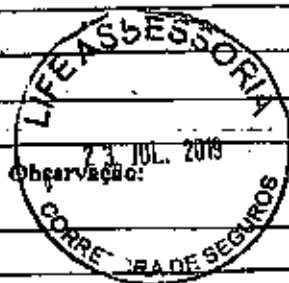
Achados:

- 10) Irregular com S.F 99%
- 11) Sutura dos planos anatômicos
- 12) Curativo
- 13) Aos cuidados da equipe de anestesia

Conduta:

a enfermagem.

Fechamento:



Observação:

[Handwritten Signature]
Sobrinha
VANTAGENS
2102

João Pessoa, 18/09/18

Médico/CRM:



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcação da agenda 02/02/2019 08:31:53	Convênio SUS	
Nome do paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	Data de Nascimento 26/09/1998	
Dados do agendamento		
Data e Hora 08/02/2019 14:00:00 07:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Seção CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agendamento Consulta de Profissional	Especialidade BUCOMAXILOFACIAL	Profissional OLAVO HORTON GONCALVES PEREIRA
Procedimento	Exame	
Observações		





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

LAUDO MÉDICO /
RESUMO DE ALTA

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO				REGISTRO	
19	SEXO	MASC	COR	CINELCA	1107066
DATA DE ADMISSÃO			DATA DE ALTA		9
08/09/2018			17/09/2018		9
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO					T149
EXAME CLÍNICO					
LE+ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO ESPLÊNICA					
NÃO					
INFECÇÃO					
SIM					
NÃO					
CURADO					
OBITO					

PACIENTE SUBMETIDO À PROCEDIMENTO
DE EMERGÊNCIA.
COM BOA EVOLUÇÃO ATÉ O MOMENTO.

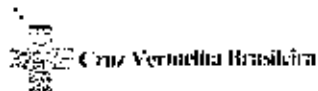
DIETA:	BRANDA
REPOUSO:	Relativo em casa por 60 dias.
	Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias.
	Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se notar febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: ANALGÉSICO+ATH	
RETORNO	ACOMPANHAMENTO A
PONTOS 20/09/2018	ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

17/09/18	CARLOS FRANCA
3792	033 003139

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



Nome: <u>LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO</u>		N de BE: <u>1139458</u>	
Idade: <u>30</u>	Sexo: <u>FEM</u>	Clinica: <u>BNF</u>	Enf.: <u>14</u> Leito: <u>02</u>
Data de admissão: <u>30.01.19</u>		Alta: <u>07.02.19</u>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>OSTEOMIELITE EM REGIÃO DE MANDÍBULA</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>OSTEOMIELITE EM REGIÃO DE MANDÍBULA</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>CLÍNICOS E IMAGENS</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>REMOÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE EM REGIÃO DE MANDÍBULA 30.01.19 DR. AITON NOBREZA DR. OLAVO HOSTON</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim (X) não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>PACIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE FORTES DE MANDÍBULA COM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO. À MESMA SUBMETEU A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE REMOÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE SOB ANESTESIA GERAL, SEM MELHORIA CLÍNICA.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>LÍQUIDO - PROTÉICA</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>10</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>ATB + AINES</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>08.02.19</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>em 30 dias</u> para revisão.			
João Pessoa: <u>08.02.19</u>		Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	1107066	08/09/2018 20:01:53	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
28/09/1998	19a 11m 12d	Feminino	
Mão			Telefone do Contato
MARCIA BRASILEIRO LIMA			(83) 981319119
Endereço	Bairro	Município	UF
HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	PORTAL DO SOL	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)	ACIDENTE DE AUTOMOVELO	GERALDO CAMILO NETO	8089/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
08/09/2018 20:01:53		08/09/2018 21:41:14	

Anamnese

URGIA GERAL - REAVALIAÇÃO

PACIENTE RETORNA COM CENTRO DE IMAGEM, COM PERSISTÊNCIA DO QUADRO DE ABDOMINAL, DORSO E MANDÍBULA.

TOMOGRAFIA DE ABDOMEN SEM CONTRASTE: LÍQUIDO LIVRE EM ABDOMEN SUPERIOR E PELVE. COM ÁREA DE ALTERAÇÃO DE DENSIDADE CENTRAL EM BAÇO.

TC DE FACE: FRATURA CAVALGADA DE MANDIBULA.

