

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180232028**

Vitima: **CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **08/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180232028**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12955671



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180232028**

Vitima: **CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **08/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180232028**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/05/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

203.624.634-68

Carlos Humberto dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

Email

CPF titular da conta

Número

Estado

Profissão

Complemento

CEP

Telefone (DDD)

Carlos Humberto dos Santos

203.624.634-68

SU

Paraná

Recibo Informar

Casa

58.24-00

(83) 98624-8415

Rua do Coumo

Centro

Cidade

Petropolis

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

0037

(Informar dígito se existir)

39326

(Informar dígito se existir)

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

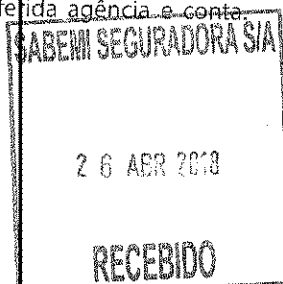
João Pinheiro, 26 de abril de 2018

Local e Data

Carlos Humberto dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SABEMI SEGURADORA S/A
26 ABR 2018
RECEBIDO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DO POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



03

DADOS DO ACIDENTE

Nº BAT 0287 - 2016		Responsável pelo Levantamento do Acidente: José Augusto Fernandes			Posto/Graduação: CB/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Presidente Nilo Peçanha			Hora 09:30	Bairro Bessa	Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 08/05/2016	Dia da Semana Domingo	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abaloamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos			Controle do tráfego no local Via de Sentido Duplo			
Nome Lucas Fernandes Aguiar			Sexo Masculino	Nascimento 20/07/1995	RG 3740300	
Endereço Rua Oceano Antártico, 49, Apto 401, Bessa, João Pessoa PB - Tel. (083) 99605-2929			SABEMI SEGURADORA S/A			
1ª Habilitação 17/10/2013	Categoria B	Registro CNH N.º 05908144139	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 16/08/2018	Usava cinto Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não			Comportamento do Condutor Permaneceu no Local			26 ABR 2018
Marca Fiat / Punto			Espécie Automóvel	Placa OGA-5115	Categoria Particular	Município João Pessoa
Nome do Proprietário Eduardo Cardoso Aguiar			U.F. RECEBIDO			
Seguradora DPVAT		Bilhete N.º 012153136484	Renavan N.º 0053859312-1		Data da Emissão 22/07/2015	
Defeitos Nada constatado						
VERSÃO DO CONDUTOR 01						
Condutor declarou que: Trafegava na via "A", na faixa da direita, no sentido BR 230 / Praia, quando foi fazer uma pequena manobra para a esquerda e foi surpreendido pelo V2 que tentou fazer uma ultrapassagem no V1. Declarou ainda que antes de iniciar a manobra ligou a sinalizadora para a esquerda.						
CONDUTOR 02						
Nome Carlos Humberto dos Santos			Sexo Masculino	Nascimento 20/07/1952	RG 1928269	
Endereço R. da Exportação, 394, Industria, Ao lado do Bar do Jorge, João Pessoa PB - Tel. (083) 98628-3392						
1ª Habilitação 25/11/1981	Categoria AD	Registro CNH N.º 02545086815	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 10/07/2017	Usava cinto Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não			Comportamento do Condutor Socorrido ao Hospital			
VEÍCULO 02						
Marca Honda / XRE 300		Espécie Motocicleta	Placa NPW-0860	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Carlos Humberto dos Santos			Data da Emissão 21/08/2015			
Seguradora DPVAT		Bilhete N.º 012028916275	Renavan N.º 0017412194-6			
Defeitos Nada constatado						
VERSÃO DO CONDUTOR 02						
Condutor foi ouvido após ser liberado do hospital e declarou que: Trafegava na via "A", na faixa da direita no sentido BR 230 / Praia, quando o V1 entrou de repente para a esquerda sem sinalizar, chegando a interceptar a passagem do V2, ocasionando o acidente.						

