



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Carlos Humberto dos Santos, brasileiro, solteiro, 66 anos
portador do RG nº 1.928.268-SSP/PB, inscrito no
CPF nº 0750.938.228-15, residente e domiciliado na
Rua do Carmo, S/N, Cunha, P. Fimbul PB

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa, 06 de Ago de 2018

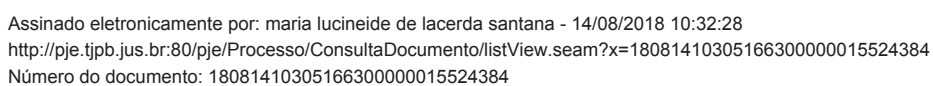
Carlos Humberto dos Santos
OUTORGANTE

(83) 3241.6957

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB
Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • Sapé - PB



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1474567023



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: 1928269 SSP PB

CPF: 750.986.228-15 DATA NASCIMENTO: 20/01/1952

FILIAÇÃO: ARLINDA BARBOSA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CATUAR ALI

Nº REGISTRO: 02545086815 VALIDADE: 15/05/2020 1ª HABITAÇÃO: 25/11/1981

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR:

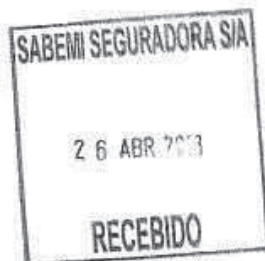
LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 17/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR: 62480521260 PB034601686

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1474567023

PROIBIDO PLASTIFICAR 1474567023



Num. 15923777 - Pág. 4



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



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		Município: João Pessoa
Data/Ocorrência 08/05/2016	Dia da Semana Domingo	UF PB
C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Abaloamento	Condições/Via Seca
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego no local Via de Sentido Duplo	Tempo Bom

CONDUTOR 01

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			
1ª Habilitação 17/10/2013	Categoria B	Registro CNH N.º 05908144139	U.F. PB
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 16/08/2018	Usava cinto Sim
Comportamento do Condutor Permaneceu no Local			

VEÍCULO 01

Marca Fiat / Punto	Espécie Automóvel	Placa OGA-5115	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Eduardo Cardoso Aguiar					
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 sinaleira para a esquerda.

CONDUTOR 02

Nome Carlos Humberto dos Santos	Sexo Masculino	Nascimento 20/01/1952	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
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 10/07/2017	Usava cinto Sim
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					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 012028916275	Renavan N.º 0017412194-6	Data da Emissão 21/08/2015		
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.





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
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

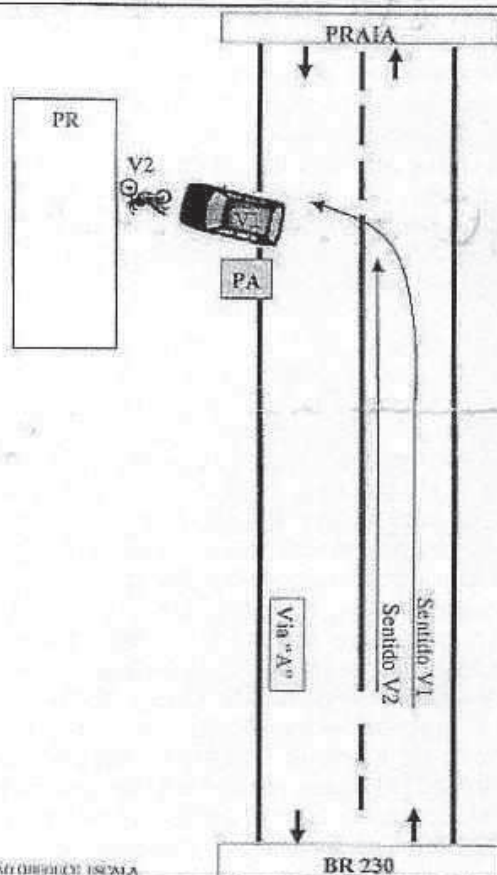
VIA "A" - Avenida Presidente Nilo Peçanha 09,00 metros

PR (Ponto de Referência) Loja 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 05.00 e Traseiro Esquerdo 04.60 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO DEVE SER USADO

AVARIAS



V1



V2

Ex 30 05 16
José Augusto Fernandes CB PM,
Responsável pelo Levantamento



LAUDO



Recetário Médico

Sr. Carlos Humberto dos Santos -

Paciente vítima de acidente motociclistas, cursando em fratura de Complexo Epifisário direito. Foi realizado o procedimento cirúrgico de redução e fixação interna rígida, na fratura supracitada. Paciente velata, no momento, leve parestesia em hemi-mão direita, ausência de sintomas, algias ou injeções, motricidade e acuidade visual preservadas, oclusão dentária preservada.

Data: 02/06/16

Clarissa Campos
Osteodentista

PR

Médico - CRM

BMF

P(NG).CC.002-1





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
EXERCÍCIO: HEMEROS N.º 10000



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Carla Humberto da Silva portador(a) da identidade de 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 _____, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 15 (quinze) dias, a partir desta data.

João D. Santana 15/08/2016
Assinatura e Carimbo do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LACERDA
Av. Graças Lúcia, s/n - CEP: 58.031-090 Cór. Paulo Gondim





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
Otávio Bruno Gisi L. Mendonça	
Cirurgia Oral e Maxilo-Facial	
CRM	Endodontia e La. ar N°
Endereço:	
CRO 4143-PB	
H. E. S. S. H. ?	
Cidade:	J. P. 2002 UF PR
Telefone:	

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

Carimbo do Médico

Paciente: Carlos Humberto do Santos
Endereço: R. Bene 21 N Jos P. 2002 / PR
Prescrição: 1 Capteniz 500 - 2 Cxs
Tomar 1 comp. V.O de 6/6h - 10 di

Otávio Bruno Gisi L. Mendonça
Cirurgia Oral e Maxilo-Facial
Endodontia e La. ar
Assinatura do Médico

Data: 15/05/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome Completo:	
RG:	
UF	N°
Endereço:	
Cidade:	UF
Telefone:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Carimbo do Médico

Data: 1/1/

F(NG).CC. 004-1





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Otávio Bruno Cruz 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 Cruz L. Mendonça

Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

Endodontia e La. e

CRO 411

Carimbo do Médico

Paciente: Carlos Humberto de Azevedo

Endereço: R. BENE DIN JOS P. 2002 / PR

Prescrição: 1 Caplepine 500-2 ----- 2 CR

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

Data: 15/05/2016

Otávio Bruno Cruz L. Mendonça

Cirurgia Oral e Maxilo-Facial

Endodontia e La. e

CRO 411

Carimbo do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Otávio Bruno Cruz L. Mendonça

Carimbo do Médico

Data: ____/____/____

F(NG).CC. 004-1





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

Otávio Bruno Gissi L. Mendonça
Cirurgião Geral e Maxilo-Facial

CRM Endodontista e La. er N°

Endereço: CRD 4149 PB

HEETSHL

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

Cidade: J. Pessoa 2 UF: PB

Telefone:

Carimbo do Médico

Paciente: Carlos Humberto do Sena

Endereço: R. Beme 21 N J. S. Pessoa 1 PB

Prescrição: 1) Ceptaxine 500 - 2 Cx's

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

Data: 15/05/2016

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: UF: N°

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data:

F(RG).CC. 004-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

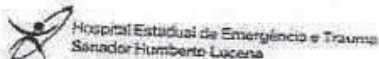
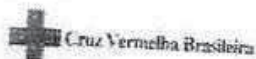
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Corlton Humberto da Silva</u>			Registro: <u>91868+</u>		
Idade: <u>64</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>BMF</u>	Enf: <u>01</u>	Leito: <u>02</u>
Data de admissão: <u>08/05/16</u>			Data da alta: <u>15/05/16</u>		
Diagnóstico inicial: <u>Fx de Zígonia Direita</u>			<u>S04.2</u>		
Diagnóstico final: <u>Fx de Zígonia</u>					
Outros diagnósticos: <u>—</u>					
Principais exames: <u>T.c de Foc, ECG, Hemograma</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>12/05/16 Dr. Leonardo Meneke</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>AINO + ANTO</u>					
Anatomia patológica: <u>—</u>					
Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não (☒)					
Resultado bacteriologia: <u>—</u>					
Condições de alta: Melhorada (☒) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente vítima de acidente motorizado correndo com fatura de Zígonia 2, realizou redução e fixação do fatura de Zígonia 2</u>					
Dieta: <u>Livre</u> Orientações Pós Alta					
Repouso: relativo em casa por <u>15</u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em <u>15</u> dias e com maior em <u>15</u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u>15</u> dias e com maior em <u>15</u> 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: <u>Ceftriaxona + Amoxicilina + Dorífero</u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u>10</u> para retirada de ponto em 30 dias para revisão.					
Ao ambulatório					
João Pessoa: <u>15</u> de <u>05</u> de <u>2016</u> Ass. Médico / CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Orto + BUCCO



ACOLHIMENTO: 5n -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 918587



Identificação do paciente			
ID 1034337	Nome CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 20/01/1952	Idade 64 anos 3 meses 18 dias	Estado civil SEPARADO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ARLINDA BARBOSA DA SILVA		Prontuário	
Escolaridade NAO INFORMADO		Paí NAO DECLARADO	
DDD Móvel	Fone Móvel	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Tipo documento NAO INFORMADO	Numero documento	DDD Fixo	Fone Fixo
Local de procedência BESSA		Nº Cns 708609043076261	
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB
		CBOB	
Endereço			
CEP 58063140	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DA EXPORTAÇÃO
Número 364	Complemento		Santo INDUSTRIAS
Admissão			
Data e Hora Prévio 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			
Fale			
08/05/2016			
Diagnóstico			
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA		CID	
		Tempo 02min 53seg	

Imprimir

08/05/2016 10:29





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



1000004721447
CARLOS ALBERTO DOS SANTOS
DT. NASC.: 22/01/1992
NAC: ARLINDA BARBOSA DA SILVA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: DA EXPORTA S AO
N. 364 - IND OSTRAS
JOAO PESSOA
FOUR: ()
CELULAR: ()
IDRDS: 54
DT. ENTRADA: 08/08/2018 10:24:58

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Trauma de moto ao 01 hora. Deu de
um pole direita e um pulso D. Relata que incómodo um
HTD. Paciente psiquiátrico (esquizofrenia) e HAS.
Ao exame: EGR aumentado supine, hemodinamicamente
estável. Contusões em hemitórax (D).
AR: H+ um AHI
ACV: BCNF um AT
AF: indolore

EXAME PRIMÁRIO

5
- 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 %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: () Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE
PULSO: () Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO: () Regular () Irregular () Ausente
BULHAS: () Normotônicas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO: () Presente () Ausente
BE OU B4: () Sim () Não
FC: bpm PA: X mmHg T: °C
ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

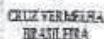
Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = mm)

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 contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

F(NG).CC.001-1





H.E.T.S.H.

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
4/5/16	8:30	BNF. Paciente ser BEG, apêndix, su- tuas eee face eee pueris, re- lata doris no toruozino D, prias de ventre mais ou menos Falias CD 1) Prescricao Hospitalar 2) Aguarda parecer de ortopedie para alta hospitalar

FENGLEND:8-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

918687

Nome do paciente

CARLOS HUMBERTO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
12/05/16	12:46	#CTOMF# Paciente vítima de acidente motorciclístico, cursando o 4º dia de fratura. Foi realizada cirurgia de redução e fixação de fratura do complexo zigomático (1). Segue em observação da ORF. CD: (1) Cirurgia Comp. Zigomático (2) Prescrição Hospitalar (3) Realização ORF  13/05/16 Paciente em 1º dia de redução e fixação de fratura de mandíbula no maxilar inferior, apresentando edema no lábio inferior e maxilar inferior, refração da edema no maxilar inferior. Se localiza no 2º dia (além da) visto para o maxilar inferior não há intercorrências.

Clarissa Campelo
Médica Residente

FONG-ENF.013-1





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

1000004723447 BE: 918597
CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS
DT. NASC.: 20/01/1982
NME: ANILINDA BARBOSA DA SILVA
END.: DA EXPORTE: 80
N. 364 - IND. OSTRINS
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 34
DT. ENTRADA: 08/05/2016 12:24:55

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/05/16	12:25	CBMF Paciente vítima de acidente de moto apresentar do trauma em face. Nega derramamento, vômito, referir histórico de convulsões, fratura do osso da mandíbula e medicações para dor, mas não sabe informar o nome. HAS não sabe informar o nome de medicações anti-epilépticas. Nega alergias. No momento em BCO, expressão orientada, contactante. Ao exame edema em região periorbitária, aparente perda de projeção maxilar, desvio em pilar zigomático maxilar. Nega alteração visual, discreto desvio em orelha nasal. CD: Solicito TC - Realização após TC
08/05/16	12:18	Fontes A seguir verificamos as fontes de lesões de trauma maxilomandibular. CD: Não há alteração.
08/05/16		CBMF ATC observo os sinais negativos de fratura de maxila. CD: Solicito internação + exames pré-operatórios.

Ana Karina Tormes
CRO: 5724
Cirurgia Bucomaxilofacial

Dr. Nelson
CRO: 5723



Ana Karina Tormes
CRO: 5724
Cirurgia Bucomaxilofacial

FIGUENF018-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

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

Número: 00

Paciente:

Carlos Kubens dos Santos

Procedimento:

Prost. Cirurg. Redução de volume de 21

SUS: (X) Não SUS ()

Médico:

Dra. Renando do. + Dra. José Roberto

Prontuário: 248687

Data: 12/05/16

Reposição:

Soma com fixação

Data:

Caixa Pronta:

Fornecedor	Dispensação CME	
	Descrição do Produto	Quantidade
CX. BUCOLUX	2.0	
1.592.0TM	placa em 4 furos com extensor	03
Cirurgia	placa metálica de 10 furos	02
	paraf. 5mm	04
	paraf. 5mm (1.5)	03
	paraf. 6mm	03

Fornecedor	Dispensação - Farmácia	
	Descrição do Produto	Quantidade

Dr. Luciane Maria de Lacerda Santana
Cirurgiã Bucal e Implantologia
CRM 1385

Assinatura do Médico - CRM

Assinatura do Farmacêutico - CUREN

Felipe Vieira Holanda de Almeida
Coordenador de Planejamento
COREN-PB 177.612





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 HENRIQUES 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>S02.4</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 Intensa

() Residência

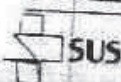
() Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Donato Meirelles Campos
Cirurgião de Cabeça, Maxilo-Facial
e Implantes Dentários
CRM: 10.322

João Pessoa, 12/05/16





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Alcance II

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

DDD

10 - 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-OTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-OTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-OTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex. BUCOMAX. 1.5 a 2.0
placa em L 4 furos com externa 9.0 - (01)
placa reta de 40 furos - (02)
paraf. 5mm - (04)
paraf. 5mm (1.5x) (07)
paraf. 6mm ~ (03)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Dr. Leonardo Mendes Campos
Rui de Sá
CNPJ nº 07.093.123/0001-90

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - Cód. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



RELATÓRIO DE CIRURGIA



	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	① Paciente DDH SOB anestesia GERAL ② ASSEPSIA
Incisão:	③ Montagem dos curvatos ④ INCISÃO INTRA ORAL ⑤ INCISÃO DE ACESSO INTRA ORBITARIO
Achados:	⑦ Redução de FRATURA E FIXAÇÃO DO PIVÔ ZIGOMÁTICO COM PLACA EM L DO SISTEMA TITÂNIO 2.0 + 4 PARAFUSOS 5mm DO SISTEMA 2.0
Conduta:	⑧ Redução e fixação INTRA ORBITARIA COM PLACA RETA 10 PIVÔS + 5 PARAFUSOS 5mm DO SISTEMA 1.5mm ⑨ Redução e fixação + placa de 10 PIVÔS DO SISTEMA 1.5mm com 5 PARAFUSOS DE 5mm DO SISTEMA 1.5mm
Fechamento:	⑩ Sutura intra ORAL ⑪ Sutura infra orbitaria por pontos
Observação:	⑫ CURATIVOS ⑬ Paciente aos cuidados da ENFERMAGEM

Dr. Leonardo Menezes
Cirurgião Geralista
e Otorrinolaringologista
CRM: 13.174

Médico/CRM: _____

João Pessoa, ____/____/____

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

H5TSH

NOME DO PACIENTE: Carlos Humberto dos Santos

IDADE: 64 anos **PROFISSÃO:** FARMACIA **ENDEREÇO:** LITTO

CIRURGIANO: Dr. Humberto Martins de Jesus **DEPARTAMENTO:** Cirurgia de C. Goma com fixação

ANESTESIA: Geral **ANESTESISTA:** Dr. Thales

INSTRUMENTADOR:

DATA: 25/12/15 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INCLUI:** 04h 12' 15" **TEMPO CIRÚRGICO - INCLUI:** 09h 45m 12' 15"

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

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

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	SOLUÇÕES	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO Nº22		FIO DE AÇO N°	
CEETANIL			JELCO Nº24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁCICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO			LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL			LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON N°	
PENTANIL			LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIPLASTICO N°	
FLUMAZENIL			LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA N°	
SOFLURANO			LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
EVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOPROPILAÍNA S/ VASO			LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO			LUVAS ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAM			LUVAS ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA			LUVAS ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIBIBUM			MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO			MÚLTIPLOS		CATETER DE PIC	
PRIDONA			PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓPOLIS			SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LEGADURA	
RAPIDENTANIL			SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO			SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO			SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO			SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOFENTAL			SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES			SERINGA 30ML		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM	
BEXTRA			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFZOLINA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
IPRONA SÓDICA			SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICIS	
EPIDRINA			SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICIS	
FUROSEMIDA			SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLOCOSE 50%			TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA			TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 5		PLACA	
ONDASETRONA			TUBO SILICONE (LATEX)			
PLASIL						
PROSTHEMINE						
PROTAMINA						
TENOXCAN						
SPERADRAFO						
GAZES						
GAZES ALGODOADAS						
GEL ELETROLÍTICO						
JELCO Nº14						
JELCO Nº16						

ex PRIMO MAX. 3-5 x 2-0 TM (unig. capa de vidro)

ex PRIMO em 1-4 + unis com ext. max - 01 (2-0)

ex PRIMO em 1-4 + unis - 02

ex PRIMO em 1-4 + unis - 03

ex PRIMO em 1-4 + unis - 04

ex PRIMO em 1-4 + unis - 05

ex PRIMO em 1-4 + unis - 06

ex PRIMO em 1-4 + unis - 07

ex PRIMO em 1-4 + unis - 08

ex PRIMO em 1-4 + unis - 09

ex PRIMO em 1-4 + unis - 10

ex PRIMO em 1-4 + unis - 11

ex PRIMO em 1-4 + unis - 12

ex PRIMO em 1-4 + unis - 13

ex PRIMO em 1-4 + unis - 14

ex PRIMO em 1-4 + unis - 15

ex PRIMO em 1-4 + unis - 16

ex PRIMO em 1-4 + unis - 17

ex PRIMO em 1-4 + unis - 18

ex PRIMO em 1-4 + unis - 19

ex PRIMO em 1-4 + unis - 20

ex PRIMO em 1-4 + unis - 21

ex PRIMO em 1-4 + unis - 22

ex PR

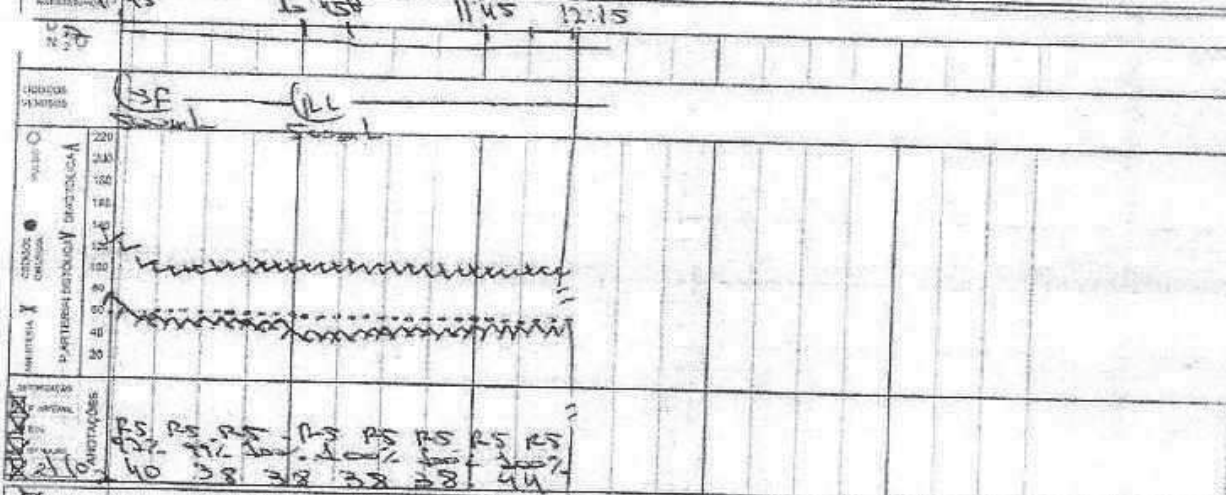
ENDPAGE 071





FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Donato Humberto da Silva DATA: 12/05/16 PROTOCOLO: 718682
SEXO: M COR: IDADE: 64
RESPIRATÓRIO: SS PULSO: 55 RESPIRAÇÃO: Normal TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES: VPN
AP. RESPIRATÓRIO: AVC ANTI-S, RA AP. CIRCULATÓRIO: PCR em 2T, BATE, S/D
AP. DIGESTIVO: Normal ESTADO MENTAL: consciente DROGAS EM USO: VPN
PRE-ANESTÉSICO: DOSE (HORA): ESTADO FÍSICO (ASA): (I)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE ZIGOMA
CIRURGIA REALIZADA: REDUÇÃO DE FRATURA DE ZIGOMA COM FIXAÇÃO
CIRURGIÃO: Dr. Leonardo de Menezes
INÍCIO DA ANESTESIA: 9:45 TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:15 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h 30min
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES RS:
ANESTESISTA: Dr. Thiago CPF: 11451145 FIC: X CRM-PB:



Paciente: PDH, monitorizado, pré-oxigenado - fio 1

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

Nº	Medicamento / Material	Quantidade
1	Fentanyl 200mcg	11
2	Propofol 150mg	12
3	Roacutina 20mg	13
4	Saraflyna	14
5	Remifentanyl 100mcg	15
6	Gele 20mg	16
7	Palto 20mg	17
8	Pipife 10mg	18
9	Martina 50mg	19
10	Lidocaine 2% (Prime)	20

Observações importantes: Injeção venosa de 10 + 20 + 10 = 1 Air track

Maxila:

Dividido

Senes Left $\Rightarrow 2.500,00 \times 2 = 5.000,00$
 Implante $\Rightarrow 1.200,00 \times 6 = 7.200,00$
 Prótese Protótipo $\Rightarrow 6.000,00 \times 1 = 6.000,00$
18.200,00

A visto

Senes Left $\Rightarrow 2.000,00 \times 2 = 4.000,00$
 Implante $\Rightarrow 1.000,00 \times 6 = 6.000,00$
 Prótese Protótipo $\Rightarrow 5.000,00 \times 1 = 5.000,00$
15.000,00

Mandíbula:

Dividido

Implante $\Rightarrow 1.200,00 \times 4 = 4.800,00$
 Prótese Protótipo $\Rightarrow 6.000,00 \times 1 = 6.000,00$
10.800,00

A visto

Implante $\Rightarrow 1.000,00 \times 4 = 4.000,00$
 Prótese Protótipo $\Rightarrow 5.000,00 \times 1 = 5.000,00$
9.000,00



Maxila + Mandíbulo

total direlido $\Rightarrow 18.200,00 + 10.800,00 = 29.000,00$

total a resto $= 15.000,00 + 9.000,00 = 24.000,00$



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS HUMBERTO DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180232028**
Vítima: **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

Piaj, 05577100576 - Carlos, 04 - INVALIDEZ



Carta nº 13023556





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Caaporã

Processo nº 0800463-22.2018.8.15.0021

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM (7)

DESPACHO:

Vistos, etc.

1. Tendo em vista o requerimento inserto na peça vestibular, bem como a declaração de hipossuficiência econômica acostada aos autos, **CONCEDO** os benefícios da assistência judiciária gratuita à parte promovente, o que faço com esteio nas disposições dos arts. 98 e 99, §, 3º do CPC.

2. Considerando que a petição inicial preenche os requisitos essenciais e por não vislumbrar razões para a improcedência liminar do pedido, recebo mencionada peça e ordeno a citação dos réus para, no prazo de 15 dias, apresentarem contestação, sob pena de revelia.

CUMPRA-SE.

Cumpra-se.

Caaporã, 25 de outubro de 2018

DANIERE FERREIRA DE SOUZA

Juíza de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
Corregedoria-Geral da Justiça
PROVIMENTO 4**

Datado e assinado eletronicamente.

Despacho proferido desde 25/10/2018 e ainda não cumprido.

Cumpra-se - com urgência - despacho/decisão/sentença.

Juiz(a) Corregedor(a)