AO EXAME: EGR. LOC. HIPOCORADA ++/4.

ABDOMEN: EQUIMOSE EM HCE, DOR ABDOMINAL DIFUSA. COM DB +.

HD: TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO + LÍQUIDO LIVRE.

CD:
SOLICITO SALA EM CC - LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

Conduta

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO	BAE 1138807	Data/Hora Entrada 17/01/2019 16:54:20	Data Baixa
Data de nascimento 28/09/1998	Idade 20a 3m 20d	Sexo Feminina	CNS 705008612636358
Mãe MARCIA BRASILEIRO LIMA			Telefone da Contato (83) 988554164 / (83) 988155943
Endereço HILTON SOUTO MAIOR - DE 1 AO FIM - LADO ESQUERDO, 6501	Bairro PORTAL DO SOL	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo RETORNO - BUCO	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 17/01/2019 16:54:20		Data/Hora Prescrição 17/01/2019 17:20:26	

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO HA 4 MESES APRESENTANDO REAÇÃO AS PLACAS E RETORNANDO COM AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO SUB MANDIBULAR A DIREITA. RELATANDO A PRIMEIRA REAÇÃO NO 15 DIA DE POS OPERATÓRIO. PELO RELATO DA PACIENTE FORAM REALIZADOS OUTRO PROCEDIMENTOS PARA FECHAMENTO DA FISTULA NO LADO DIREITO, EXODONTIAS DOS DENTES 46, 47. A REFERIDA PACIENTE VEIO DE POSSE DE UM RX PANORÂMICO RECENTE ONDE FOI OBSERVADO INSTABILIDADE DO MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA COM PERDA TOTAL DO PARAFUSO PROXIMAL DA PLACA EM "L" DO LADO ESQUERDO E AUSÊNCIA DE SUPORTE ÓSSEO DO 2º PARAFUSO PROXIMAL DO MESMO LADO. OUTRO ACHADO FOI PRESENÇA DO DENTE 37 COM GRANDE DESTRUÇÃO POR CÁRIE E AUMENTO DO ESPAÇO PERICEMENTÁRIO. ACHADOS DO LADO DIREITO FORAM CORROBORATIVOS COM O RELATO DA PACIENTE, ONDE FORA OBSERVADO AUSÊNCIA DOS DENTES 46 E 47, PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE ÓSSEA COM ÁREA DE ABSORÇÃO NA ÁREA DO 3º PARAFUSO DISTAL DA PLACA BASILAR. PELOS ACHADOS RADIOGRÁFICOS ASSOCIADA AOS RELATOS DA PACIENTE, EXISTE INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO E RETIRADA DAS SÍNTESES ÓSSEAS, SEM COMO LIMPEZA CIRÚRGICA DA REGIÃO OPERADA.

CD.:

1-ALTA COM ORIENTAÇÕES.

CID10

Código	Descrição
S02.6	Fratura de mandíbula

Conduta

Em observação

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

ADRIANO DUARTE QUINTANS
(: 2442/PB)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CÍVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2-204

Carla Maria Gabriel Brasileira Bento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.136.840 DATA DE EMISSÃO 13/12/2012

NOME LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

1.ª ALFABETIZADA IRANILDO DE LIMA BENTO

MARCIA BRASILEIRO LIMA

ASSINATURA DO TITULAR

CAMPINA GRANDE-PB DATA DE EMISSÃO 28/08/1998

1.ª ALFABETIZADA

NASC. N. 74.654 M.B. 45 LIV. A/67

CARTÓRIO 2 CAMPINA GRANDE-PB

219.667.204-90

ASSINATURA DO TITULAR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441634 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. (P1)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA. (P21)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA / LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA. (P4 P19 P21)

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441634 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO **Data do acidente:** 08/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA. (P1)
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO ESPLÊNICA. (P21)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA / LAPAROTOMIA EXPLORADORA) E ALTA MÉDICA. (P4 P19 P21)

Sequelas permanentes: LESÃO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

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 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248432/19

Vítima: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

CPF: 119.847.204-90

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: LARISSA GABRIELLE
BRASILEIRO BENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO : 119.847.204-90

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: 23/07/2019
Nome: LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO
CPF: 119.847.204-90

LARISSA GABRIELLE BRASILEIRO BENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA