

---

**Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190311106**

**Vítima: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO**

**Data do Acidente: 09/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO**

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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190311106

Vítima: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO**

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 0000013877-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|                                                                                                                                |                                         |                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| NR do sinistro ou ASL:<br><b>0153 305/00</b>                                                                                   | CPF da vítima:<br><b>104.465.374.46</b> | Nome completo da vítima:<br><b>Sergio Viana de Silva Neto</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                         |                                                               |
| Nome completo:<br><b>Sergio Viana de Silva Neto</b>                                                                            | CPF:<br><b>104.465.374.46</b>           |                                                               |
| Profissão:<br><b>Atômico</b>                                                                                                   | Endereço:<br><b>Rua das Oliveiras</b>   | Número:<br><b>51N</b> Complemento:                            |
| Bairro:<br><b>Mucumago</b>                                                                                                     | Cidade:<br><b>João Pessoa</b>           | Estado:<br><b>PB</b> CEP:<br><b>58000000</b>                  |
| E-mail:                                                                                                                        | Tel.(DDD):<br><b>93 99869-6973</b>      |                                                               |

DADOS CADASTRAIS

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

REDA MENSAL:

|                                                     |                                                      |                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **4823** ☐ CONTA: **13877** ☐ 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(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.

## 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 (assinalar 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **João Pessoa 07/05/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Sergio Viana de Silva Neto**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

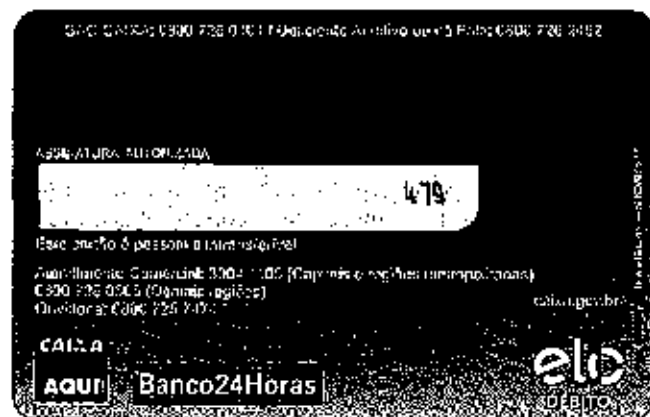
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: **7 maio 2019**  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

|                                                                                                                                |                                         |                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:<br><b>0153 305/09</b>                                                                                   | CPF da vítima:<br><b>104.465.374-46</b> | Nome completo da vítima:<br><b>Sergio Viana de Silva Neto</b> |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                         |                                                               |
| Nome completo:<br><b>Sergio Viana de Silva Neto</b>                                                                            | CPF:<br><b>104.465.374-46</b>           |                                                               |
| Profissão:<br><b>Ator</b>                                                                                                      | Endereço:<br><b>Rua das Oliveiras</b>   | Número:<br><b>211</b> Complemento:<br><b></b>                 |
| Bairro:<br><b>Mucambo</b>                                                                                                      | Cidade:<br><b>Itaó Pomba</b>            | Estado:<br><b>PB</b> CEP:<br><b>58000-000</b>                 |
| E-mail:<br><b></b>                                                                                                             | Tel. (DDD):<br><b>83 49869-6483</b>     |                                                               |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUQUANÇA (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: **4823** CONTA: **13877** **8**

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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 (assinalar 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

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: _____                                                           |
| Grau de Parentesco com a vítima: _____                                                                                                                                                                                  | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____                                                                                                                                                      |                                                                                          |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                           | Se tinha filhos, informar quantos: _____                                                 |
| Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                         | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Itaó Pomba 27/05/2019**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

**Sergio Viana de Silva Neto**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2º Nome: **7** \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ: 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP: 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 904/049, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2283650, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO**, idade 25 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 09/12/2018, na Av. Emília Mendonça Gomes, Bairro: Valentina - João Pessoa, aproximadamente às 19:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Abril de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto

Esportista

**SAMU 192 JP**

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



# 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: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

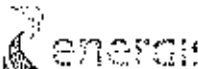
BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000013877-8

---

Nr. da Autenticação 9A89AA28C279D8E9



Unidade: MINOPACCO  
 Destino: RES MTCB1/RESORNCIAL - BARRA REDEA  
 Retorno: 17-5-2025-1030 Referência: Abr/2015  
 Mensagem: 0003140415 Emissão: 23/04/2016

ENERGISA PARATI - DISTRIBUIDORA DE ENER  
R. 200, Km 25 - Estrada R. de Silva - Jd. de P. de S. - CEP 550  
CNPJ 09.025.133/0001-43 - Insc. E. 16.04

Not a Field / Control or Engineering Process  
 Control or Field Automation: 00000

**Assessorio de Cliente EMERSON 0800 083 0196** [Assessor: www.emerson.com.br](http://www.emerson.com.br)

|                    |               |                                  |                |
|--------------------|---------------|----------------------------------|----------------|
| Conta referente a: | Apresentação: | Data prevista de<br>proximidade: | CPF/CNPJ:      |
| Abr / 2019         | 26/04/2019    | 28/05/2019                       | 032.531.724-44 |

UC Upgrade Consumptions: 0.052, 0.11, 0.19

### Canal de costato

**Declaração de Omissão de Arquivo de Oribates**  
Oribates nasceu em 17.07.1951 no dia 26 de julho de 1959, em Curitiba, Paraná, filho de Oribates de Aguiar e de Maria de Fátima de Aguiar, ambos brasileiros, casados, com 02 filhos, 01 naturalizado brasileiro, de nome Oribates de Aguiar, e uma filha, de nome Mariana de Aguiar, ambos nascidos em 2010 e 2011, respectivamente. Seus pais são casados, para a conservação do patrimônio de bens e obrigações de 2010, em razão da qual, os pais, Oribates e Maria de Fátima de Aguiar, não possuem bens e obrigações em nome de Oribates. Tendo em vista a ausência de bens e obrigações de 2010, de 2011 e de 2012.

**Ata de reconhecimento VACINA BRASIL** - Saída mais em saúde por vacina brasileira

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dia |
|----------|-------|-----------|---------|-----|
|----------|-------|-----------|---------|-----|

| Data     | Lectura | Data     | Lectura |
|----------|---------|----------|---------|
| 27/03/18 | 7450    | 28/04/19 | 7552    |

## Demotivations

| COD                    | Descrição                 | Quantidade        | Fatores  | Valor Base Calc. | Alic. Impostos    | Base Calc. PIS/PTR | Col.  |       |      |   |
|------------------------|---------------------------|-------------------|----------|------------------|-------------------|--------------------|-------|-------|------|---|
|                        |                           | Tributos Tributos | Impostos | % IPI            | Potência de Fator | (10xBase) (9xPIS)  |       |       |      |   |
| 0800                   | Consumo até 30kVA-VR      | 37,000            | 0,167823 | 0,83             | 0,83              | 27                 | 2,77  | 0,83  | 0,95 | 0 |
| 0801                   | Consumo - 31 a 100kVA-VR  | 70,000            | 0,482539 | 34,54            | 34,54             | 27                 | 9,32  | 34,54 | 0,37 | 1 |
| 0801                   | Consumo - 101 a 220kVA-VR | 73,000            | 0,740250 | 54,04            | 54,04             | 27                 | 14,60 | 54,04 | 0,98 | 2 |
| 0810                   | Subsídio                  |                   |          | 45,00            | 45,00             | 27                 | 12,17 | 45,00 | 0,48 | 2 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                           |                   |          |                  |                   |                    |       |       |      |   |
| 0507                   | CONTRIB SERV ELIM RESDUCA |                   |          | 2,65             | 0,00              | 0                  | 0,00  | 0,00  | 0,00 | 0 |
| 0604                   | JUROS DE MORA 02/2019     |                   |          | 0,27             | 0,00              | 0                  | 0,00  | 0,00  | 0,00 | 0 |
| 0905                   | MULTA 03/2018             |                   |          | 2,71             | 0,00              | 0                  | 0,00  | 0,00  | 0,00 | 0 |
| 0809                   | Dedução Substido          |                   |          | -30,18           | 0,00              | 0                  | 0,00  | 0,00  | 0,00 | 0 |

|                                    |       |        |        |       |        |      |   |
|------------------------------------|-------|--------|--------|-------|--------|------|---|
| CGI Código de Classificação do Bem | TOTAL | 113,59 | 102,50 | 33,97 | 147,50 | 1,50 | 2 |
|------------------------------------|-------|--------|--------|-------|--------|------|---|

**VENCIAMENTO**

183

**06/05/2019 R\$ 118,99**

06/03/2019  
Harcreeb to: Congress (Kyrin)

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 171   | 169   | 175   | 183   | 162   | 155   | 161   | 173   | 182   | 195   | 197   | 204   |
| Apr18 | May18 | Jun18 | Jul18 | Aug18 | Sep18 | Oct18 | Nov18 | Dec18 | Jan19 | Feb19 | Mar19 |

6fbf.e888.6dbc.566f.9df3.c4b0.bd19.41f1

### Indicadores de Qualidade

**ՀԱՅԿԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ  
ՇՆՈՐԱԲԵՐ ՄԱՃԱՐԱՆԻ ԱՎՈՐՁԱՑՈՂ**

[illegible]

## ATTENTION

\* Sua unidade foi fundada como Banco Rural, tendo um dos nomes de Raulo, o Abalverde, o Cangaço e o Cangaço de Tombaço.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edson Floriano Bernardo,  
RG nº 1372230, data de expedição 25/08/2017  
Órgão SSDS, portador do CPF nº 73840823404 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Batista Sainz nº 117,  
complemento aguaribe, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Serejimo Vicente da Silva Neto cujo o condutor era  
Serejimo Vicente da Silva Neto

Veículo: Motocicleta  
Modelo: EROSIONE 125  
Ano: 2011/2011  
Placa: NOK 7042 PB  
Chassi: 96ZNE3125BN000969  
Data do Acidente: Rua KAMILA MENDONÇA GOMES - VALENTINA  
Local e Data: JOÃO PESSOA - 09.12.18. HORA: 18:15

  
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Rua, Rômulô Vieira Batista - Telcel: 7 807, Residência: R. Vieira Batista - S. Sebastião

Rua Eufêmia de Aguiar - 400 - 51000-000 - João Pessoa - Paraíba - Brasil - CNPJ: 06.908.001/0001-00

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de  
EDSON FLORIANO BERNARDO  
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 02/05/2019 13:54:16  
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
[2019-019885]EHO:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEP3:R\$ 1,90  
SELLO DIGITAL: ATM2180-FR81





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931807750

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Exame: 02/01/2019

## **RADIOGRAFIA PERNA ESQUERDA**

Fratura transversa, completa do terço médio da tíbia, com presença de haste intramedular parafuso de fixação bem posicionados.

Fratura transversa, completa do terço médio da fíbula com leve cavalgamento dos fragmentos ósseos.

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



*Este laudo foi liberado em 08/03/2019 11:43.*



**Dr. Phydias L. F. de Carvalho**  
**CRM 6933 - PB**





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

Atendimento: 201931843246

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Exame: 17/01/2019

## **RADIOGRAFIA PUNHO ESQUERDO**

Sinais de fratura com fixação cirúrgica com parafusos do escafoide.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura óssea conservadas.

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 06/02/2019 09:39.*

**Dr. Tiago Nepomuceno**  
**CRM 6723 - PB**

SEVERINO VICENTE DA SILVA, NETO

12/02/1994

ID: 000000082712

Sex: Male

24 years

10 cm

E

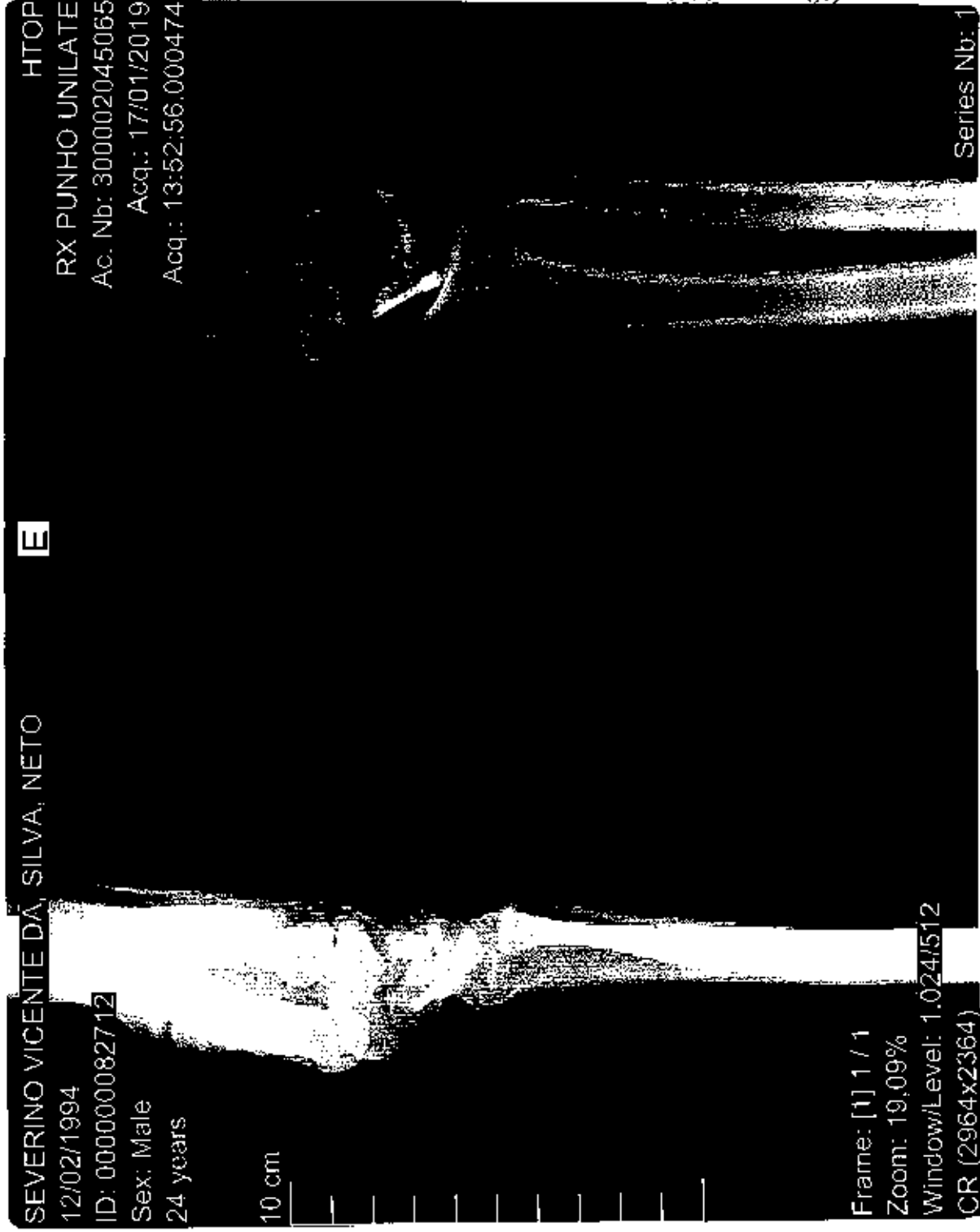
HTOP

RX PUNHO UNILATE

Ac. Nb: 300002045065

Acq.: 17/01/2019

Acq.: 13:52:56.000474



Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 19.09%

Window/Level: 1.024/512

CR (2964x2364)

Series Nb: 1









# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Severino Vicente da Silva Vitor BE Prontoário: 128295

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Clinica Setor: RAT EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tamponamento nasal anterior

Cirurgião: Bruno Lessa 1º Assistente: \_\_\_\_\_

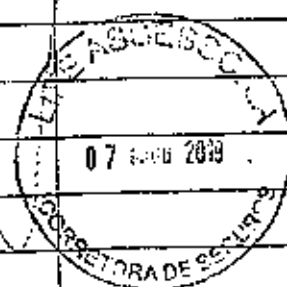
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesiologista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID   |
|----------------------------|-------|
| Fratura de Mandíbula       | S02.6 |
| Fratura de Maxila          | S02.4 |
| Fratura do CN              | S02.2 |
|                            |       |
|                            |       |
|                            |       |

| Procedimentos Cirúrgicos    | Código |
|-----------------------------|--------|
| Tamponamento nasal anterior |        |
|                             |        |
|                             |        |
|                             |        |
|                             |        |
|                             |        |



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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico: \_\_\_\_\_

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

João Pessoa, 10/06/19

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

8/2

SECRETARIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDA sob anestesia
- 2) Assupria
- 3) Realização do tampamento & ressecção

Incisão:

- 4) Tampamento nasal interna
- 5) Curativo

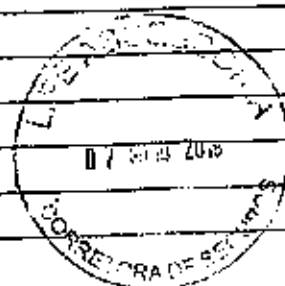
Achados:

Conduta:

Apresentando liberação da cartilagem nasal interna  
devido ao tampamento da BNF e inflamação da  
mucosa

Fechamento:

Observação:

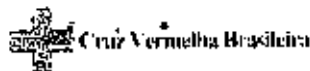


Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-PB 5126

João Pessoa, 17 de Maio 2019

Médico/CRM:

ENGLASCIR.00041



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNS: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DA  
SILVA MESQUITA  
Em: 24/12/2018 07:47:52

|                                               |                                               |                                                 |                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nome<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1128263</b>        | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data/Hora Saída                              |
| Data de nascimento<br><b>12/02/1994</b>       | Idade<br><b>24</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS                                             | Prontuário<br><b>112793</b>                  |
| Tempo de Internação                           |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                          | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                                              |
| Data de Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data Internação<br><b>10/12/2018 06:25:56</b> | Permanência na Unidade:<br><b>14d 11h 31min</b> |                                                 | Permanência no Leito:<br><b>12d 6h 31min</b> |

## EVOLUÇÃO MÉDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 24/12/2018 07:46:58)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

# BMF

Paciente em PO de osteossíntese de fratura panfacial

EFG - BEG, contactuante, eupneico, aclanólico, anictérico, sem queixas algicas

EFEO- Edema facial em regressão, suluras em posição sem sinais de infecção, fixador externo em MIA

EFIO - Higiene oral melhorada, refere oclusão habitual, amarra em maxila em posição.

CD -

1) AV+OT

2) Suspendo dexta

3) Oriento e solicito higiene oral rigorosa (aguardo odontologia hospitalar)

5) Acompanhamento BMF e ORTOP

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLÍNICA MÉDICA

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-PB 5126

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 07/04/2019

PRONTUÁRIO: 11237-0

PACIENTE: *Roberto Mendes*

SEXO: M

COR: B

IDADE: 64

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 70 KG GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES: *Exames de rotina*

AP. RESPIRATÓRIO: *Normal* AP. CIRCULATÓRIO: *Normal*

AP. DIGESTIVO: *Normal* ESTADO DENTAL: *Normal* DROGAS EM USO: *Nenhuma*

PRE-ANESTÉSICO

ESTAB. DESEMPENHO: *100%*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Prostatectomia por via aberta*

CIRURGIA REALIZADA: *Prostatectomia por via aberta*

CIRURGIAO: *Dr. Roberto* AUXILIARES: *Dr. João*

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH: VALORES RS

ANESTESISTA: CBF CRM-PB

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

ANESTESIA GERAL ☒ TRANQUILIZANTE ☐ SEDATIVO ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIOS ☐ OUTROS

*1. Propofol 1% 100ml 100mg / 2. Fentanyl 0,1% 100ml 100mg / 3. Sufentanil 0,5% 100ml 500mg / 4. Midazolam 0,5% 100ml 500mg / 5. Rocuronio 0,5% 100ml 500mg / 6. Vecuronio 0,5% 100ml 500mg / 7. Cisplatina 50mg / 8. Carboplatina 500mg / 9. Docetaxel 40mg / 10. Etoposídeo 100mg / 11. Irinotecano 120mg / 12. Oxaliplatina 100mg / 13. Fluorouracilo 500mg / 14. Capecitabina 1500mg / 15. Gemtazina 1000mg / 16. Mitomicina 100mg / 17. Vincristina 1mg / 18. Vinorelbina 25mg / 19. Epirrubina 100mg / 20. Doxorrubina 120mg / 21. Etoposídeo 100mg / 22. Irinotecano 120mg / 23. Oxaliplatina 100mg / 24. Fluorouracilo 500mg / 25. Capecitabina 1500mg / 26. Gemtazina 1000mg / 27. Mitomicina 100mg / 28. Vincristina 1mg / 29. Vinorelbina 25mg / 30. Epirrubina 100mg / 31. Doxorrubina 120mg / 32. Doxorrubina 120mg / 33. Doxorrubina 120mg / 34. Doxorrubina 120mg / 35. Doxorrubina 120mg / 36. Doxorrubina 120mg / 37. Doxorrubina 120mg / 38. Doxorrubina 120mg / 39. Doxorrubina 120mg / 40. Doxorrubina 120mg / 41. Doxorrubina 120mg / 42. Doxorrubina 120mg / 43. Doxorrubina 120mg / 44. Doxorrubina 120mg / 45. Doxorrubina 120mg / 46. Doxorrubina 120mg / 47. Doxorrubina 120mg / 48. Doxorrubina 120mg / 49. Doxorrubina 120mg / 50. Doxorrubina 120mg / 51. Doxorrubina 120mg / 52. Doxorrubina 120mg / 53. Doxorrubina 120mg / 54. Doxorrubina 120mg / 55. Doxorrubina 120mg / 56. Doxorrubina 120mg / 57. Doxorrubina 120mg / 58. Doxorrubina 120mg / 59. Doxorrubina 120mg / 60. Doxorrubina 120mg / 61. Doxorrubina 120mg / 62. Doxorrubina 120mg / 63. Doxorrubina 120mg / 64. Doxorrubina 120mg / 65. Doxorrubina 120mg / 66. Doxorrubina 120mg / 67. Doxorrubina 120mg / 68. Doxorrubina 120mg / 69. Doxorrubina 120mg / 70. Doxorrubina 120mg / 71. Doxorrubina 120mg / 72. Doxorrubina 120mg / 73. Doxorrubina 120mg / 74. Doxorrubina 120mg / 75. Doxorrubina 120mg / 76. Doxorrubina 120mg / 77. Doxorrubina 120mg / 78. Doxorrubina 120mg / 79. Doxorrubina 120mg / 80. Doxorrubina 120mg / 81. Doxorrubina 120mg / 82. Doxorrubina 120mg / 83. Doxorrubina 120mg / 84. Doxorrubina 120mg / 85. Doxorrubina 120mg / 86. Doxorrubina 120mg / 87. Doxorrubina 120mg / 88. Doxorrubina 120mg / 89. Doxorrubina 120mg / 90. Doxorrubina 120mg / 91. Doxorrubina 120mg / 92. Doxorrubina 120mg / 93. Doxorrubina 120mg / 94. Doxorrubina 120mg / 95. Doxorrubina 120mg / 96. Doxorrubina 120mg / 97. Doxorrubina 120mg / 98. Doxorrubina 120mg / 99. Doxorrubina 120mg / 100. Doxorrubina 120mg*

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|

ASSINATURA DO ANESTESISTA



| ITEM   | QUANTIDADE | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL   |
|--------|------------|----------------|---------------|
| 1.000  | 100        | 100,00         | 10.000,00     |
| 2.000  | 200        | 200,00         | 40.000,00     |
| 3.000  | 300        | 300,00         | 90.000,00     |
| 4.000  | 400        | 400,00         | 160.000,00    |
| 5.000  | 500        | 500,00         | 250.000,00    |
| 6.000  | 600        | 600,00         | 360.000,00    |
| 7.000  | 700        | 700,00         | 490.000,00    |
| 8.000  | 800        | 800,00         | 640.000,00    |
| 9.000  | 900        | 900,00         | 810.000,00    |
| 10.000 | 1.000      | 1.000,00       | 1.000.000,00  |
| 11.000 | 1.100      | 1.100,00       | 1.210.000,00  |
| 12.000 | 1.200      | 1.200,00       | 1.440.000,00  |
| 13.000 | 1.300      | 1.300,00       | 1.690.000,00  |
| 14.000 | 1.400      | 1.400,00       | 1.960.000,00  |
| 15.000 | 1.500      | 1.500,00       | 2.250.000,00  |
| 16.000 | 1.600      | 1.600,00       | 2.560.000,00  |
| 17.000 | 1.700      | 1.700,00       | 2.890.000,00  |
| 18.000 | 1.800      | 1.800,00       | 3.240.000,00  |
| 19.000 | 1.900      | 1.900,00       | 3.610.000,00  |
| 20.000 | 2.000      | 2.000,00       | 4.000.000,00  |
| 21.000 | 2.100      | 2.100,00       | 4.410.000,00  |
| 22.000 | 2.200      | 2.200,00       | 4.840.000,00  |
| 23.000 | 2.300      | 2.300,00       | 5.290.000,00  |
| 24.000 | 2.400      | 2.400,00       | 5.760.000,00  |
| 25.000 | 2.500      | 2.500,00       | 6.250.000,00  |
| 26.000 | 2.600      | 2.600,00       | 6.760.000,00  |
| 27.000 | 2.700      | 2.700,00       | 7.290.000,00  |
| 28.000 | 2.800      | 2.800,00       | 7.840.000,00  |
| 29.000 | 2.900      | 2.900,00       | 8.410.000,00  |
| 30.000 | 3.000      | 3.000,00       | 9.000.000,00  |
| 31.000 | 3.100      | 3.100,00       | 9.610.000,00  |
| 32.000 | 3.200      | 3.200,00       | 10.240.000,00 |
| 33.000 | 3.300      | 3.300,00       | 10.890.000,00 |
| 34.000 | 3.400      | 3.400,00       | 11.560.000,00 |
| 35.000 | 3.500      | 3.500,00       | 12.250.000,00 |
| 36.000 | 3.600      | 3.600,00       | 12.960.000,00 |
| 37.000 | 3.700      | 3.700,00       | 13.690.000,00 |
| 38.000 | 3.800      | 3.800,00       | 14.440.000,00 |
| 39.000 | 3.900      | 3.900,00       | 15.210.000,00 |
| 40.000 | 4.000      | 4.000,00       | 16.000.000,00 |
| 41.000 | 4.100      | 4.100,00       | 16.810.000,00 |
| 42.000 | 4.200      | 4.200,00       | 17.640.000,00 |
| 43.000 | 4.300      | 4.300,00       | 18.490.000,00 |
| 44.000 | 4.400      | 4.400,00       | 19.360.000,00 |
| 45.000 | 4.500      | 4.500,00       | 20.250.000,00 |
| 46.000 | 4.600      | 4.600,00       | 21.160.000,00 |
| 47.000 | 4.700      | 4.700,00       | 22.090.000,00 |
| 48.000 | 4.800      | 4.800,00       | 23.040.000,00 |
| 49.000 | 4.900      | 4.900,00       | 24.010.000,00 |
| 50.000 | 5.000      | 5.000,00       | 25.000.000,00 |
| 51.000 | 5.100      | 5.100,00       | 26.010.000,00 |
| 52.000 | 5.200      | 5.200,00       | 27.040.000,00 |
| 53.000 | 5.300      | 5.300,00       | 28.090.000,00 |
| 54.000 | 5.400      | 5.400,00       | 29.160.000,00 |
| 55.000 | 5.500      | 5.500,00       | 30.250.000,00 |
| 56.000 | 5.600      | 5.600,00       | 31.360.000,00 |
| 57.000 | 5.700      | 5.700,00       | 32.490.000,00 |
| 58.000 | 5.800      | 5.800,00       | 33.640.000,00 |
| 59.000 | 5.900      | 5.900,00       | 34.810.000,00 |
| 60.000 | 6.000      | 6.000,00       | 36.000.000,00 |
| 61.000 | 6.100      | 6.100,00       | 37.210.000,00 |
| 62.000 | 6.200      | 6.200,00       | 38.440.000,00 |
| 63.000 | 6.300      | 6.300,00       | 39.690.000,00 |
| 64.000 | 6.400      | 6.400,00       | 40.960.000,00 |
| 65.000 | 6.500      | 6.500,00       | 42.250.000,00 |
| 66.000 | 6.600      | 6.600,00       |               |

## RELATÓRIO DE

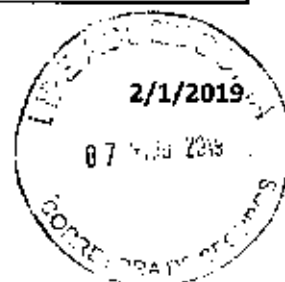
HISTÓRICO

| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|
| Posição e Preparo:                                                      |
| PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA                                           |
| ASSEPSIA E ANTISSEPSIA                                                  |
| APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS                                           |
| RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO                                             |
| Incisão:                                                                |
| VIA DE ACESSO TRANSPATELAR                                              |
| DIVULSÃO, DISSECÇÃO E AVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS                     |
| HEMOSTASIA                                                              |
| Achados:                                                                |
| FRATURA DE DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA                                    |
| Condução:                                                               |
| REDUÇÃO FECHADA + FRESAGEM DO CANAL SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA              |
| MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM HASTE INTRAMEDULAR NUMERO 8 X 340MM |
| BLOQUEIO PROXIMAL COM AUXÍLIO DE ESCOPIA E GUIA                         |
| BLOQUEIO DISTAL A MÃO LIVRE E AUXÍLIO DE ESCOPIA                        |
| LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%                                           |
| FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS, COM REPARO DO TENDÃO PATELAR          |

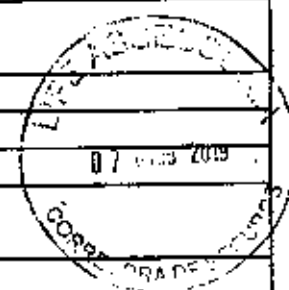
|                |
|----------------|
| RX DE CONTROLE |
| Fechamento:    |
| Observação:    |

Médico/CRM:

João Pessoa,



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA                       |
|---------------------------------------------|
| Posição e Preparo:                          |
| PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA               |
| ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO                      |
| COLOCAÇÃO DE CAMPOS OPERATORIOS             |
| Incisão:                                    |
| Achados:                                    |
| FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA          |
| LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO                   |
| Condução:                                   |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE OSSO DO CARPO ESQUERDO |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE PERNA ESQUERDA         |
| FIXAÇÃO EXTERNA DE PERNA ESQUERDA           |
| Fechamento:                                 |
| CURATIVOS ESTÉREIS                          |
| Observação:                                 |
| RX DE CONTROLE                              |



Médico/CRM:

DR. MILTON LINHARES

João Pessoa,

10/12/2018

*Handwritten signature:* Daniel Consuegra Armula  
MÉDICO  
CRM 11134



-BETAL-

PROTESTANTE Leizinho Piccini da Silva Neto 2 Redes  
 DATA 24/12/2018 LOCAL LAZARILHO 2 Redes  
 CÍRURGO Roberto Ricardo Inácio de Lencastre Campos 2 Redes  
 ANESTESIA Dr. Daniel Campos 1 Dr. Daniel R.  
 ANESTESIA Dr. Roberto 1 Dr. Roberto  
 ANESTESIA Dr. Roberto 1 Dr. Roberto

PROTESTANTE Leizinho Piccini da Silva Neto 2 Redes  
 DATA 24/12/2018 LOCAL LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes  
 INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

INDICE DE RISCO DE CIRURIA LAZARILHO 2 Redes

Local: 003745 Código: P02 209  
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
 350 - ESTERIL  
 Feb. 05/10/2018 Val. 10/2023  
 Registro Anvisa Nº 80803650001  
 Material ACO INOX/ALUMINIO

Local: 003745 Código: P02 209  
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
 350 - ESTERIL  
 Feb. 05/10/2018 Val. 10/2023  
 Registro Anvisa Nº 80803650001  
 Material ACO INOX/ALUMINIO

Local: 003515 Código: AP25 6 680  
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
 X CX 4,5 X 208 X T

Local: 003515 Código: AP25 6 680  
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
 X CX 4,5 X 208 X T

Local: 003515 Código: AP25 6 680  
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
 X CX 4,5 X 208 X T

Local: 003515 Código: AP25 6 680  
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
 X CX 4,5 X 208 X T



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 20/02/1998

PRONTUÁRIO: 628202

PACIENTE: Servino, Renato da Silva Filho SEXO: M COR:  IDADE: 24

PRESSÃO ARTERIAL: 120 PULSO: 72 RESPIRAÇÃO:  TEMPERATURA: 36.5 GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: MMQ em ARI e PA AP. CIRCULATÓRIO: estável e satisfatório

AP. DIGESTIVO: sem problemas ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO: VPM

PRE-ANESTÉSICO: 100mg ESTADO FÍSICO: ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de calcâneo E

CIRURGIA REALIZADA: Talhamento cirúrgico de fratura de calcâneo E

CIRURGIÃO: Dr. Helder Taveira AUXILIARES: Dr. Francisco CRM

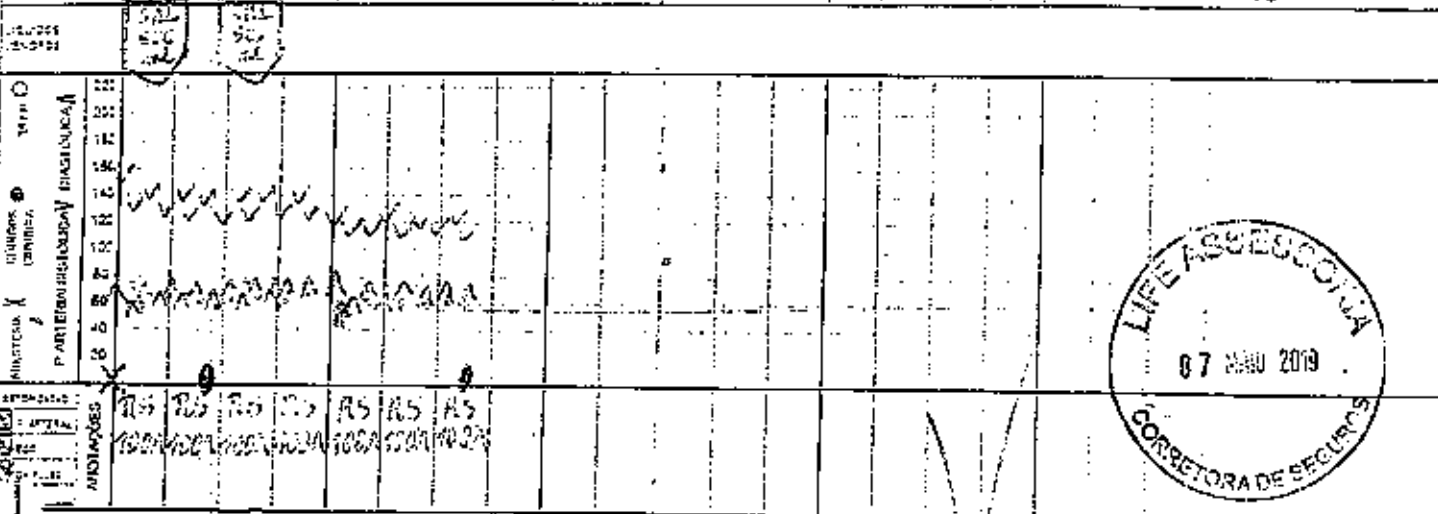
INÍCIO DA ANESTESIA: 12:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 14:05 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 25min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  QUANT. DE CH.:  VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. Tiago Kehrwald CRM-PB:

ANESTESIA: 12:40 13:20 14:05 14:30

Tiagos Kehrwald  
MÉDICO  
CRM 7179



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☒ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☒ OUTROS: Dulcor

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

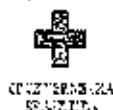
Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Medicamentos e materiais usados no período anestésico: 1. Propofol 100mg, 2. Fentanyl 100mcg, 3. Sufentanil 100mcg, 4. Midazolam 10mg, 5. Fentanyl 100mcg, 6. Sufentanil 100mcg, 7. Midazolam 10mg, 8. Fentanyl 100mcg, 9. Sufentanil 100mcg, 10. Midazolam 10mg

Tiagos Kehrwald  
MÉDICO  
CRM 7179

Dr. Helder Taveira, 12:55

| ITEM | QUANTIDADE | UNIDADE | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | VALOR TOTAL EM REAIS |
|------|------------|---------|----------------|-------------|----------------------|
| 1    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 2    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 3    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 4    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 5    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 6    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 7    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 8    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 9    | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 10   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 11   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 12   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 13   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 14   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 15   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 16   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 17   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 18   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 19   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 20   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 21   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 22   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 23   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 24   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 25   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 26   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 27   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 28   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 29   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 30   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 31   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 32   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 33   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 34   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 35   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 36   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 37   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 38   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 39   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 40   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 41   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 42   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 43   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 44   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 45   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 46   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 47   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 48   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 49   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 50   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 51   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 52   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 53   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 54   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 55   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 56   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 57   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 58   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 59   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 60   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |
| 61   | 1          | UNIDADE | 100,00         | 100,00      | 100,00               |



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

SEI 0001

NOME: SEVERINO VINCENTE DA SILVA NETO BE/PRONTUÁRIO 1128203  
IDADE: 24 SEXO: MASC COR: DATA: 20-12-2018  
CLÍNICA /SETOR: CTBMF EMP: LR:  
CIRURGIA: REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA PARASSINFISÁRIA E DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO (LE FORT I E II)  
CIRURGIÃO: DR LEONARDO MENDES 1º ASS: RESIDENTE  
2º ASS: RESIDENTE 3º ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO          | CID |
|-------------------------------------|-----|
| FRATURA DE MANDIBULA (PARASSINFISE) |     |
| FRATURA LE FORT I                   |     |
| FRATURA LE FORT II                  |     |
| FRATURA TIPO LANELONGUE             |     |
|                                     |     |
|                                     |     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS              | CÓDIGO |
|---------------------------------------|--------|
| OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE MANDIBULA |        |
| OSTEOSSINTESE DE FRATURA LEFORT I     |        |
| OSTEOSSINTESE DE FRATURA LE FORT II   |        |
| OSTEOSSINTESE DE FRATURA LANELONGUE   |        |
|                                       |        |
|                                       |        |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NENHUM

DESCRIÇÃO: NÃO

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

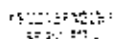
☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Leonardo Mendes Campos  
Cirurgião Bucal-Maxilo-facial  
Implodontologia  
CRD-PB 3769

DATA:

20/12/18



2000

07 JUL 1965

Dr. Leonardo Mendes Campos  
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial  
Implantodontia  
CRB-23 3229

João Pessoa,



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO  
HENRIQUE ARRUDA  
RAMALHO  
Em: 10/01/2019 10:18:40

|                                               |                                               |                                               |                                                 |                                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Nome<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1128203</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data/Hora Saída                             |
| Data de nascimento<br><b>12/02/1994</b>       | Idade<br><b>24</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CNS<br><b>705009685038355</b>                   | Prontuário<br><b>112783</b>                 |
| Tempo de Internação                           |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                                             |
| Data de Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data Internação<br><b>10/12/2018 06:25:56</b> | Permanência na Unidade:<br><b>1m 14h 2min</b> |                                                 | Permanência no Leito:<br><b>29d 9h 2min</b> |

## EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 10/01/2019 10:18:30)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1º DPO DE RAFI DO ESCAFOIDE ESQUERDO COM PARAFUSO DE HERBERT, REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS POR DR EDSON TINOCO;  
CD.: ALTA HOJE

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MEDICA  
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

✓



Estado do Rio Grande do Sul

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO  
HENRIQUE ARRUDA  
RAMALHO  
Em: 03/01/2019 11:20:52

|                                               |                                               |                                                |                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nome<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b> |                                               | Bolém de Atendimento<br><b>1128203</b>         | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data/Hora Saída                              |
| Data de nascimento<br><b>12/02/1994</b>       | Idade<br><b>24</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                       | CNS                                             | Prontuário<br><b>112783</b>                  |
| Tempo de Internação                           |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                         | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                                              |
| Data de Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data Internação<br><b>10/12/2018 08:25:56</b> | Permanência na Unidade:<br><b>24d 15h 4min</b> |                                                 | Permanência no Leito:<br><b>22d 10h 4min</b> |

**EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 03/01/2019 11:19:44)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1º DPO - FRATURA DE PERNA ESQUERDA

FRATURA DO ESCAFÓIDE ESQUERDO.

EVOLUI ESTAVEL, EGR, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA DA BMF AGUARDA MATERIAL OPME ( PARAFUSO DE HEBERT ) EM 20/12/2018

CD: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MÉDICA  
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149





GOVERNO  
DA PARAIBA

CNES: 454. . .

|                     |                  |                      |                     |             |
|---------------------|------------------|----------------------|---------------------|-------------|
| Paciente:           | SEVERINO VIEIRA  | Data de Entrada:     | 12/02/1994 20:08:50 | Data Baixa: |
| Data de Nascimento: | 12/02/1954       | Telefone de Contato: | (83) 988407298      | Prontuário: |
| Mãe:                | LUCIANA FERREIRA | UF:                  | PB                  |             |
| Endereço:           | DAS OLIVEIRAS    | Nº Cons. Regional:   | 5724/PB             |             |
| Acidente:           | MOTO X MOTO      |                      |                     |             |
| Data/Ho. - Chius:   | 09/12/2014 23:15 |                      |                     |             |

|                 |                                                          |
|-----------------|----------------------------------------------------------|
| PACIENTE V...   | RESISTENDO TRAUMA EM FACE, NO MOMENTO                    |
| ENCONTRA-SE...  | DOFADO, CONTACTUANTE COM COLAR CERVICAL AO               |
| NOME F. S...    | E GERMANO D. CREPITAÇÃO EM REGIAO DE CORPO DE            |
| FIGORADO, F...  | OBILIDADE MAXILAR DIASTEMA INTERINCISAL EM               |
| MAXILAR, DES... | AND E LAR. DESMIO DE DORSO NASAL COM                     |
| CREPITACAO...   | CLAR. DEVIDO A AGITACAO DO PACIENTE. TC COM SINAIS       |
| SUGESTIVO...    | FRATURAS DO MEDIO FACIAL (LEFORT II A ESQ E LEFORT III A |
| D) + FRASS...   | DA MATERIAL PARA REALIZACAO DE SUTURA E                  |
| ODONTICISS...   | MAIS ESPECIALIZADES PARA INTERNAMENTO PELA BMF.          |

## En 01:59:27

ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES  
(CRO: 5724/PB)

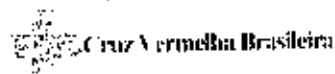


SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

MARCEL SARAIVA BARBOSA  
(CRM: 6900PB)

✓



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458278 - Tel.: 8332165700Impresso por: ALISSON  
FABIO FERNANDES VIEIRA  
Em: 30/12/2018 09:07:55

|                                               |                                               |                                                 |                                                 |                                              |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nome<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1128203</b>        | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data/Hora Saída                              |
| Data de nascimento<br><b>12/02/1994</b>       | Idade<br><b>24</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS                                             | Prontuário<br><b>112783</b>                  |
| Tempo de Internação                           |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                          | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                                              |
| Data de Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data Internação<br><b>10/12/2018 06:25:58</b> | Permanência na Unidade:<br><b>20d 12h 51min</b> |                                                 | Permanência no Leito:<br><b>18d 7h 51min</b> |

**EVOLUÇÃO MÉDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 30/12/2018 09:07:38)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA # FRATURA DE PERNA ESQUERDA E ESCAFÓIDE ESQUERDO. EVOLUI ESTAVEL, EGR. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA DA BMF AGUARDA MATERIAL OPME ( PARAFUSO DE HEBERT ) EM 20/12/2018  
CD: CIRURGIA DA PERNA AGNEDADA PARA DIA 02/01

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MÉDICA  
Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6913



# FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: JOÃO CARLOS DA SILVA SEXO: M COR: P IDADE: 45

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 72 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36,5 PESO 75 GRUPO SANGÜÍNEO B

ESTADO GERAL (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL PROVAS EM USO ESTADO FINAL DAS VÍAS

PRE-ANESTÉSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA PROSTATECTOMIA

CIRURGIÃO DR. CARLOS AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 13:00 TÉRMINO DA ANESTESIA 15:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA DR. CARLOS CPF 123.456.789 CRM-TO 1234

| ANESTESIA | RESPIRATÓRIO | CIRCULATÓRIO | DIGESTIVO | MENTAL | PROVAS EM USO | ESTADO FINAL DAS VÍAS |
|-----------|--------------|--------------|-----------|--------|---------------|-----------------------|
| 0         |              |              |           |        |               |                       |
| 1         |              |              |           |        |               |                       |
| 2         |              |              |           |        |               |                       |
| 3         |              |              |           |        |               |                       |
| 4         |              |              |           |        |               |                       |
| 5         |              |              |           |        |               |                       |
| 6         |              |              |           |        |               |                       |
| 7         |              |              |           |        |               |                       |
| 8         |              |              |           |        |               |                       |
| 9         |              |              |           |        |               |                       |
| 10        |              |              |           |        |               |                       |



☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ SEDUÇÃO ☐ SÓDIO PLETO ☒ SEDUÇÃO + ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

|    |                         |              |
|----|-------------------------|--------------|
| 1  | <u>Propofol 1%</u>      | <u>100ml</u> |
| 2  | <u>Fentanyl 0,1%</u>    | <u>10ml</u>  |
| 3  | <u>Midazolam 0,5%</u>   | <u>10ml</u>  |
| 4  | <u>Atropina 0,5%</u>    | <u>10ml</u>  |
| 5  | <u>Neostigmina 0,5%</u> | <u>10ml</u>  |
| 6  | <u>Amidoclor 0,5%</u>   | <u>10ml</u>  |
| 7  | <u>Artroparal 0,5%</u>  | <u>10ml</u>  |
| 8  | <u>Artroparal 0,5%</u>  | <u>10ml</u>  |
| 9  | <u>Artroparal 0,5%</u>  | <u>10ml</u>  |
| 10 | <u>Artroparal 0,5%</u>  | <u>10ml</u>  |

REMARKS / OBSERVAÇÕES

Procedimento realizado sem incidentes. Paciente está bem.

Assinatura do Anestesiologista: DR. CARLOS

Assinatura do Cirurgião: DR. CARLOS

Assinatura do Anestesiologista: DR. CARLOS

Assinatura do Cirurgião: DR. CARLOS

Indústria Alambique M.O.  
Rua da Indústria  
Cidade de São Paulo  
CEP 01234-567

AREA VERDE  
Endereço: Av. ... JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:  
CNES: 6121...

|                    |                     |                      |                          |                   |
|--------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| Paciente           | SEVERINO RICE       | Data/Hora Entrada    | 19/12/2018 20:16:50      | Data Bixa         |
| Data de Nascimento | 12/02/1994          | Telefone de Contato  | (83) 988407298           |                   |
| Mãe                | LUCIANA FERREIRA    | Prontuário           |                          |                   |
| Endereço           | DAS OLIVEIRAS       | Município            | JOAO PESSOA              | UF                |
| Acidente           | MOTO X MOTO         | UF                   | PB                       |                   |
| Data/Hora Casado   | 09/12/2018 20:16:50 | Profissional         | GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA | Nº Cons. Regional |
|                    |                     | Data/Hora Prescrição | 19/12/2018 22:09:15      | 6800/PB           |

Anamnese

NEUROLOGIA

DE COLISA

EXAME FÍSICO

PULSO

SISTOLICA 120/70/60

TC CRÂNIO

TC COLUNA

CONSTATAR

CID10

Código

S06.9

Conclusão

Em observação

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurologia  
PB 58031-090

GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
(: 8800/PB)





GOVERNO  
DA PARAÍBA

Sistema de Informação e Tratamento de Dados

AREA VERMELHA

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

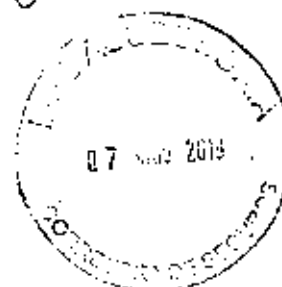
Tel:

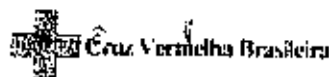
CNES: 0121221

|                                                                                  |                                                    |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Paciente<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b>                                | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b>    | Data Baixa                          |
| Data de Nascimento<br><b>12/02/1984</b>                                          | Telefone de Contato<br><b>(83) 988407298</b>       | Prontuário                          |
| Mãe<br><b>LUCIANA PEREIRA DA SILVA</b>                                           | UF<br><b>PB</b>                                    |                                     |
| Endereço<br><b>DAS OLIVEIRAS 141</b>                                             | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | Nº Cons. Regional<br><b>6900/PB</b> |
| Admissão<br><b>MOTO 14010</b>                                                    | Profissional<br><b>MARCEL SARAIVA BARBOSA</b>      |                                     |
| Data/Hora Chegada<br><b>09/12/2018 20:16:53</b>                                  | Data/Hora Prescrição<br><b>09/12/2018 22:47:17</b> |                                     |
| <b>ANAMNESE</b>                                                                  |                                                    |                                     |
| <b># CIRURGIA ELÉTRICA</b>                                                       |                                                    |                                     |
| AVALIAÇÃO PACIENTE PERMANENTE EM MES, LSG FAST SEM ALTEAÇÕES. RX DE TORAX NORMAL |                                                    |                                     |
| SEM AOS DIAGNÓSTICOS E LUGAR COM COMUM ADOLESCENTE                               |                                                    |                                     |
| <b>Conclusão</b>                                                                 |                                                    |                                     |
| Em observação                                                                    |                                                    |                                     |

Dr. Marcel Saraiva Barbosa  
Cirurgião Geral  
CRM 6900

MARCEL SARAIVA BARBOSA  
(CRM 6900/PB)





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                   |                                          |                                                |                                             |                                       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| Paciente<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b> |                                          | BAE<br>1126203                                 | Data/Hora Entrada<br>09/12/2018 20:16:50    | Data Baixa                            |
| Data de nascimento<br>12/02/1994                  | Idade<br>24a 9m 28d                      | Sexo<br>Masculino                              | CNS                                         | Telefone de Contato<br>(83) 988407298 |
| Mãe<br><b>LUCIANA FERREIRA DA SILVA</b>           |                                          |                                                |                                             | Prontuário                            |
| Endereço<br><b>DAS OLIVEIRAS, 141</b>             |                                          | Bairro<br><b>MUÇUMAGRO</b>                     | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>             | UF<br><b>PB</b>                       |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                    | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>BRUNO DA SILVA MESQUITA</b> | Nº Cons. Regional<br><b>5126/PB</b>         |                                       |
| Data/Hora Classificação<br>09/12/2018 20:16:50    |                                          |                                                | Data/Hora Prescrição<br>10/12/2018 03:10:35 |                                       |

## Anamnese

IENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM FRATURA PANFACIAL (LONGITUDINAL DA MAXILA, COMPLEXO ZIGOMÁTICO BILATERAL, NOE, SÍNFISE E PARASSÍNFISE D DA MANDÍBULA). EM ACOMPANHAMENTO DA ORTOPEdia SERÁ INTERNADO PELA BMF. FOI REALIZADO ODONTOSSÍNTESE EM ANDÍBULA E MAXILA, E TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR. AGUARDAR REGRESSÃO DO EDEMA PARA OGRAMAÇÃO DE CIRURGIA.

## Conduta

Internar Paciente

Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-PB 5128

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

BRUNO DA SILVA MESQUITA  
(CRM: 5126/PB)




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

 SECRETARIA DE SEGURANÇA TRÁFICO  
 DEPARTAMENTO DE TRÁFICO

**POSTO 15**

Endereço: INTERNO, S/N, JOÃO PESSOA - PB, 51111-110

Tel:

CNES: 464547

|                    |                                |                   |          |                     |                |
|--------------------|--------------------------------|-------------------|----------|---------------------|----------------|
| Nome               | SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO | CPF               | 01129277 | Data Baixa          |                |
| Data de nascimento | 12/02/1954                     | Idade             | 64 anos  | Telefone de Contato | (83) 988407298 |
| Nome               | LUCIANA FERREIRA DA SILVA      | CPF               | 01129277 | Prontuário          |                |
| Endereço           | DAS OLIVEIRAS, 140             | UF                | PB       |                     |                |
| Assunto            | ACIDENTE DE MOTOCICLETA        | Nº Cons. Regional | 6229/PB  |                     |                |
| Data de ocorrência | 08/12/2018 20h16:50            |                   |          |                     |                |

**ANOTACÕES**

 ACIDENTE COM LUXAÇÃO OMBRICA NO EX DE PUNHO  
 SERÁ PARA REALIZAR INTERNAÇÃO NOS TALAM PARA TRATAMENTO DA BME  
 DO NO CENTRO CIRÚRGICO

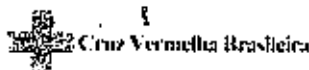
Localidade

IE 1.000.000.000

 Dr. Severino Vicente da Silva Neto  
 Médico

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

 LUCIANA FERREIRA BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA  
 ( 6229/PB)


Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO  
HENRIQUE ARRUDA RAMALHO  
Em: 27/12/2018 09:19:46

|                                               |                                               |                                               |                                                 |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nome<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1128203</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data/Hora Saída             |
| Data de nascimento<br><b>12/52/1994</b>       | Idade<br><b>24</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CMS                                             | Prontuário<br><b>112783</b> |
| Tempo de internação                           |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plano<br><b>DIURNO</b>                          |                             |
| Data de Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data Internação<br><b>10/12/2018 06:25:56</b> | Permanência na Unidade<br><b>17d 13h 3min</b> | Permanência no Leito<br><b>15d 8h 3min</b>      |                             |

**EVOLUÇÃO MÉDICA (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 27/12/2018 09:19:32)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

# FRATURA DE PERNA ESQUERDA E ESCAFÓIDE ESQUERDO.

EVOLUI ESTAVEL, EGR, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

ALTA DA BMF

AGUARDA MATERIAL OPME ( PARAFUSO DE HEBERT ) EM 20/12/2018

CD: VPM

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLÍNICA MÉDICA  
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149



AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 83321857DDImpresso por: BRUNO DA  
SILVA MESQUITA  
Em: 25/12/2018 08:20:56

|                                               |                                               |                                                |                                                 |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nome<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b> |                                               | Bolém de Atendimento<br><b>1125203</b>         | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data/Hora Saída             |
| Data de nascimento<br><b>12/02/1994</b>       | Idade<br><b>24</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                       | CNS                                             | Prontuário<br><b>112783</b> |
| Tempo de Internação                           |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                         |                                                 | Plantão<br><b>DIURNO</b>    |
| Data de Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> | Data Internação<br><b>10/12/2018 06:25:56</b> | Permanência na Unidade:<br><b>15d 12h 4min</b> | Permanência no Leito<br><b>13d 7h 4min</b>      |                             |

**EVOLUÇÃO MÉDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 25/12/2018 08:20:34)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

# BMF

Paciente em PO de osteossíntese de fratura panfacial

EFG - BEG, contactuante, eupneico, acianótico, anictérico, sem queixas algicas

EFEO - Edema facial em regressão, suturas em posição sem sinais de infecção, fixador externo em MI.

EFIO - Higiene oral melhorada, refere oclusão habitual, amarra em maxila em posição.