30/05/2016



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAIBA
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN



CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0287/ 2016

AMARRAÇÕES

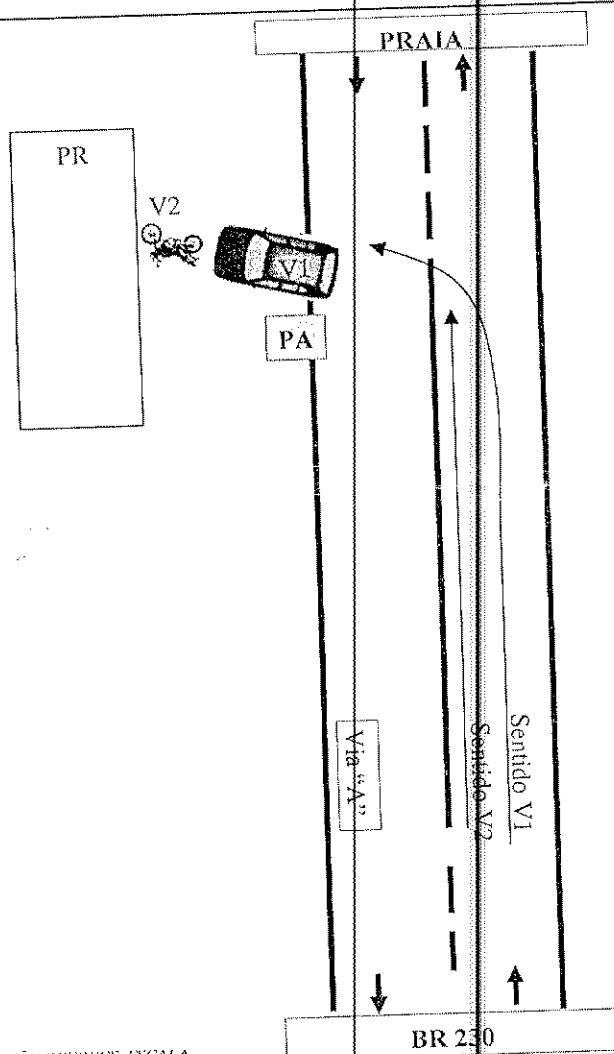
VIA "A" - Avenida Presidente Nilo Peçanha 09,00 metros

PR (Ponto de Referência) Lojão Casa e Construção

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 02.60 e Traseiro Esquerdo 00.05 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 06.00 e Traseiro Esquerdo 04.60 metros para (PA)



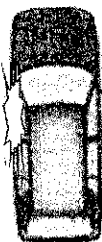
SABEMI SEGURADORA S/A

28 ABR 2016

RECEBIDO

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

30 05 16

José Augusto Fernandes CB PM.
Responsável pelo Levantamento

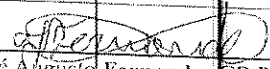
CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0287 - 2016

Nome	VÍTIMA 01		
Carlos Humberto dos Santos		Sexo	Nascimento
Endereço		Masculino	
R. da Exportação, 394, Industria, Ao lado do Bar do Jorge	João Pessoa PB		
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº 02		Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para Hospital		
Condutor			

CONSTATADO

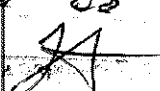
Constatado quando do levantamento que: O impacto deu-se no lado esquerdo da Via "A" onde o V1 foi avariado na lateral esquerda e o V2 foi avariado na dianteira e lateral. A vítima foi socorrida pelo Resgate do Corpo de Bombeiros para o Hospital de Traumas com ferimentos no nariz e pelo corpo. O V2 foi removido para o pátio do BPTRAN para complemento de boletim. A via é sinalizada. Com o impacto o V2 foi arremessado para o lado esquerdo chegando a danificar as portas do estabelecimento Lojão Casa e Construção, onde o proprietário é o senhor Edgley de Sousa Formiga de RG: 2508312 SSP/PB e CPF: 036239274-90.

João Pessoa - PB, 19 de Maio de 2016.


José Augusto Fernandes CB PM

Responsável pelo Levantamento



30 05 16


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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Carlos Humberto dos Santos

CPF da Vítima

203.624.634-68

Data do Acidente

08/05/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

SEABEM SEGURADORA S/A

26 ABR 2016

RECEBIDO

João Pinea 26 de abril de 2016

Local e Data

Carlos Humberto dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ORIO + BUCO



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 918687

GOVERNO
DA PARAÍBA

Identificação do paciente

ID 1034387	Nome CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS	Sexo Masculino
Data de nascimento 20/01/1952	Idade 64 anos 3 meses 18 dias	Prontuário
Mãe ARLINDA BARBOSA DA SILVA	Estado civil SEPARADO(A)	Religião NAO INFORMADA
Escolaridade NAO INFORMADO	Pai NAO DECLARADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Fone Fixo
Local de procedência BESSA	Nº Cns 708609043075281	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58083140	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 364	Complemento	Logradouro DA EXPORTAÇÃO
		Bairro INDUSTRIAS

Admissão

Data e Hora Prevista 08/05/2016 10:24:59	Número da pulseira 1000004723447	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

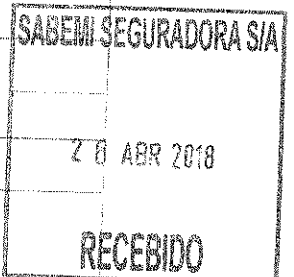
Diagnóstico

Atendido por
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

CID

Tempo
02min 53seg

Imprimir

F. cele
08/05/2016



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



1000004123447
CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS
DT. NASC.: 20/01/1952
MAE: ARLINDA BARBOSA DA SILVA
BE.: 910687

END.: DA EXPORTA E AO
N. 364 - INDÚSTRIAS
JORG PESSOA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 64
DT. ENTRADA: 08/05/2016 10:24:59

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Trauma de moto há 01 hora. Refere dor
em face direita e em punho D. Relata que incorrido em
HTD. Paciente psiquiátrico (esquizofrenia)? e HAS.
Ao exame: EGR aumentado e hipreflexo, hemodinamicamente
estável. Contusões em hemiface (D).
AR: MV+ em AMT
ACV: BCNF em 2T
AA: indolore

EXAME PRIMÁRIO

S
...REAS ☒ Pervias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2 - RUIDOS

() sim
() Não
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores
imp SaO₂ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow: (15)

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	(4)	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	(5)	Obedece aos comandos	(6)
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

SABEM SEGURADORA S/A

26 ABR 2016

RECEBIDO

EXAME SECUNDÁRIO					
ALERGIA:	☒ Não () Sim:				
MEDICAMENTOS:	() Não () Sim:				
IMUNIZAÇÃO	() Não () Sim:				
PATOLOGIA	() Não () Sim:				
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não () Sim:				
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Embolamento 9 Efusão subcutânea 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36		
OBS.:					
QUEIMADURA:					
Superfície corporal lesada (regra da palma%)		% Graus de queimadura:	() 1º grau	() 2º grau	() 3º grau
EXAMES SOLICITADOS					
() Radiografias		() Lavado peritoneal			
() Ultrassonografia (FAST)		() Gasometria arterial			
() Tomografia computadorizada		() Tipagem sanguínea			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO		
1	1º atendimento da Cirurgia		 D. Augusto Chaves Filho Médico CRM 28.40062		
2	Parecer da Otorrinolaringologia				
3	Parecer da Otorrinolaringologia				
4	Rx de tórax em PA e perfil				
5	Ata da Cirurgia				
6					
7					
8					
9					
10					
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO					
Solicito parecer da <u>Otor</u> / <u>BMX</u>		às <u>10:30</u> do dia <u>08/05/16</u>			
Solicito parecer da _____ / _____		às _____ do dia ____/____/____			
DESTINO DO PACIENTE	() Centro cirúrgico				
DATA	() Transferência (unidade de saúde)				
DA _____	() Internado (setor)				
SAÍDA	() Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência				
HORAS: _____	() Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JML () SVO				
ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			

Cód. par. Deb. Automático: 0010292372

Canal de contato

SABEMI SEGURODORA S/A

26 ABR 2013

RECEBIDO

WAGO008UGD (Rev. 2/2011) (PSS911)

83680000001-7 1960054000-7 10202372018-2 04400019019-7

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HETEL

BE/PRONTUÁRIO

918687

Nome do paciente

CARLOS HUMBERTO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
12/05/16	12:46	#CTOMF# Paciente vítima de acidente motorcístico, cursando o 4 dia de fratura. Foi realizada cirurgia de redução e fixação de fratura do complexo zigomático (1). Seque em observação da ORF. CD: (1) Cirurgia Comp. Zigomático (2) Procedimento Hospitalar (3) Reabilitação ORF <i>[Stamp: 12/05/2016 12:46 - 12:46 - 12:46]</i>
13/05/16		Paciente no 1º dia de redução e fixação de fratura de mandíbula no maxilar. Apresenta dor na região da mandíbula e maxilar. Refere dor e edema no maxilar. Os dentes permanecem desalinhados. A vítima não apresenta mais dor e não há intercorrências. <i>[Stamp: 13/05/2016 12:46 - 12:46 - 12:46]</i>

Clarissa Campelo
Enfermeira Especialista
R. 011 - 1111



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



ETSHL

1000004723447 BE.: 918687
CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS
DT. NASC.: 20/01/1952
MAE: ARLINDA BARBOSA DA SILVA
END.: DA EXPORTAÇÃO 80
N. 364 - IND. OSTRAS
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 64
DT. ENTRADA: 08/05/2016 10:24 59

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/05/16	12:25	CTBMF Paciente vítima de acidente de moto apresentando trauma em face. Nega dor mais, vômito, refluxo, início de convulsão, fazendo uso de garlandas e medicações para dor (não sabe informar o nome). HAS não sabe informar o nome de medicações anti-hipertensivas. Nega alergias. No momento em BEGO, eupneico, orientado, contactante. Ao exame clínico em repouso: goniana (1), aparente perda de preguiça malar (1), degra em pilar zigomático maxilar (1). Nega alterações visuais. Direto degra um ordo nasal (1). CD: Solicito TC - Reavaliação após TC
08/05/16	12:50	Fontes A 5m vizinhos os sintomas de lesão em dentes anteriores. A CD: Am de Fontes
08/05/16		CTBMF ATC observa-se sinais sugestivos de zigoma (1). CD: solicite interações e exames pré-operatórios

Ana Karina Tormes
CRO: 5724
Cirurgia Bucomaxilofacial

Dr. Renato Tormes
CRO: 5724

Dr. Renato Tormes
CRO: 5724

Ana Karina Tormes
CRO: 5724
Cirurgia Bucomaxilofacial

F(NG).ENF.018-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

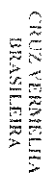
14/5/18 8:30

B.M.O.

Paciente em BEG, afebril, suturas em face em posição, relato de dor no tórax e dor de ventre mais ou menos. Faltas CD 1) Prescrição Normetolol 2) Aguarda parecer de ortopedista para alta hospitalar.

Clínico Bruno Luiz L. Martins
C. 10.123.456
Endereço: Rua 100, 100
CEP: 10000-000

SABEMI SEGURADORA S/A
26 ABR 2018
RECEBIDO



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPM

HEPES

Prontuário: 918687

Date: 12/05/16

Procedimento: ~~Ext.~~ CMMB. Nodulo de Oc. + MCHMCA de 21 - Reposição

Data: _____ / _____

SUS: (X) Não SUS ()

Médico: Dr. Leonardo J. + Dra. Rosa Roberto

50m. corn fixa 900

Extra Points

[illegible]

ASSINATIURA DOMINIC - CIRM

ASSINATI RABINOVICIM - COREN

Calle Victoria Holandesa de Almirante
 Calle de Comercio
 CORREO PB 317.612



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HCSH

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos Acumbento dos Santos

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/03/1952

6 - N° DO PRONTUÁRIO

948687

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EX. BUCOMAX - 1.5 x 2.0
placa em L 4 furos com extensor 2.0 - (01)
placa meta de 10 furos - (02)
paraf. 5mm - (04)
paraf. 5mm (1.5) - (07)
paraf. 6mm - (03)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM-PR 12345

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS BE/Prontuário: 418687
Idade: 64 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 12/05/16
Clínica/Setor: BMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO
Cirurgião: LEONARDO MENDES 1º Assistente: Residente
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início 10:00 Término 12:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO</u>	<u>502.4</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURAS DE ZIGOMA</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____
Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não
Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:
☒ Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Leonardo Mendes Campos
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRM 120516

João Pessoa 12/05/16

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	① Paciente DDM sob anestesia geral ② ASSEPSIA
Incisão:	③ MONTAGEM DOS CAMPOS ④ INCISÃO INTRA ORAL ⑤ INCISÃO DE ACESSO INTRA ORBITARIO
Achados:	⑦ REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO DO PIVAR ZIGOMATICO COM PLACA EM L DO SISTEMA TITANIO 2.0 + 4 PARAFUSOS 5mm DO SISTEMA 2.0
Condução:	⑧ REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTRA ORBITARIA COM PLACA RETA 10 PAVOS + 5 PARAFUSOS 5mm DO SISTEMA 1.5mm ⑨ REDUÇÃO E FIXAÇÃO + placa de 10 PAVOS DO SISTEMA 1.5mm com 5 PARAFUSOS DE 5mm DO SISTEMA 1.5mm
Fechamento:	⑩ SUTURA INTRA ORAL ⑪ SUTURA INTRA ORBITARIA POR PLUMAS. ⑫ CURATIVOS
Observação:	⑬ PACIENTE NOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Dr. Leonardo M. de Castro
Cirurgião Bucal, Otorrinolaringologista
e Implantodontologia
CRM-PA 2.289

João Pessoa, ____ / ____ / ____

Médico/CRM: _____

NOME DO PACIENTE: Carlos Humberto dos Santos

IDADE: 64 **BR:** 918687 **PRONTUÁRIO:** **ENFERMARIA:** **LEITO:**

CIRURGIA: fratura de humero direito redução de fratura de humero com fixação

CIRURGIÃO: Dr. Fernando de Jesus Roberto

ANESTESIA: Geral

ANESTESISTA: Dr. Jhaurya

INSTRUMENTADOR:

DATA: 12/05/16 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA:** INÍCIO 09:45 FIM 12:15 **CIRURGIA:** INÍCIO 09:45 FIM 12:15

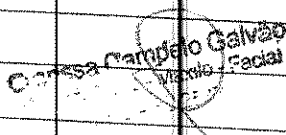
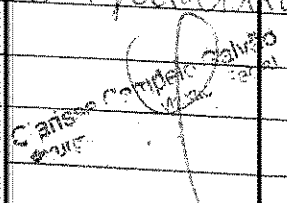
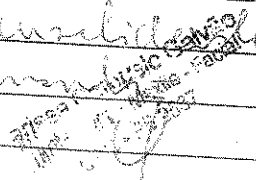
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		ELCO Nº18		FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		ELCO Nº20		FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		ELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CEETAMINA		ELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		FIO DE NYLON Nº	5,0
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		FIO POLIGLACTINA Nº	4,0
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		FIO POLIGLACTINA Nº	4,0
SOFLURANO		PVPI TÓPICO		FIO POLIGLACTINA Nº	4,0
VOBUPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRAMHEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOTINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
PIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONIOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		(X) ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		(X) BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		(X) CALNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		(X) CARDIOMONITOR	
RECOMENDADO		GAZES		() DEFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		(X) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		(X) OXÍMETRO DE PULSO	
EXCURSO MAX. 2,5 d 2,0 TM (unig. capa de tecido)				(X) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
phc com 2,5 furos com extensão - 01 (2,0)				() PERFURADOR ELÉTRICO	
2 meta. de 30 furos - 02				() SERRA	
paraf. 5mm - 01				CIRCULANTE	435043
paraf. 3mm (4,5) 07					
paraf. 6mm - 03					

Expirado de 12:15

Assinatura: Jhaurya

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
09/05/16	10:48	#BNF# Paciente em J.B.T. de febre de apêndice aguda mod. @. No momento sem sinais, sintomas, sem BEE. Fiz exame físico do fga e bexiga e esquemas sem alterações @, exames laboratoriais pendentes e avaliação visual realizada. C.B.: ① Permissão; ② Solicito avaliação da clínica médica para tratamento de KAS (paciente deve ter no momento sem fazer uso de medicação) ③ Acompanhamento BNF;  Carissa Campelo Galvão Médica - Facial
10/05/16		Paciente em observação de apêndice na clínica, no momento B.D. apresentando dores de tipo cólico de intensidade moderada a forte. Medicação com analgésicos e fazer uso de medicação prescrita. Solicito exames de Prigialina  Carissa Campelo Galvão Médica - Facial
11/05/16		Paciente liberada pelas demais especialidades, aguarda cirurgia no ambulatório.  Carissa Campelo Galvão Médica - Facial

F(NG).ENF.018-1

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS

DATA DO ATENDIMENTO: 12/05/2016

Nº PRONTUÁRIO: 918687 FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Leonardo Mendes

DIAGNÓSTICO: Fx Complexo Zigomático

PROCEDIMENTO: Redução e Fixação de Fx do Zígame.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO
F(NG).APC.035-1



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



GOVERNO
DA PARAIBA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr. (a) Carlos Humberto dos Santos portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 8:00h horas, portador(a) da patologia CID-10 S02.4, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 15 (quinze) dias, a partir desta data.

Otávio Bruno João Pessoa 15/05/2016
Clínica Oral e Maxilo-Facial
Endodontia e La. Cir.
CRC 41467

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
autorizo _____ o(a)
Dr.(a) _____, a registrar
o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
nesse atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª Via Paciente - 2ª Via Anexa ao Prontuário de Atendimento

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Av Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58.031-090 Conj. Pedro Gondim



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Otávio Bruno Cristóvão L. Mendonça
Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

CRM Endodontia e La er Nº

Endereço: CRO 4149-PB

H.E.E.S.H.L.

Cidade: J. Pessoa UF: PB

Telefone:

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: Carlos Humberto do Amaral

Endereço: R. Bemz N° 305 Pessoa / PB

Prescrição: 1) Ceflexime 500 mg - 2 Cxs

Tomar 1 comp. V.O. de 6/6 h - 10 di.

Data: 15/05/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: UF: Nº:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Otávio Bruno Cristóvão L. Mendonça
Cirurgia Oral e Maxilo-Facial
Endodontia e La er
Assinatura do MédicoOtávio Bruno Cristóvão L. Mendonça
Cirurgia Oral e Maxilo-Facial
Endodontia e La er
CRO 4149-PB
Carimbo do Médico

Data: / /

F(NG).CC. 004-1

LAUDO



Receituário Médico

Sr. Carlos Humberto dos Santos -

102

Paciente vítima de acidente motociclistico, cursando em fratura de Colaplexo Esquematizado direito. Foi realizado o procedimento cirurgico de reducao e fixacao interna rigida, na fratura supracitada. Paciente relata, no momento, leve parestesia em hemi-face direita, ausencia de sintomas algicos ou injeções, motricidade e acuidade visual preservadas, oclusão dentária preservada.

Data: 02/06/16

Clarissa Campelo
Cirurgia Bucal e Maxilofacial
CRP 122527

Médico - CRM

BMF

P(NG).CC.002-1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Otávio Bruno Crisi L. Mendonça

CRM _____ UF _____ Nº _____
Endereço: _____

H.E.E.T.S.H.L.

Cidade: J. P. 2002 UF PR
Telefone: _____

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Droguaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Otávio Bruno Crisi L. Mendonça

Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

Endodontia e La. P.

CRO 4149-PB

Carimbo do Médico

Paciente: Carlos Humberto do Santos
Endereço: R. BOMASIM 305 P. 2002 / PR
Prescrição: 1 Ceflexine 500 mg
Tomar 1 comp. V.O. de 6/6 h - 10 dias

Data: 15/05/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: _____ UF _____ Nº _____
Endereço: _____

Cidade: _____ UF _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Otávio Bruno Crisi L. Mendonça

Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

Endodontia e La. P.

CRO 4149-PB

Carimbo do Médico

Data: ____/____/____



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Otávio Bruno Cris L. Mendonça
Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

CRM Endodontia e La or Nº

Endereço: CRO 4149-PB

HEETSHL

Cidade: 30002 UF: PB

Telefone:

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: Carlos Humberto do Sena

Endereço: R. BENE DIN 305 30002/PB

Prescrição: 1) Cefalexina 500mg - 2 Cxs

Tomar 1 comp. V.O. de 6/6h - 10 dias

Data: 15/05/2016

Otávio Bruno Cris L. Mendonça

Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

Endodontia e La or

CRO 4149-PB

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: UF Nº

Endereço:

Cidade: UF

Telefone:

Otávio Bruno Cris L. Mendonça

Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

Endodontia e La or

CRO 4149-PB

Carimbo do Médico

Data: / /

F(NG).CC. 004-1

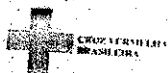


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: Carlos Humberto da Silva			Registro: 918684		
Idade: 64	Sexo: M	Cor:	Clinica: BMF	Enf: 01	Leito: 02
Data de admissão: 08/05/16			Data da alta: 15/05/16		
Diagnóstico inicial: Fr de Zígonia Direita			SO4.2		
Diagnóstico final: Fr de Zígonia					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: T.C de Face, ECG + Hemograma					
Cirurgia realizada - data e equipe: 12/05/16 Dr. Leonardo Mendes					
Terapêutica medicamentosa: AINO + ANTO					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () Abandono () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: Paciente vítima de acidente motociclístico, caindo com reflexo de zígonia (2), realizou redução e fixação do Fratur de Complexo Zígonico (2)					
Dieta: Líquida			Orientações Pós Alta		
Repouso: relativo em casa por, 15 dias, retorno às atividades sem esforço físico em, 15 dias, retorno às atividades com esforço físico leve, 15 dias e com maior em, 15 dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: Celecoxibe + Nimesulida + Dipirona					
Retorno: Ao posto de saúde em 10 para retirada de ponto, em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: 15 de 05 de 2016					
Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA



GOVERNO
DA PARAÍBA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr. (a) Carlos Humberto da Silva portador(a) da identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 8:00h horas, portador(a) da patologia CID-10 780.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 15 (quinze) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 15/05/2016
Centro de Saúde Maria Fátima
Luzia Pereira da Silva
CRM 41617

Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo _____ o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso nesse atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª Via Paciente - 2ª Via Anexa ao Prontuário de Atendimento

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Av Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58.031-090 Conj. Pedro Gondim

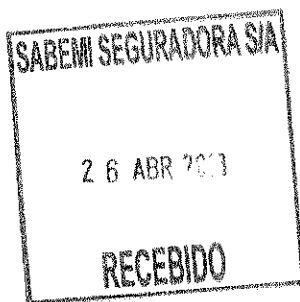


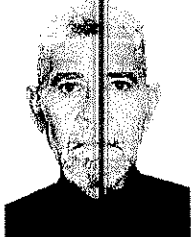
CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



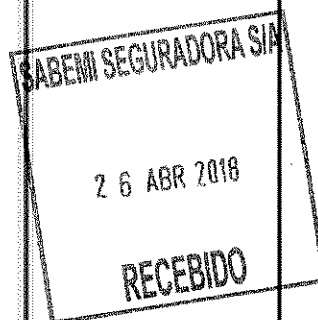
Nome: Carlos Humberto da Silva			Registro: 91868+		
Idade: 64	Sexo: M	Cor:	Clinica: BMA	Enf: 01	Leito: 02
Data de admissão: 08/05/16			Data da alta: 15/05/16		
Diagnóstico inicial: Fr. de Zígonia Direita			504.2		
Diagnóstico final: Fr. de Zígonia					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: T.C. de Foc., ECG + Hemograma					
Cirurgia realizada - data e equipe: 12/05/16 Dr. Leonardo Mendes					
Terapêutica medicamentosa: AINE + ANTIB					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não (X)					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado (X) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: Paciente vítima de acidente motorístico, corrente, com fratura de zígonia (D), realizou redução e fixação do fratur do osso de zígonia (D).					
Dieta: Livre			Orientações Pós Alta		
Repouso: relativo em casa por 15 dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em 15 dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, 15 dias e com maior em 15 dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: Ceftriaxona + Amoxicilina + Dorífero					
Retorno: Ao posto de saúde em 10 para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: 15 de 05 de 2016			Ass. Médico / CRM		
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTERIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
ARTIGO NACIONAL DE HABILITACAO		
NOME CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS		
		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 1928269 SSP PB		
CPF 750.988.228-15		
DATA NASCIMENTO 20/01/1952		
FILIAÇÃO ARLINDA BARBOSA DA SILVA		
PERMISSÃO ACC CATAR		
Nº REGISTRO 02545026015		
VALIDADE 15/05/2020		
1ª HABILITAÇÃO 25/11/1981		
OBSERVAÇÕES A ;		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL JOAO PESSOA, PB		
DATA EMISSÃO 17/05/2017		
ASSINATURA DO EMISSOR		
62480521260 PB034601586		
PARAÍBA		

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1474567023

PROIBIDO PLASTIFICAR
1474567023



MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORGANIZAÇÃO UF
529827 SSP PB

CPF
203.624.634-68 DATA NASCIMENTO
02/09/1959

PLACAO
MARIA DA PENHA DOS
SANTOS

PERMULAÇÃO
AD

Nº REGISTRO
01050070498 VALIDADE
21/01/2028 1ª HABILITAÇÃO
27/04/1987

OBSERVAÇÕES

Rob. Pessoa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
22/01/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

82668180345
78029995655

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1030007330

PROBI
LASTIFICAR
1030007330

SABEMI SEGURADORA S/A
26 ABR 2018
RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

26 ABR 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

No 012028916275

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 20150000362828

0017412194-6 00/00000000 2015

NOME

CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS

CPF/CNPJ

PLACA

NPW0860/PB

PLACA ANT./UF

CHASSI

NOVO

9C2ND0920AR000276

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

HONDA/XRE 300

COR PREDOMINANTE

AMARELA

CAP/POI/CI

CATEGORIA

PARTIC

2 E/291 /CI

VENC. COTA ÚNICA

1ª

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

2ª

IPVA PAGO EM

PARCELAMENTO / COTAS

3ª

FAIXA IPVA

VENC. COTA ÚNICA

1ª

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

0

JOAO PESSOA-PB

DATA

21/08/2015

40681

40894

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E USUARIOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PB Nº 012028916275 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
75098822815
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2015

21/08/2015

CPF/CNPJ

PLACA

NPW0860/PB

75098822815

HONDA/XRE 300

MARCA/MODELO

2009

9C2ND0920AR000276

ANO FAB.

IN CHASSI

2009

9C2ND0920AR000276

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

P A G O

TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$)

21/08/2015

COTA ÚNICA

PARCELADO

S

21/08/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

40894-1127069-20150821

ABR / 2015

Manoella da Silva Luz
Escritório Autorizada

Consulite autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

Selo: ADF 494-ASMO *

Manoella da Silva Luz - Escritório Autorizada

Em teste

da verdade

servente, que confere

AUTENTICADO

Av. Cruz das Armas, 499

Autentico a presente copia reprografica extraida desta servente, que confere

com o original. Dou fé.

20 de maio de 2016.

Serviço Registral Alcantara Brito

CONTRATO

JOAO PESSOA-PB

DATA

21/08/2015

40681

40894

40681

40894

Assessoria Jurídica

Diretor de Registro

Detran/PB

PODER JUDICIÁRIO

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

1º Juizado Especial Cível da Comarca da Capital

Autos n.º 0826536-42.2017.8.15.2001

Juiz de Direito	Dr. Ailton Nunes Melo			
Juíza Leiga	Dra. Fernanda Paiva Silva Bini			
Demandante	Carlos Humberto dos Santos			
Demandados	Seguradora Lider dos Consórcios S.A			

**SENTENÇA**

COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. NÃO REALIZAÇÃO DE PERÍCIA. AUSÊNCIA DE DOCUMENTO INDISPENSÁVEL. (INTELIGÊNCIA DOS ARTS. 282 E 283, DO CPC). EXTINÇÃO DO PROCESSO SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, EX OFFICIO.

Dispensado o relatório, ex vi do disposto no art. 38, caput, da Lei 9.099/95.

Consoante o art. 319, IV, do CPC, um dos requisitos que deverá conter a petição inicial é o *pedido, com suas especificações*, o qual revela o objeto da ação e do processo. Ou seja, o pedido é a solução que se pretende seja dada pela jurisdição à situação conflituosa exposta.

O autor é quem fixa, em sua peça inaugural, os limites de sua pretensão, pois o que não foi pleiteado na inicial não pode ser deferido de ofício pelo magistrado, exceto os denominados pedidos implícitos, como juros legais e de mora, correção monetária, custas processuais e honorários

advocaticios. Por isso, já se disse que o pedido é o modelo de sentença que o autor aguarda. O pedido delimita o decisório, pois dentro do limite do pedido há de conter-se a parte decisória da sentença.

No caso presente, o autor pleiteia, em sua peça vestibular, o pagamento de indenização referente ao seguro DPVAT. No entanto, não há nos autos qualquer laudo pericial que comprove ou quantifique a invalidez do autor.

Nesse teor dispõe o CPC:

Art. 320. A petição será instruída com os documentos indispensáveis à propositura da ação.

Destarte, ante a ausência de documento imprescindível e considerando que o rito processual estabelecido para o Juizado Especial Cível não permite que o juiz determine que o autor emende, ou complete a petição inicial, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, *ex officio*, face a inépcia da referida peça.

É o que dispõe o Código de Processo Civil, subsidiariamente aplicável ao caso:

Art. 330. A petição inicial será ineficaz:

I – quando for inepta;

Parágrafo único. Considera-se inepta a petição inicial quando:

I – lhe faltar pedido ou causa de pedir. (grifo nosso).

Sabe-se que não interessa à jurisdição o encerramento prematuro do processo sem a devida solução da pretensão jurídica deduzida, só se admitindo o indeferimento da petição inicial, ainda que em sede de Juizado Especial Cível, onde o autor pode propor a ação de forma simples e sucinta, quando o vício apresentado impossibilite a outorga da tutela jurisdicional de mérito.

ISTO POSTO, mais que dos autos constam e princípios de direito atinentes à espécie, **JULGO EXTINTO O PROCESSO SEM RESOLUÇÃO DO MÉRITO**, o fazendo na forma dos art. 485, inc. I, c/c art. 330, inc. I e art. 371, todos do Código de Processo Civil. Defiro a gratuidade. Sem custas processuais e honorários advocaticios.

Submeto esta decisão à apreciação do Juiz Togado, nos termos do art. 40 da lei n.º 9.099/95.

João Pessoa, data eletrônica.

Fernanda Paiva Silva Bini



Poder Judiciário da Paraíba
1º Juizado Especial Cível da Capital

Processo: 0826536-42.2017.8.15.2001

SENTENÇA

Atento para o que prescreve o art. 40 da Lei 9099/95, HOMOLOGO, POR SENTENÇA, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, A DECISÃO PROFERIDA PELO JUIZ LEIGO.

Sem custas.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

João Pessoa, 14 de agosto de 2017.

AILTON NUNES MELO

Juiz de Direito

Assinado eletronicamente por: **AILTON NUNES MELO**
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: **9163266**



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149442/18

Vítima: CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS

CPF: 203.624.634-68

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/05/2016

Titular do CPF: CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS : 203.624.634-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2018

Nome: CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 203.624.634-68



CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

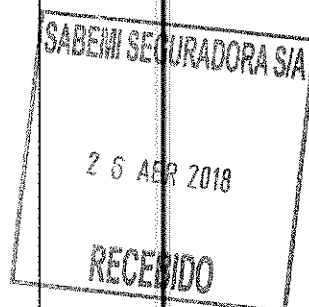
Data do cadastramento: 26/04/2018

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 114.261.744-03



LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180232028 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/05/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Ívone S. Valice