CD -

1) AV+OT

2) Solito laboratorial de controle

3) Oriento e solicito higiene oral rigorosa (aguardo odontologia hospitalar)

5) Acompanhamento BMF e ORTOP

Seção: POSTO IA - ENF 1 Leito: 0002 - CLINICA MÉDICA  
Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgião - Otorrinolaringologista  
CRO-PA 11.101

NOME: **SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO** BE/PRONTUÁRIO: **1128203**  
 IDADE: **24** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **2/1/2019**  
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA ESQUERDA**  
 CIRURGIÃO: **DR UMBERTO JANSEN** 1º ASS: **DR SANTINO**  
 2º ASS: **DR MATHEUS MRZ** 3º ASS:  
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
 TIPO DE ANESTESIA: **RAQUIANESTESIA** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO                  | CID |
|---------------------------------------------|-----|
| <b>FRATURA DE DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA</b> |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS                                                      | CÓDIGO |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA ESQUERDA COM HASTE</b> |        |
| <b>INTRAMEDULAR 08 X 340 MM</b>                                               |        |
|                                                                               |        |
|                                                                               |        |
|                                                                               |        |
|                                                                               |        |
|                                                                               |        |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO



ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: DATA: **2/1/2019**

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO  
12/02/1994  
ID: 000000082712  
Sex: Male  
24 years

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO  
12/02/1994  
ID: 000000082712  
Sex: Male  
24 years

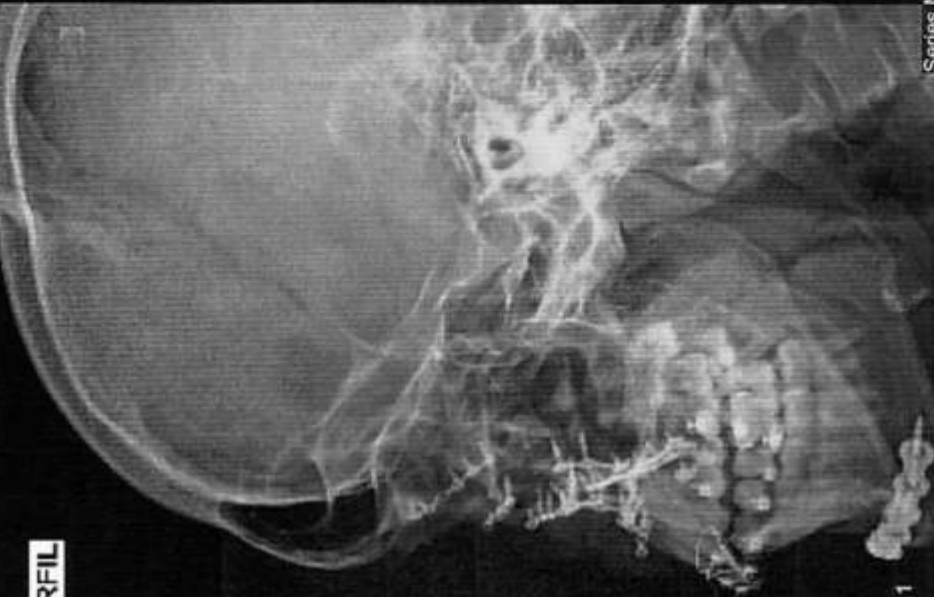
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300002043726  
Acq.: 17/01/2019  
Acq.: 08:41:42.000914

Ac. Nb: 300002043726  
Acq.: 17/01/2019  
Acq.: 08:42:53.000403

PERFIL



10 cm

10 cm

Frame: [1004] 3 / 4  
Zoom: 21.98%  
Window/Level: 1.023/511  
CR (1576x1976)

Frame: [1005] 4 / 4  
Zoom: 21.98%  
Window/Level: 1.023/511  
CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

Series Nb: 1001





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831784359

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Exame: 20/12/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE**

### **Técnica**

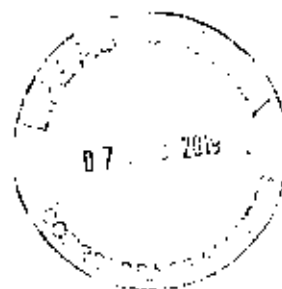
Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise**

Fixadores cirúrgicos em fraturas no corpo da mandíbula e nas nas paredes dos seios maxilares.

Fratura nas lâminas papiráceas, no osso nasal, no septo nasal, na asa maior direita do esfenóide e nas lâminas pterigoides direitas, associadas a hemossinus.

*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 20/12/2018 23:58.*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Severino Vicente da Silva Neto

DATA DE NASCIMENTO 12/02/94

NOME DA MÃE Luciana Ferreira da Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112783

BOLETIM DE ENTRADA N.º 112803

DATA DO ATENDIMENTO 09/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 20:16

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de complexo zigomático orbitário + fratura de tíbia E +  
fratura de ossos do carpo.

CID 10 S02.2 S02.4 S02.6 S02.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando ferimento em região maxilar, lesão de elementos dentários superiores, ferimento em lábio superior, Trauma em perna esquerda, glasgow 15, pupilas iso/foto, sem déficit motor. Avaliado pela Cirurgia Geral, BMF, Traumatologia, Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face, cervical

RX tórax, perna E.

USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirurgica. Sinais sugestivos de fratura de terço médio da face.

RX: fratura de ossos da perna esquerda, luxação cárpica

Usg: sem anormalidades

### TRATAMENTO:

Fixador externo de tíbia esquerda + redução de luxação cárpica + tamponamento nasal anterior (realizado em 10/12/18). Osteossíntese de fratura de mandíbula + osteossíntese de fratura Lefort I e II. Tratamento cirúrgico de fratura de tíbia esquerda (realizado em 02/01/19). Tratamento cirúrgico de fratura de escafoide (realizado em 09/01/19)

ALTA HOSPITALAR: 10/01/19

DATA DA EMISSÃO: 04/04/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB



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

Atendimento: 201931842515

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

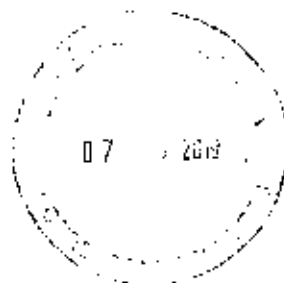
Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Data Exame: 17/01/2019

## **RX - MANDÍBULA**

Sinais de fixação cirúrgica com placas, parafusos e fios de múltiplas fraturas dos ossos face.

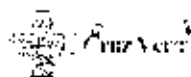
*O valor preditivo de qualquer teste laboratorial depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológico do (a) paciente.*



Este laudo foi liberado em 06/02/2019 09:36 .

**Dr. Tiago Nepomuceno**  
**CRM 6723 - PB**





Parabólica

Secretaria de Saúde  
Secretaria Municipal de SaúdeGOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                    |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b>     | Idade<br><b>1º 28/12</b>                 | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>12/02/1994</b>               | Sexo<br><b>24a 9:m 27d</b>               | CNS                                                | Telefone de Contato<br><b>(83) 988407288</b> |
| Mãe<br><b>LUCIANA FERREIRA DA SILVA</b>               |                                          |                                                    | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>DAS OLIVEIRAS, 141</b>                 | Bairro<br><b>MOÇUMBAZINHO</b>            | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>MARCEL SARAIVA BARBOSA</b>      | Nº Cons. Regional<br><b>6900/PB</b>          |
| Data/Hora Classificação<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>09/12/2018 20:33:32</b> |                                              |

**Anamnese**

## # CIRURGIA GERAL

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO MOTO-MOTO), APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DE FACE (MAXILA) COM LESÃO DE ELEMENTOS DENTÁRIOS SUPERIORES, FERIMENTO CORTANTE EM LABIO SUPERIOR, APRESENTA FRATURA FECHADA EM PERNA ESQUERDA (TÍBIA) FÍBULA, O MESMO CONSCIENTE, NEG. QUEIMAS TORÁCICAS, ABDOMINAIS.

AOS EXAMES: EGRU, CONSCIENTE, FONOLÓGICO ACIAÉTICO, ANCITÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIDRATADO.

ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

CD: 1º ATENDIMENTO PELA CIRURGIA GERAL

ANALGESIA

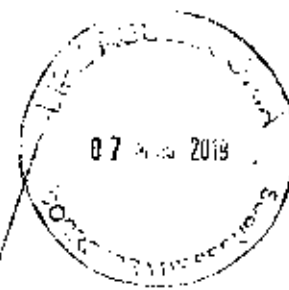
SOLICITADO DE CRANIOTOMIA DA FACE E VÍDEO DA NORA BMF

SOLICITADO DE REGIÃO CERVICAL

RX DE TÓRAX USF FAST

RX DE PERNA ESPARECER DA ORTOPEDIA

REAValiação APOS EXAMES

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO/AMPOLA) 1000 ML VIA E.V. AGORA, 0.0 (MG/SM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAÇÃO 2000 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MG/SM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA) ADMINISTRAÇÃO 100,0 MG VIA E.V., AGORA

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / BÊLSON / FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE CÔLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRÁFIA DE TÓRAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRÁFIA DE PERNA ESQUERDA

**CID10**

| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

**Conduta**

Em observação

Bolam registrado em 09/12/2018 20:33:32

Dr. Marcel Saraiva Barbosa  
Cirurgião Geral  
CRM 6900



## Documento de Alta

|                                                                     |                           |                                                   |                                             |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome</b><br>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO                       |                           |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>112783         |
| <b>Data de</b><br>12/02/1994                                        | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>10/12/2018 06:25:56 | <b>Data de Alta:</b><br>10/01/2019 10:21:34 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA MEDICA                               |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b><br>conduta=ALTA PAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL     |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br>resumointernacao=                   |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>resultadoExames=                     |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>tratamento=OSTEOSSINTESE COM HERBERT          |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S62.1 - Fratura de outro(s) osso(s) do carpo |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>recomendacoes=AMB DO DR. EDSON TINOCO      |                           |                                                   |                                             |

Data: 10/01/2019

JOÃO HENRIQUE ARRUDA  
RAMALHO  
CRM: 7149 - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DO PARÁIBA

AV. CRESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1126203



### Identificação do paciente

|                                             |                                                       |                           |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------|
| ID<br>1354229                               | Nome<br>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO                | Sexo<br>Masculino         |
| Data de nascimento<br>12/02/1994            | Idade<br>24 anos 9 meses 27 dias                      | Estado civil<br>Pronúncio |
| Mãe<br>LUCIANA FERREIRA DA SILVA            | Pai<br>SIVALDO VICENTE PONTES DA SILVA                |                           |
| Escolaridade                                | Responsável (Parentesco)<br>LUCAS FERREIRA - IRMÃO(A) |                           |
| DDD Móvel<br>83                             | Fone Móvel<br>989407298                               | DDD Fixo<br>Fone Fixo     |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)           | Número documento<br>3822509                           | Nº Cns                    |
| Local de procedência<br>VALENTINA FIGUEREDO | Tipo<br>BAIRRO                                        | UF<br>PB                  |
| Email                                       | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                           | CBO/R                     |

### Endereço

|                 |                                        |                     |                             |
|-----------------|----------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| CEP<br>58066110 | Município de residência<br>JOAO PESSOA | UF<br>PB            | Logradouro<br>DAS OLIVEIRAS |
| Número<br>141   | Complemento                            | Bairro<br>MUCUMAGRO |                             |

### Admissão

|                                    |                                                  |                                    |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| Data e Hora<br>09/12/2018 20:16:50 | Número da pulseira<br>1000006927393              | Comêto<br>SUS                      |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clinica                                          |                                    |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>RUA                        |                                    |
| Carêter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>MOTO X MOTO |

### Indicadores e Transporte

|                            |                       |                           |               |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não       | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>SAMU | Quem transportou      |                           |               |

### Sinais Vitais

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| PA<br>X mmHg | Pulso<br>Temperatura |
|--------------|----------------------|

### Exames complementares

|                                                                                                                                                                  |            |           |        |            |         |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|--------|------------|---------|----------------------|
| Rolo X [ ]                                                                                                                                                       | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrassonografia [ ] |
| Dados clínicos<br><i>Atendimento realizado em sala de emergência, paciente com trauma por acidente de motocicleta, encaminhado para observação e tratamento.</i> |            |           |        |            |         |                      |
| Diagnóstico<br><i>Fratura de fêmur direito.</i>                                                                                                                  |            |           |        |            |         | CID                  |
| Atendido por<br>THIAGO FERNANDES DE ARAUJO                                                                                                                       |            |           |        |            |         | Tempo<br>44seg       |

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                       |                                          |                                                  |                                                    |                                              |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO</b>     |                                          | BAE<br><b>1126203</b>                            | Data/Hora Entrada<br><b>09/12/2018 20:16:50</b>    | Data Baixa                                   |
| Data de nascimento<br><b>12/02/1994</b>               | Idade<br><b>24a 8m 28d</b>               | Sexo<br><b>Masculino</b>                         | CNS                                                | Telefone de Contato<br><b>(83) 988407298</b> |
| Mãe<br><b>LUCIANA FERREIRA DA SILVA</b>               |                                          |                                                  |                                                    | Prontuário                                   |
| Endereço<br><b>DAS OLIVEIRAS, 141</b>                 |                                          | Bairro<br><b>MUCUMAGRO</b>                       | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                              |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                        | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>FABIO MARCOS CRISPIM LIMA</b> | Nº Cons. Regional<br><b>9561/PB</b>                |                                              |
| Data/Hora Classificação<br><b>09/12/2018 20:16:50</b> |                                          |                                                  | Data/Hora Prescrição<br><b>10/12/2018 01:55:26</b> |                                              |

## Anamnese

ORTOPEDIA #

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM DOR EM PERNA ESQUERDA E EM BRAÇO ESQUERDO

RX COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA + LUXAÇÃO CÁRPICA

CD: RX DO PÉ/TORNOZELO ESQUERDO

AO BLOCO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO CÁRPICA + FIXADOR EXTERNO NA PERNA ESQUERDA)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDA)

## CID10

| Código | Descrição                   |
|--------|-----------------------------|
| S82.2  | Fratura da diáfise da tíbia |

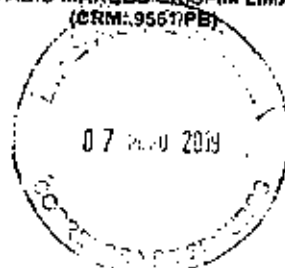
## Conduta

1 observação

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Dr. Fábio Crispim  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB-23.213 / CRM-28-9561  
16.01.16.173

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA  
(CRM: 9561/PB)





GOVERNO  
DA PARAÍBA

# CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: (21) 35700

CEP: 58031090

|                                 |                |                         |                     |
|---------------------------------|----------------|-------------------------|---------------------|
| Nome do Paciente                | Nome do Médico | Endereço do Médico      | Data Baixa          |
| SEBASTIÃO VICENTE DA SILVA NETO | 5126           | BRUNO DA SILVA MESQUITA | 05/12/2018 09:16:51 |
| Data de nascimento              | Sexo           | Profissão               | Telefone de Contato |
| 17/06/1964                      | MASCULINO      | ODONTOLÓGICO            | (83) 988407298      |
| Idade                           |                |                         | Prontuário          |
| 54 ANOS                         |                |                         |                     |
| UF                              |                |                         |                     |
| PB                              |                |                         |                     |
| Nº Cons. Regional               |                |                         |                     |
| 5126/PB                         |                |                         |                     |

## ANAMNESE

Paciente apresenta dor intensa em ambos mandíbulas e fratura condílea em maxila necessitando de internamento para estabilização odontológica para estas sequelas sofridas há 15 dias.

Clínica: internação hospitalar

Clínica: internação

Clínica: internação

Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgia Bucomaxilofacial  
CRO-PB-5126  
BRUNO DA SILVA MESQUITA  
(CRM: 5126/PB)

*[Handwritten signature]*



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

Atendimento: 201831784359

Paciente: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Data Nasc: 12/02/1994 - 24 anos

Data Exame: 20/12/2018

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE**

### **Técnica**

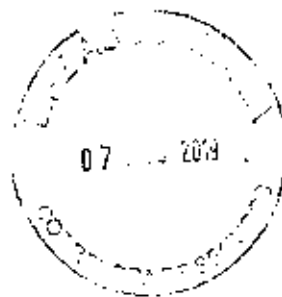
Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise**

Fixadores cirúrgicos em fraturas no corpo da mandíbula e nas nas paredes dos seios maxilares.

Fratura nas lâminas papiráceas, no osso nasal, no septo nasal, na asa maior direita do esfenóide e nas lâminas pterigoides direitas, associadas a hemossinus.

*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 20/12/2018 23:58.*

**Dra. Galba L. O. Aquino**  
**CRM: 5839**

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

12/02/1994

Ac. Nb: 300002043726

ID: 000000082712

Acq.: 17/01/2019

Sex: Male

Acq.: 08:42:53.000403

24 years

PERFIL



10 cm

Frame: [1005] 4 / 4

Zoom: 21.98%

Window/Level: 1.023/511

CR (1576x1976)

Series Nb: 1001

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

12/02/1994

Ac. Nb: 300002043726

ID: 000000082712

Acq.: 17/01/2019

Sex: Male

Acq.: 08:41:42.000914

24 years

PERFIL



10 cm

Frame: [1004] 3 / 4

Zoom: 21.98%

Window/Level: 1.023/511

CR (1576x1976)

Series Nb: 1001







MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

104.465.374-46

Nome

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

Nascimento

12/02/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ Nº 904958530F

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

1 1584664 10/00000000

ROSA, RICARDO ALBERTO

RUA DOZIS, 111

JARDIM

20041-2001

2004 2001

CONDOMINIO

20041-2001

07 maio 2014

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Severino Uenir de Silva Neto  
 DATA DO ACIDENTE 09.12.18 CPF DA VÍTIMA 104.465.374-96  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Severino Uenir de Silva Neto  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Severino Uenir de Silva Neto  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Oliveira  
 Nº 511 COMPLEMENTO  BAIRRO Macumbos  
 CIDADE São Carlos UF PA CEP 58220-000  
 E-MAIL  TELEFONE (fixo) 99864-3473

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURADORSTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADORSTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/05/2019IDENTIDADE 3.822.509ASSINATURA Severino Uenir de Silva Neto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 07.05.2019NOME ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190311106 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DE TIBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190311106 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DE TIBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. (32)

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0153305/19

**Vítima:** SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

**CPF:** 104.465.374-46

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/12/2018

**Titular do CPF:** SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO : 104.465.374-46**

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](http://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: 07/05/2019  
Nome: SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO  
CPF: 104.465.374-46

SEVERINO VICENTE DA SILVA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA