

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012565107295

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 24317224491

VIA

1

COD. RENAVAM

327358343

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

FABIO JOSE GOMES
RUA PRESIDENTE OSVALDO DE SOUZA
274 VARZEA
RECIFE-PE

50000-000

CPF/CNPJ

072.611.534-73

PLACA

PEP2585

NOME ANTERIOR

ALEXANDRE DA SILVA ALMEIDA

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2JC4110ER718819

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB

2011

ANO MOD

2011

CAP/POT/CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

20160040

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL

RECIFE-PE

DATA

15/07/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

- IDENTIFICAÇÃO -

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - 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 É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () 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, INCLUINDO O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (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

- () 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 (ORIGINAL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 100.000,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = R\$ 100.000,00
 - DESPESAS MÉDICAS = R\$ 10.000,00
 - VARIA CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTANDO A PARTIR DO DIA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, OS VALORES DE INDENIZAÇÃO SÃO LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO LIGAR PARA O GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *João Maria Souza*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200110992 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA MANDÍBULA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22, 32) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL APRESENTA LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200110992 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/11/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA MANDÍBULA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 22, 32) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL APRESENTA LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL

**Documentos
complementares:**

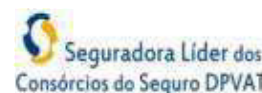
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0088009/20

Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

CPF: 117.129.244-94

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 04/11/2019

Titular do CPF: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSEMAR SOARES DOS SANTOS : 117.129.244-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/03/2020
Nome: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS
CPF: 117.129.244-94

JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200110992

Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

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, 29 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200110992

Vítima: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 000000116390-8

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
117.129.244-94 117.129.244-94 JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS 117.129.244-94
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
RECUSO AV. SÃO SEBASTIÃO 93
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
CENTRO APIM PB 58287000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):
083 987088728

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 001163908
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainseco)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/05/2020, 06/03/2020

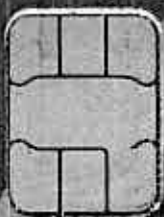
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA
POUPANÇA

5067 2251 5084 0645

5067

VÁLIDO ATÉ
10/24

JOSEMAR SOARES SANTOS
0044 013 00116390-8

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02448.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02448.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:25 horas do dia 05 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Josemar Soares dos Santos**, RG nº 3880365 SSP/PB, CPF nº 117.129.244-94, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Ana Maria Soares e José Lindolfo dos Santos, nascido(a) em 30/05/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) R. São Sebastião, Nº 93, complemento Casa- B. Centro , tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado Publico, na cidade de Capim/PB, telefone(s) para contato (83) 99345-8633.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. São Sebastião, nº 93, Casa- B. Centro, Próximo Ao Mercado Publico, Capim/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/11/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

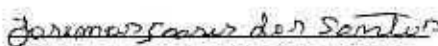
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a motocicleta, HONDA/CG 125 FAN KS ano/mod. 2011, Cor: PRETA, placa: PEP2585/PE, chassi: 9C2JC4110BR718819, registrada no nome de Fabio José Gomes na Rua São Sebastião, no centro da Cidade de Capim/PB, onde um veículo efetuou uma sinalização para esquerda mais entrou a direita, fazendo com que o noticiante não conseguisse evitar a colisão, vindo a caíre ao solo vindo a desmaiar, onde foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Estadual de Emergência e Taruma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e diagnosticado com Fratura de ossos malares e maxilares + fratura de mandíbula - CID: S 02.4 S02.6. conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Juan Jaime Alcobra Arce - CRM: 3332/PB.

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

João Pessoa/PB, 05 de março de 2020.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


JOSEMAR SOARES DOS SANTOS
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
117.129.244-94 117.129.244-94 JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS 117.129.244-94
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
RECUSO AV. SÃO SEBASTIÃO 93
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
CENTRO CAPIM PB 58287000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):
083 987088728

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 001163908
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 30/05/2020, 06/03/2020

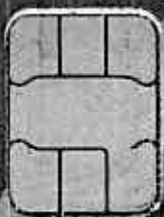
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



CAIXA
POUPANÇA

5067 2251 5084 0645

5067

VÁLIDO ATÉ
10/24

JOSEMAR SOARES SANTOS
0044 013 00116390-8

elo



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1201290



Identificação do paciente

ID 708786	Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26 anos 5 meses 27 dias			Prontuário 119077
Mãe ANA MARIA SOARES			Pai JOSE LINDOLFO DOS SANTOS	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE	
DDD Celular 83	Celular 993458633		DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3880365		Nº Cns 203578978080009	
Local de procedência CAPIM			Tipo MUNICIPIO	UF PB
			CBO/R	
	Naturalidade RIO TINTO			

Endereço

CEP 58287970	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro SÃO SEBASTIÃO, 30
Número 96	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 04/11/2019 00:14:03	Número da pulseira 1000007293381	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou NAO INFORMADO	

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 36seg

Imprimir

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000116390-8

Nr. da Autenticação C0C306A35A7ECC42



Novo Fical/Confed. Energia Elétrica 8/913.962-547
Cód. num. Dep. Automático: 0001023558

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Nov / 2019	11/11/2019	11/12/2019	045.293.424-92

UC (Unidade Consumidora): 5/1023959-8

Canal de contato
 - InfoSocial de Energia Elétrica - TSE: 010 da Cetele
 nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
 Sempre que grave e tome nota - Fique atento ao calendário do município e da creche.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/12/10	13544	11/11/10	13712		66	31

Demonstrativo										
COD	Descrição:	Custo por Unidade	Válvula de C.	Adeq.	Cód. (R)	Bastão (R)	Pé (R)	Cano (R)		
		Taxas Totais (R)	CMR (R)	CMR	Fab (R)	Co (R)	Co (R)	Co (R)		
0001	Consumo até 30 kWh-EP	30.000,00	10.000	8,72	0,00	0	0,00	5,72	0,05	0,32
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-EP	30.000,00	10.000	12,62	0,00	0	0,00	7,62	0,10	0,45
0001	Adeq. B. Amarela			0,31	0,00	0	0,00	0,31	0,00	0,31
0001	Adeq. B. Vermelha			0,49	0,00	0	0,00	0,49	0,00	0,49
0010	Suspeito			18,78	0,00	0	0,00	18,78	0,17	0,75
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTROLE LUM.PUBLICA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 10/2016			0,27	0,00	0	0,00	0,27	0,00	0,27
0004	JUROS DE MORA 10/2016			0,37	0,00	0	0,00	0,37	0,00	0,37
0005	MULTA 03/2019			0,41	0,00	0	0,00	0,41	0,00	0,41
0005	MULTA 10/2019			0,39	0,00	0	0,00	0,39	0,00	0,39
0008	Omissão Suspeito			-18,88	0,00	0	0,00	-18,88	0,00	-18,88
COD	Código de Classificação do Item	TOTAL		30,01	0,00	0,00	0,00	30,78	0,32	1,48
Taxas/Taxas: At 30 kWh - 10.000,00 / At 100 kWh - 11.500,00										

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
19/11/2019	R\$ 30,01

Histórico de Consumo (kWh)												
34	31	23	12	08	03	03	06	08	08	05	07	
Nov/16	Dez/16	Jan/17	Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	

RESERVADO AO FISCO
55dd 39c0 1031 ae6c 1700 8afc 430b 6fb4

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DEMONSTR. 12 MENSAL	14,47	0,00	N/A	Benefícios de Out. na Energia Elétrica	6,59	21,66
DEMONSTR. 12 MENSAL	17,64	0,00	N/A	Consumo de Energia	6,50	31,56
DEMONSTR. 12 MENSAL	25,68	0,00	N/A	Energia de Transmissão	2,06	3,41
DEMONSTR. 12 MENSAL	34,42	0,00	CONSTATADA	Energias Serviços	0,56	0,92
DEMONSTR. 12 MENSAL	36,60	0,00	CONSTATADA	Impostos Ombrel e Encargos	17,95	34,52
DEMONSTR. 12 MENSAL	12,50	0,00	INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DEMONSTR. 12 MENSAL	23,40	0,00	INFERIOR			
DEMONSTR. 12 MENSAL	12,22	0,00	INFERIOR			
				Total	30,61	100,00

Manuscript received 11/20/91; accepted 1/10/92

ATENÇÃO Faturas em atraso

FIANCO DO BRASIL SACAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

C 0180.00009 02624.912008 08455 316177 7 80780000003001

PAGADOR ANA MARIA SOARES - CPF/CNPJ 045.290.424-92
AV SAO SEBASTIAO 93, CENTRO, CARIVARA DE, 59267-000

Nº do Documento	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
21249120006455318	001023969251911	16/11/2019	R\$ 30,01	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.035.133/0001-40
R. 220, Km 25, Cristo Redentor, João Pessoa / PB - CEP 56071-660



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Data de nascimento
30/05/1993

Mãe
ANA MARIA SOARES

Endereço
SÃO SEBASTIÃO, 30, 96

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
04/11/2019 00:14:03

BAE
1201290
Sexo
Masculino

Bairro
CENTRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
04/11/2019 00:14:03
CNS
203578978080009

Município
CAPIM
Profissional
ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
Data/Hora Prescrição
04/11/2019 06:04:46

Cidade Baixa

Telefone de Contato
(83) 93458633
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
5724/PB

ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA EM FACE E FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA. AVALIADO E LIBERADO PELA NCR. LIBERADO PELA GERAL APOS REALIZACAO DE TQT. AVALIADO PELA ORTOPEDIA QUAL SOLICITOU RX DE ANTEBRACO DIREITO. AO EXAME FISICO PACIENTE APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA EM REGIAO DE PARASSINFISE D, EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL, MOBILIDADE MAXILAR, LACERACAO EM PALATO DURO, EPISTAXE, FCC EM REGIAO FRONTAL TC COM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE MANDIBULA (PARASSINFISE D) + LEFORT II + OFN + PARASSAGITAL DE MAXILA CD. REALIZADO REDUCCAO CIRURGICA DE FRATURA DE MANDIBULA EM CC SOB ANESTESIA GERAL APOS TQT, + ESTABILIZACAO DE PERIMETRO MAXILAR COM FIO DE ACO + SUTURA DE FERIMENTOS EM FACE E CAVIDADE ORAL + TNA. SEM INTERCORRENCIAS. SEGUE HEMODINAMICAMENTE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ANESTESIA. SOLICITO INTERNACAO SOLICITO EXAMES POS OPERATORIOS DE CONTROLE SOLICITO TC POS OPERATORIA PARA PLANEJAMENTO DE SEGUNDO TEMPO CIRURGICO PARA CORRECCAO DE FRATURAS DE TERCO MEDIO FACIAL.

DIETA

DIETA BRANDA. VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIQUIDO/PASTOSA (S/ RESIDUOS))

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 20,0 ML VIA E.V., 12/12H

Dituir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, AGORA

EXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 6/6H

CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE 100ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA TÓPICA, 2/8H, (OBSERVAÇÕES: FAZER BOCHECHOS COM 10ML VZS AO DIA APOS ESCOVAÇÕES)

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS OU VOMITOS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 2,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO CASO DOR FORTE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 100,0)

Dituir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., ACM

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30º

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

AFERIR PA E FC

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

Conduta

Internar Paciente



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Josemar Soares dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 30/05/93
NOME DA MÃE Ana Maria Soares

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 119077
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1201290
DATA DO ATENDIMENTO 04/11/19
HORA DO ATENDIMENTO 00:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ossos malares e maxilares + fratura de mandíbula
CID 10 S02.4 S02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, em IOT, histórico de trauma facial, glasgow 3, pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, cervical, face, tórax, abdome

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica. Fratura de mandíbula e complexo zigomático orbitário.

TRATAMENTO:

Traqueostomia. Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula. Tratamento cirúrgico de fratura LEFORT II bilateral.

ALTA HOSPITALAR: 26/11/2019
DATA DA EMISSÃO: 07/02/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Data de nascimento
30/05/1993

Mãe
ANA MARIA SOARES

Endereço
SÃO SEBASTIÃO, 30, 95

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
04/11/2019 00:14:03

BAE
1201290
Sexo
Masculino

Bairro
CENTRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
04/11/2019 00:14:03
CNS
203578978080009

Município
CAPIM
Profissional
RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
Data/Hora Prescrição
04/11/2019 01:33:56

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 93458633
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
6628/PB

ANAMNESE

****neurocirurgia**** ACIDENTE DE MOTO; TRAUMA PRINCIPAL EM FACE. FOI SEDADO E ENTUBADO PARA PROTEÇÃO DE VIA AÉREA (RELATO DE ESTAR CONSCIENTE) TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO, SEM SINAIS DE FRATURAS EM CALOTA CRANIANA; MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE INCLUSIVE MAXILA E MANDÍBULA TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURAS CD>ALTA DA NEUROCIRURGIA< LIBERO PARA DEMAIS ESPECIALIDADES RETIRAR COLAR CERVICAL.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ricardo Rodrigues de Carvalho
Neurocirurgia
CRM. 6628

Enfermeiro

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	1201290	04/11/2019 00:14:03	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
30/05/1993	Masculino	203578978080009	(83) 93458633
Mãe			Prontuário
ANA MARIA SOARES			
Endereço	Bairro	Município	UF
SÃO SEBASTIÃO, 30, 96	CENTRO	CAPIM	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EDUARDO MOTTA BRAGA	7253/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
04/11/2019 00:14:03		04/11/2019 00:33:23	

ANAMNESE

#CIR: GERAL PACIENTE DEU ENTRADA TRAZIDO PELO SAMU EM IOT, IMOBILIZADO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. HISTÓRICO DE TCE E TRAUMA FACIAL HÁ CERCA DE 04 HORAS. VIAS AERIAS PERVIAS POR IOT, COLUNA CERVICAL IMOBILIZADA COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. AR: MV+AHT S/RA, EM VM AC: BCNF S/SOPROS RCR 2T, ABDOME FLÁCIDO A PA. AO BACIA ESTÁVEL, PAS > 90MMHG ECG 3 (SEDADO), PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES LESÃO FACIAL E DE M. CULA CONDUTA: 1) TC DE CRÂNIO E FACE, COLUNA CERVICAL, ABDOME E TORAX 2) EX. LAB. 3) SOLICITO PARECER DA NEURO/BMF

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Seador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Data de nascimento
30/05/1993

Mãe

ANA MARIA SOARES

Endereço

SÃO SEBASTIÃO, 30, 96

Acidente

VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
04/11/2019 00:14:03

Idade
26a 5m 5d

BAE
1201290
Sexo
Masculino

Bairro
CENTRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
04/11/2019 00:14:03
CNS
203578978080009

Município
CAPIM
Profissional
THYAGO DUAVY FERRER LIMA
Data/Hora Prescrição
04/11/2019 01:52:41

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 93458633
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
9766/PB

ANAMNESE

*****CIRURGIA GERAL ***** ACIDENTE DE MOTO; TRAUMA PRINCIPAL EM FACE. FOI SEDADO E ENTUBADO PARA PROTEÇÃO DE VIA
AÉREA (RELATO DE ESTAR CONSCIENTE) TOMOGRAFIA DE ABDOMEM SEM EVIDENCIA DE LESÃO DE ÓRGÃO ABDOMINAL OU
LIQUIDO LIVRE. CD> ALTA DA CIRURGIA GERAL; LIBERO PARA DEMAIS ESPECIALIDADES.

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Thyago Duavy Ferrer
D⁰¹THYAGO DUAVY FERRER LIMA
Cirurgião Geral (CRM: 9766/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39

04/11/2019 01:2



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	BAE 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Baixa
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 993458633
Mãe ANA MARIA SOARES		CNS 203578978080009	Prontuário 119077
Endereço SÃO SEBASTIÃO, 30, 96	Bairro CENTRO	Município CAPIM	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 04/11/2019 00:14:03		Data/Hora Prescrição 04/11/2019 01:33:56	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica: 110.00	Pressão Arterial Diastólica: 70.00	Frequência Cardíaca: 68.00	Frequência Respiratória: 20.00
Temperatura Corporal: 36.00	Saturação (spO2): 98.00	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m): 0		

ANAMNESE

*****neurocirurgia***** ACIDENTE DE MOTO; TRAUMA PRINCIPAL EM FACE, FOI SEDADO E ENTUBADO PARA PROTEÇÃO DE VIA AÉREA (RELATO DE ESTAR CONSCIENTE) TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO, SEM SINAIS DE FRATURAS EM CALOTA CRANIANA; MÚLTIPLAS FRATURAS DE FACE INCLUSIVE MAXILA E MANDÍBULA TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURAS CD> ALTA DA NEUROCIRURGIA; LIBERO PARA DEMAIS ESPECIALIDADES RETIRAR COLAR CERVICAL.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 04/11/2019 00:14:39



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: MARIO CARTAXO FILHO
Em: 18/11/2019 23:44:46

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 14d 11h 23min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Prontuário 119077
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 14d 23h 30min	Permanência no Leito: 4d 5h 44min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MARIO CARTAXO FILHO - 18/11/2019 23:44:28)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SEM SEDAÇÃO, EM ANALGESIA COM FENTANIL, ABRE OS OLHOS TRAQUEOSTOMIZADO E EM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM USO DE DROGAS VASOATIVAS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, APRESENTANDO PICOS FEBRIS DIURSE SATISFATÓRIA, BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA.
DIURSE 12H=1200 MLBH=+596 ML

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL
2. TRAQUEOSTOMIA
3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSÍNFISE D
4. LEFORT II
5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. VM
2. MONITORIZAÇÃO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1. NEGA

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, TRAQUEOSTOMIZADO, HEMODINÂMICA ESTÁVEL SEM VASOATIVOS, ANALGESIA CONTÍNUA.

ANTIBIÓTICOS

1. TAZOCIM

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1. SVD
2. AVC
3. TQT
4. SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

RELAÇÃO PAO2/FIO2 (MMHG): 290

ESCALA DE RASS: -2 SEDAÇÃO LEVE

SISTEMA RESPIRATÓRIO

E SPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 15.00

SECREÇÕES: AUSENTES-MÍNIMAS

Nome: SISTEMA CARDIOVASCULAR JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 14d 11h 23min		Convênio SUS	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 14d 23h 30min	

FC: 73.00

PA: 144/85

SPO₂: 98.00

EVOLUÇÃO:

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: DOR 2

RV: NÃO FALA 1

RM: RETIRADA A ☐

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

LAUDO TC CRÂNIO ☐**SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL**

DIETA: ENTERAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO:

FERIDA: FACE

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

- CUIDADOS INTENSIVOS
- SOLICITO EXAMES PARA AMANHÃ

DIARISTA: DR. LAECIO

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009
Profissional responsável pela informação: MARIO CARTAXO FILHO

Número



Verano: mombato Lucena



SEGUE
o trabalho

Impresso por: CLAUDIO DE PAULA ARAUJO
Em: 16/11/2019 08:38:50

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009	Prontuário 119077
Tempo de Internação 11d 20h 17min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 12d 8h 24min	Permanência no Leito: 1d 14h 38min	

16

PROCEDIMENTO

Paciente procedente da Sala Vermelha/Enfermaria.

Histórico de acidente há 10 dias. Realizou correção de fratura exposta mandíbula e traqueostomia. Seguiu na enfermaria; No dia 14/11 apresentou PCR, súbita, possivelmente devido a obstrução traqueal. Sendo submetido a RCP (não documentado ritmo e tempo), com RCE;

Após RCE, apresentou vários episódios de crises convulsivas subentrantes.

Segue sob analgesia, em VMI, TQT. Macrohemodinâmica estável, sem uso de drogas vasoativas. Com enfisema subcutâneo, TC tórax evidenciando pneumomediastino. Diurese efetiva, bom volume urinário pela SVD, sem grumos.

1 TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL

2. TRAQUEOSTOMIA

3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE D

4. LEFORT II

5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

2.2. VM

2. MONITORIZAÇÃO

12 NEGA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE, TRAQUEOSTOMIZADO, HEMODINAMICA ESTAVEL SEM VASOATIVOS, SEDOANALGESIA CONTINUA.

1. TAZOCIM

→ SVD

2: AVC

3. TOT

4 - SNE

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO , PROFILAXIA PARA TVP , PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE , LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

RELACÃO PAO₂/FIO₂ (MMHG): 290

ESCALA DE RASS: -3 SEDAÇÃO MODERADA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

UNIVERSIDAD DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE MEDICINA
CATEDRA DE FISIOLÓGIA
ALUMNO: [Firma]

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Dat
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009	Pro 119
Tempo de Internação 11d 20h 17min		Convênio SUS		Pla DIL
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 12d 8h 24min		Per 1d

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 15.00

SECREÇÕES: AUSENTE

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 77.00

PA: 117x62

SPO₂: 98.00

EVOLUÇÃO:

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: DOR 2

RV: NÃO FALA 1

RM: RETIRADA À DOR —

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO , TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

LAUDO TC CRÂNIO: NC

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO:

FERIDA: FACE

LACTATO SÉRICO: 1.1

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): 1260.00

DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: 1800.00

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

- CUIDADOS INTENSIVOS
- SEDAÇÃO MANTIDA ATE 16/11 -> DEVIDO PCR E CRISE CONVULSIVA
- REPETIR TC 48H POR RECOMENDAÇÃO DA NCR (16/11)
- FENITOÍNA COMO PROFILAXIA

DIARISTA: DR. LAECIO

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009

Profissional responsável pela informação: CLAUDIO DE PAULA ARAUJO

CLAUDIO DE PAULA ARAUJO
MÉDICO
CRM 236.689/114-87

Número



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUIE o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO HAROLDO LEITE DE SOUSA MANGUEIRA
Em: 15/11/2019 17:37:47

Nome	JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
			1201290	04/11/2019 00:14:03	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário	
30/05/1993	26	Masculino	203578978080009	119077	
Tempo de Internação	Convênio		Plantão		
11d 5h 16min	SUS		DIURNO		
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito:	
04/11/2019 00:14:03	04/11/2019 12:21:35	11d 17h 23min		23h 37min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO HAROLDO LEITE DE SOUSA MANGUEIRA - 15/11/2019 17:37:34)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

Paciente procedente da Sala Vermelha/Enfermaria.

Histórico de acidente há 10 dias. Realizou correção de fratura exposta mandíbula e traqueostomia. Seguiu na enfermaria; Nodia 14/11 apresentou PCR, súbita, possivelmente devido a obstrução traqueal. Sendo submetido a RCP (não documentado ritmo e tempo), com RCE;

Após RCE, apresentou vários episódios de crises convulsivas subentrantes.

Segue sob analgesia, em VMI, TQT. Macrohemodinâmica estável, sem uso de drogas vasoativas. Com enfisema subcutâneo, TC tórax evidenciando pneumomediastino. Diurese efetiva, bom volume urinário pela SVD, sem grumos.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. TCE GRAVE - TRAUMA MAXILOFACIAL
2. TRAQUEOSTOMIA
3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE D
4. LEFORT II
5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. VM
2. MONITORIZAÇÃO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1. NEGA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1. SVD
2. AVC
3. TQT
4. SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

RELAÇÃO PAO2/FIO2 (MMHG): 290

ESCALA DE RASS -3 SEDAÇÃO MODERADA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

FR: 15.00

SECREÇÕES: NENHUM

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 98.00

PA: 134x89

SPC: 98.00

EVOLUÇÃO

SISTEMA NEUROLÓGICO

AQ: DOR 2

RV: NÃO FALA 1

RM: RETIRADA À DOR 4

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578976080009	Prom 119C
Tempo de Internação 11d 5h 16min		Convênio SUS	Plan DIU	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 11d 17h 23min	Perr 23h	

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO , TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

LAUDO TC CRÂNIO: NOR

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETÁ: ENTERAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO:

FERIDA: FACE

LACTATO SÉRICO: 1.1

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: 1900.00

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

- CUIDADOS INTENSIVOS
- SEDAÇÃO MANTIDA ATE 16/11 -> DEVIDO PCR E CRISE CONVULSIVA
- REPETIR TC 48H POR RECOMENDAÇÃO DA NCR (16/11)
- FENITOÍNA COMO PROFILAXIA

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO HAROLDO LEITE DE SOUSA MANGUEIRA

Número


Dr. Haroldo L. S. Mangueira
Médico - CRM-PB 6797
Terapia Intensiva



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Impresso por: LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA
Em: 14/11/2019 18:45:17

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 10d 6h 24min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Permanência no Leito: 45min
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 10d 18h 31min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA - 14/11/2019 18:44:47)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

Paciente procedente da Sala Vermelha/Enfermaria. Histórico de acidente há 10 dias. Realizou correção de fratura exposta mandíbula e traqueostomia. Seguiu na enfermaria; hoje apresentou PCR, súbita, possivelmente devido a obstrução traqueal. Sendo submetido a RCP (não documentado ritmo e tempo), com RCE. Após RCE, apresentou vários episódios de crises convulsivas subentrantes. Segue sob analgesia, em VMI, TQT. Macrohemodinâmica estável, sem uso de drogas vasoativas. Com enfisema subcutâneo, TC tórax evidenciando pneumomediastino. Diurese efetiva, bom volume urinário pela SVD, sem grumos.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

- 1.: TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL
- 2.: TRAQUEOSTOMIA
- 3.: FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE
- 4.: LEFORT II
- 5.: PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

- 1.: VM
- 2.: MONITORIZAÇÃO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

- 1.: NEGA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

- 1.: SVD
- 2.: AVC
- 3.: TQT
- 4.: SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS

ESCALA DE RASS: -3 SEDAÇÃO MODERADA

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA SECREÇÕES: NENHUM

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: DOR 2 RV: NÃO FALA 1 RM: MRM 1
EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, TC CRÂNIO PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS LAUDO TC CRÂNIO: NORMAL

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009	Pr 115
Tempo de Internação 10d 6h 24min		Convênio SUS		Pla DIL
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 10d 18h 31min		Pe 45

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

- ROTINA ADMISSIONAL
- SEDAÇÃO
- REPETIR TC 24/48H
- FENITOÍNA

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009
 Profissional responsável pela informação: LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA

Dr.

Número



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 17/11/2019 09:46:15

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	Prontuário 119077
Tempo de Internação 12d 21h 25min	Convênio SUS	CNS 203578978080009	Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 13d 9h 32min	Permanência no Leito: 2d 15h 46min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 17/11/2019 09:46:11)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM HISTORIA DE OBSTRUÇÃO DE TRAQUEOSTOMO, APRESENTOU CONVULSÃO SEGUIDO DE PCR COM RCP.

EM 4 PO DE OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA EM TERÇO MÉDIO

EFG: MEG, SEDADO PORÉM RESPONSIVO A ESTÍMULOS

EFEIO: SUTURAS EM POSIÇÃO, TNA EM POSIÇÃO, SONDA ENTERAL EM POSIÇÃO POR VIA ORAL

EFIO: SEM DÉBITOS OU SINAIS DE INFECÇÃO OSTEOSSÍNTESE EM POSIÇÃO (TC)

CD:

1) AV+OT

2) REMOVIDO TNA E SUTURAS (SUPERCILIO)

3) ACOMPANHAMENTO BMF

4) SEM CONTRAINDICAÇÃO DE SNE, PELA BMF

5) SÓLICITO PARÊCER DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

6) AOS CUIDADOS DA UTI

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009
Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

BRUNO DA SILVA MESQUITA
CRM-PB 5126



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 15/11/2019 08:20:07

Nome	JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento	1201290	Data/Hora Entrada	04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	30/05/1993	Idade	26	Sexo	Masculino	Prontuário	119077
Tempo de Internação	10d 19h 59min	Convênio	SUS	CNS	203578978080009	Plantão	DIURNO
Data de Entrada	04/11/2019 00:14:03	Data Internação	04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade:	11d 8h 6min	Permanência no Leito:	14h 20min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 15/11/2019 08:17:48)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM HISTORIA DE OBSTRUÇÃO DE TRAQUEOSTOMO, APRESENTOU CONVULSÃO SEGUIDO DE PCR COM RCP

EFG: MEG, SEDADO PORÉM RESPONSIVO A ESTIMULOS
EFEQ: SUTURAS EM POSIÇÃO, TNA EM POSIÇÃO, SONDA ENTERAL EM POSIÇÃO POR VIA ORAL
EFIO: SEM DÉBITOS OU SINAIS DE INFECÇÃO
OSTEOSSÍNTESE EM POSIÇÃO (TC)

CD:

- 1) AV+OT
- 2) DISCUTO REMOÇÃO DE TNA COM PROGRAMAÇÃO DE REMOÇÃO PARA AS PRÓXIMAS 24H
- 3) ACOMPANHAMENTO BMF
- 4) AOS CUIDADOS DA UTI

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009
Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-PB 5126



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador: Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: ADRIANO DUARTE QUINTANS
Em: 14/11/2019 07:28:08

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 9d 19h 7min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119077
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 10d 7h 14min	Permanência no Leito: 8d 16h 56min

EVOLUÇÃO MEDICA (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 14/11/2019 07:28:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM PODE CIRURGIA DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA LEFORT II SOB ANESTESIA GERAL. INSTALADA SNE PARA PROFILAXIA DE INFECÇÃO, O PRÓPRIO PACIENTE REMOUEU A SNE. EM DIETA LIQUIDA PASTOSA E ORIENTAÇÃO DE HIGIENE ORAL RIGOROSA.

CD.:

1-VPM

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442


CW2602-R5



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA
Em: 12/11/2019 13:28:35

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saida
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 8d 1h 7min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade 8d 13h 14min	Permanência no Leito 6d 22h 56min

EVOLUÇÃO MEDICA (OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA - 12/11/2019 12:35:25)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSINTESE DE FRATURA LEFORT II SOB ANESTESIA GERAL. HOVE COMUNICAÇÃO NA FISSURA PALATINA QUE FOI SUTURADA E INSTALADA SONDA NASOENTERAL. O PRÓPRIO PACIENTE REMOVEU A SONDA NSE. SERÁ REINSERIDA APÓS A RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA.

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA

Número Conselho: 4143

Dr. Olavo Hoston
Cir. Buco-Maxilo-Facie
CRS 4143



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 10/11/2019 08:29:26

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 5d 20h 8min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade 6d 8h 15min	Permanência no Leito 4d 17h 57min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 10/11/2019 08:29:15)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM PO DE OSTEOSsíNTESE DE MANDíBULA AGUARDANDO SEGUNDO TEMPO CIRúRGICO PARA ABORDAGEM EM TERço MÉDIO

EFG: BEG, CONTACTUANTE, EUPNEICO, DEAMBULANTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE, REFERE DIFICULDADE PARA DEFECAR HÁ 6 DIAS ASSOCIADO A DOR ABDOMINAL

EFEQ: TQT, ESCORIÇÕES E SUTURA EM FACE SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EDEMA EM REGRESSÃO, DOR EM REGIÃO TORÁCICA

EFIO: SUTURA EM POSIÇÃO, AMARRIA TRANSPALATINA EM POSIÇÃO, HIGIENE REGULAR

CD:

1) AV+OT

2) PRESCRIÇÃO

3) ACOMPANHAMENTO BMF

4) EM AVALIAÇÃO PELA CM

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Brundo
Cachoeira
Cachoeira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 09/11/2019 07:20:23

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 4d 18h 59min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119077
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade 5d 7h 6min	Permanência no Leito 3d 16h 48min

EVOLUÇÃO MÉDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 09/11/2019 07:12:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM PO DE OSTEOSSÍNTESE DE MANDÍBULA AGUARDANDO SEGUNDO TEMPO CIRÚRGICO PARA ABORDAGEM EM TERÇO MÉDIO

EFG: BEG, CONTACTUANTE, EUPNEICO, DEAMBULANTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE, REFERE DIFICULDADE PARA DEFECAR HÁ 6 DIAS

EFEO: TQT, ESCORIÇÕES E SUTURA EM FACE SEM SINAIS DE INFECÇÃO, EDEMA EM REGRESSÃO, DOR EM REGIÃO TORÁCICA

EFIO: SUTURA EM POSIÇÃO, AMARRIA TRANSPALATINA EM POSIÇÃO, HIGIENE REGULAR

CD:

1) AV+OT

2) PRESCRIÇÃO

3) SOLICITO PARECER CM / CG

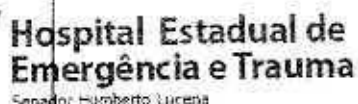
4) SOLICITO RX DE TÓRAX

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Bucal e Maxilo-facial
CRM 755126



SEGUE
o trabalho

Impresso por: ADRIANO DUARTE QUINTANS
Em: 07/11/2019 07:49:00

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009	Prontuário 119077
Tempo de Internação 2d 19h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 3d 7h 35min	Permanência no Leito: 1d 17h 17min	

EVOLUÇÃO MEDICA (ADRIANO DUARTE QUINTANS - 07/11/2019 07:48:55)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE CURSANDO COM TRAUMA EM FACE E FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA. AVALIADO E LIBERADO PELA NCR. LIBERADO PELA GERAL APOS REALIZACAO DE TQT. AVALIADO PELA ORTOPEDIA A QUAL SOLICITOU RX DE ANTEBRACO DIREITO. AO EXAME FISICO PACIENTE APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA EM REGIAO DE PARASSINFISE D, EDEMA PERIORBITARIO BILATERAL, MOBILIDADE MAXILAR, LACERACAO EM PALATO DURO, EPISTAXE, FCC EM REGIAO FRONTAL. TC COM SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DE MANDIBULA (PARASSINFISE D) + LEFORT II + OPN + PARASSAGITAL DE MAXILA REFERE DORES INTENSAS NA REGIAO TORACICA E DE ABDOMEN CD; REALIZADO REDUCAO CIRURGICA DE FRATURA DE MANDIBULA EM CC SOB ANESTESIA GERAL APOS TQT, + ESTABILIZACAO DE PERIMETRO MAXILAR COM FIO DE ACO + SUTURA DE FERIMENTOS EM FACE E CAVIDADE ORAL + TNA, SEM INTERCORRENCIAS. AGUARDA PLANEJAMENTO DE SEGUNDO TEMPO CIRURGICO PARA CORRECAO DE FRATURAS DE TERCO MEDIO FACIAL APOS MELHORA CLINICA NO MOMENTO CURSANDO COM EDEMA DIFUSO EM FACE, SUTURAS EM POSICAO, TQT, TNA EM POSICAO, SEM QUEIXAS DE DOR AGUARDA MELHORA CLINICA. AGUARDA PARECER DA TORACICA.

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 003
Profissional responsável pela informação: ADRIANO DUARTE QUINTANS

Número Conselho: 2442

170 655 2465 640.005
 CRP 2462/PB



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HISTÓRICO

NOME: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1201290
IDADE: 26a SEXO: MASCULINO COR: DATA: 04/11/2019
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE MANDÍBULA
CIRURGIÃO: ANA KARINA TORMES 1º ASS: OTAVIO GRISI
2º ASS: ARNALDO JR 3º ASS: ADRIANA TELES
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 01:20 TÉRMINO: 05:40

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA EXPOSTA DE MANDÍBULA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA EXPOSTA DE MANDÍBULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO
DESCRIÇÃO: -
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: -

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: ANA KARINA TORMES DATA: 04/11/2019

Ana Karina Tormes
CRM: 1201290

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João Soares da Silva BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 EMP: _____ LR: _____

Clinica/Setor: Proctologia
 Cirurgia: Dr. Thiago Duarte 1º Assistente: Dr. Thyronete Bessa

Cirurgião: Dr. Thiago Duarte 3º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ Anestesista: _____

Instrumentador: _____ Horário: Início _____ Término _____

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de osso ilíaco</u>	
<u>musculatura</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código

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

João Pessoa, ____/____/____

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em JOT, sedado e em DAM
Anestesia e Antiespasmódicos
Anestesia do Campo Estéril
Infecção do local com 2x

Incisão:

Minicirculo no transverso é o
pericuto externo.

Abertura por plom

Achados:

Abertura do hígado com pinça
colocação de hígado com a
e paciente no lado da
Recessão do Hígado

Conduta:

01/01/2011
11h
08h

Duração da cirurgia 2h

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, ____/____/____

Médico/CRM: _____

F(NG)

[illegible]

100

120, 1290

120 x 70	90	RESERVAÇÃO	1.000.000,00	0000000000
		RESERVAÇÃO	1.000.000,00	0000000000

DATE	TIME	LOCATION	REMARKS
08-07-2016	10:00	A	(HAWAII) (NOW)

AP. RESPIRATORIO: **ENTUBADO** **OSTEOMI**

AT BOSTON DIST. CTY. CHICAGO STATION MAINE LICENSE 18010
BOSTON DIST. CTY. CHICAGO STATION MAINE LICENSE 18010

MARTIN MANDIBULA

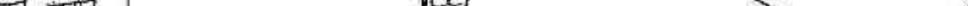
TRABECULOMA + TRAT. CIRURGICO PRAT. ALTA DIBUN

Mr. THIAGO + Mr. TOVANE + Mr. ANA KARINE + Mr. OLIVIO BRUNO

FORMER DISPROPORTION	NAME	QUANT. BUILT	VALUES FOR
----------------------	------	--------------	------------

ANILINAMENSA *ca. 1910*

02:10 03:10 04:10 05:10 06:10

Source: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1000

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1992年12月

[illegible][illegible]

SEARCHED ☒ 38 39 40 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

☒ INDEXED ☐ RECORDED ☐ SERIALIZED ☒ FILED ☐ ALBUQUERQUE ☐ DUTANS

paciente monitorizado, entubado. Indução + ~~120~~ 120 Manter com sedação

	FENTANYL - 300mcg	11 MOOSTIGAMINE - 7y
--	-------------------	----------------------

1	CISATRACURIO-10mg	12	0
	CIPAZOLINA-2g	13	

14	Dopo due crasconi - 1.04	14
15	1.04 - 1.04 - 1.04	15

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
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536

☐ ATIP ☒ ENFERMERIA

7 CETO PROFANO → 10 mg [12]

8 MAUSOLINO → 8 mg [10]

9	IRdAIAL-100mg	110
10	A-100PINA-1ug	120

$\frac{1}{\sqrt{2}}$

[illegible]

[illegible]

Luiz Priore

Médico Anestesiologista
CRM - PB 7586

[illegible]

Luiz Priori Jr
Médico Anestesiologista
CRM - PB 7556



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA

SEGUIE o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: YURI LEITE ELOY
Em: 23/11/2019 08:33:02

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	Prontuário 119077
Tempo de Internação 18d 20h 12min		CNS 203578978080009	Plantão DIURNO
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Convênio SUS	Permanência no Leito: 8d 14h 33min
		Permanência na Unidade: 19d 8h 19min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (YURI LEITE ELOY - 23/11/2019 08:32:49)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

DIAGNÓSTICO

- 1.- TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL
- 2.- RATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSÍNFISE D
- 3.- PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

SINAIS VITAIS:

PA: 119/67 FC: 51bpm FR: 13irpm SATO2: 100% TEMP: 36.3

DISPOSITIVOS:

SNE / AVC / SVD

DIETA: oral

EVACUAÇÕES: sem registro

ANTIMICROBIANOS: Pipe-tazo

PROFILAXIAS: clexane

SEDAÇÃO / ANALGESIA: Fentanil (5ml/h)

DVA / INOTRÓFICO: —

OUTRAS INFUSÕES: Hidratação Venosa

CONTROLES:

FEBRE: não DISGLICEMIAS: não

DIURESE: 4000ml/24h BH: -1538

EXAMES: HB 10.3 LEUCO 5.590 PLAQ 459 UREIA 15 CREAT 1.29 Na 139 K 3.5 Mg 2.0 Ca 8.6 PCR 12

GASO: pH pO2 pCO2 HCO3 P/F

23/11: —

AO EXAME: REG, consciente, desorientado, AAA, eupneico, hipocorado
AR: MV+ EM AHT S/RA
ACV: BNF C/ RCR EM 2T S/S
ABDOM: plano, flácido, indolor. sem peritonismo, RHA reduzidos
NEURO: Pupilas IsoFoto, CPOT: zero, ECG: 15
EXT: bem perfundidas, ausência de edema, TEC < 3seg, panturrilhas livres

IMPRESSÃO CLÍNICA: Paciente clinicamente bem, evoluindo com melhora do quadro clínico e sem intercorrências clínicas. Respirando espontaneamente sem desconforto, em processo de decanulação.

COND:

- 1.- SUPORTE E CUIDADOS INTENSIVOS
- 2.- MANTENHO ALTA HOSPITALAR

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE ESCALA DE RASS: NENHUM

Yuri Leite Eloy
Intensiva
CRM 8575

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 18d 20h 12min		Convênio SUS	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 19d 8h 19min	

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: SOB TRAQUEOSTOMIA

SECREÇÕES: NENHUM

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE CC

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA , ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA

EVOLUÇÕES FINAIS

DIARISTA: DR. LAECIO

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009
Profissional responsável pela informação: YURI LEITE ELOY

Número



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: ROBERTO RAMOS LEITAO FILHO
Em: 21/11/2019 11:41:13

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data/Hora Saída
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 16d 23h 20min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Permanência no Leito: 6d 17h 41min
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 17d 11h 27min	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ROBERTO RAMOS LEITAO FILHO - 21/11/2019 11:40:57)

Dr. Roberto Ramos Leitao Filho
Med. Clínica Geral
CRM 13.000 - CBO 301.01

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

- # TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL;
- # FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE D;
- # LEFORT II;
- # PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA;

Paciente evolui estável, consciente e orientado, em ar ambiente, traqueostomia ocluída, mas ontem apresentou 2 episódios eméticos em grande quantidade, no entanto sem demais queixas.
Hemodinâmica estável.
Diurese preservada e abundante.
Dieta oral.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. TCE GRAVE + TRAUMA MAXILOFACIAL
2. TRAQUEOSTOMIA
3. FRATURA EXPOSTA MANDÍBULA PARASSINFISE D
4. LEFORT II
5. PCR (TEMPO PCR?); HIPÓXIA

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. VM
2. MONITORIZAÇÃO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1. NEGA

ANTIBIÓTICOS

1. TAZOCIN

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1. SVD
2. AVC
3. TQT
4. SNE

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TVP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS
ESCALA DE RASS: NENHUM

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA SOB TRAQUEOSTOMIA SECREÇÕES: NENHUM

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Nome JOSEMAR SOARES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1201290	Data/Hora Entrada 04/11/2019 00:14:03
Data de nascimento 30/05/1993	Idade 26	Sexo Masculino	CNS 203578978080009
Tempo de Internação 16d 23h 20min		Convênio SUS	
Data de Entrada 04/11/2019 00:14:03	Data Internação 04/11/2019 12:21:35	Permanência na Unidade: 17d 11h 27min	

FC: 93.00

PA: 133/82

SPO₂: 98.00

EVOLUÇÃO:

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: ABERTO -4

RV: ORIENTADO -5

RM: OBEDECE CO

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

PUPILAS: ISOFOTORREATIVAS

LAUDO TC CRÂNIO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ZERO, EPISÓDIOS DE VÔMITOS.

EVACUAÇÃO: SEM REGISTROS.

ABDÔMEN: FLÁCIO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

SISTEMA TÓXICO/INFECCIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: FACE

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

BALANÇO HÍDRICO EM 24HS (ML): -3998.00

DIURESE PARA ÚLTIMAS 24HS: 5450.00

EVOLUÇÃO:

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

- 1- REPOSIÇÃO DE MAGNÉSIO.
- 2- DECANULAR HOJE ACM.
- 3- ALTA DA UTI

DIARISTA: DR. LAECIO

Seção: UTI ADULTO ENF 31 Leito: LEITO UTI - 009
Profissional responsável pela informação: ROBERTO RAMOS LEITAO FILHO

Número:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS BE/PRONTUÁRIO 1201290
IDADE: SEXO: COR: DATA:
CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA LEFORT II
CIRURGIÃO: DR OLAVO HOSTON 1º ASS:
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA LEFORT II	S02.4

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA LEFORT II BILATERAL	

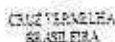
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO
DESCRIÇÃO:
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Olavo Hoston
Cir. Buco-Maxilo-Face
CRM 113

DATA: 12/11/2019



M. F. TSUHI

Dr. Olavo H. Geronzi
Cir. Buco-Maxillo-Facial
FBO-4443

João Pessoa,

12/11/2019

Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE		JOSÉ MARCOS SOARES DOS SANTOS	
IDADE	26	BE	120/1290
CIRURGIÃO	Dr. Paulo	ENFERMEIRO	
CIRURGIÃO	Dr. Paulo	LEITO	
ANESTESIA	Local		
ANESTESISTA	Dr. Gilvandro		
INSTRUMENTADOR			
DATA	12/11/19	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	FM
		CIRURGIA INÍCIO	FM
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.	
ALFENTANIL		3.000	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		3.097.500	
BUPIVACAÍNA PESADA			
CETAMINA			
DROPERIDOL			
ETOMIDATO			
FENOBARBITAL			
FENTANIL			
FLUMAZENIL			
ISOFLURANO			
LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO			
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO			
LIDOCAÍNA C/VASO			
LIDOCAÍNA S/VASO			
MIDAZOLAM			
MORFINA			
NEMBUTAL			
PANCLORÓNO			
PETIDINA			
PROPÓRFOL			
RAMPENTANIL			
ROCURÓNO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETÔNIO			
TIOPENTAL			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFALOXINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GEL 1%			
ONDASETRONA			
PLASOL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
JELCO Nº 11			
JELCO Nº 12			
JELCO Nº 22			
JELCO Nº 24			
KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº			
LÂMINA BISTURI Nº 11			
LÂMINA BISTURI Nº 15			
LÂMINA BISTURI Nº 23			
LÂMINA BISTURI Nº 24			
LÂMINA DE DERMATOMO			
LÂMINA DE ENXERTO			
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.			
LUVA ESTÉRIL Nº 5			
LUVA ESTÉRIL Nº 7			
LUVA ESTÉRIL Nº 8			
LUVA ESTÉRIL Nº 9			
MÁSCARA CIRÚRGICA			
MULTIVIAS			
PERFURADOR DE SORO			
SCALP Nº 19			
SCALP Nº 21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 20ML			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14			
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12			
SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14			
SONDA NASOG. CURTA			
SONDA NASOG. LONGA			
SONDA URETRAL Nº			
TORNEBOLHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIOS		QTD.	
FIO CAT. GUT. CROMADO Nº			
FIO CAT. GUT. CROMADO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE AÇO Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO DE NYLON Nº			
FIO POLILACTINA Nº			
FIO POLILACTINA Nº			
FIO POLILACTINA Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIPROPILENO Nº			
FIO POLIGLECAPRONE Nº			
FIO SEDA Nº			
FITA CARDIACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CIMENTO CIRÚRGICO			
CLIP TITÂNIO LIGADURA			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO DE KIRSCHNER Nº			
FIO STEDMAN Nº			
FIO STEINMAN Nº			
GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
HEMOST. ABSORVIVEL			
KIT. DERIVA. VENTRICULAR			
PRÓTESE VASCULAR			
KIT. PAM			
FIXADOR EXTERNO			
EQUIPAMENTOS		QTD.	
ASPIRADOR			
BISTURI ELÉTRICO			
CAPNÓGRAFO			
CARDIOMONITOR			
DESFIBRILADOR			
FOCO AUXILIAR			
FOCO CENTRAL			
MICROSCÓPIO			
OXÍMETRO DE PULSO			
P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA			
PERFURADOR ELÉTRICO			
SERENADOR			



DATA: 12/11/19

PRONTUÁRIO: 1201290

PACIENTE:

JOSIMON

SODRUS DOS SANTOS

SEXO:

COR:

IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL

(BOM)

(REGULAR)

(MAU)

(PÉSSIMO)

RISCO CIRÚRGICO

(BOM)

(REGULAR)

(MAU)

(PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOR: HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

FRAT Complexa da órbita. Zangoma maxila

CIRURGIÃO

AJUDIARES

ÍNÍCIO DA ANESTESIA

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA

Gilvandro Lins

CPF

CRM-PB

6685

ANESTESIOLOGIA

SILVIO

ETN 40

inf 15 L

Kilom 5 m Bm

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Tyranus Puer
Omit!
Omit!
3 RPD

Dr. Gilvandro Lins de Oliveira Júnior
ANESTESIOLOGISTA E ESPECIALISTA EM DOR
CRM-PB 8888

☐ ANESTESIA GERAL☐ RAQUIDIANA☐ EPIDURAL☐ BLOC PLEXO☐ BLOC NERVOS☐ OUTROS

TÉCNICA

CÓDIGO

JOS

NACI

BOMBA

RANGOR

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

☐ ART☐ ENFERMARIA☐ UTI☐ RESIDÊNCIA☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

Propofol 200
fentanyl 40
Roxone 5 m

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Dr. Gilvandro Lins de Oliveira Júnior
ANESTESIOLOGISTA E ESPECIALISTA EM DOR
CRM-PB 8888

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNOS	SALA
13/12/19	BUT. HOP 26		

F(NG)-APC.035-1



HOSPITAL DE E

PACIENTE

DATA DO

Nº PRONT

MÉDICO (

DIAGNÓS

PROCEDI

SEMPRE
NECESS



Documento de Alta

Nome: JOSEMAR SOARES DOS SANTOS			Número Prontuário: 119077
Data de Nascimento: 30/05/1993	Sexo: Masculino	Data de Internação: 04/11/2019 12:21:35	Data de Alta: 26/11/2019 10:57:32
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: Alta Hospitalar			
Resumo da Internação: Paciente deu entrada neste serviço após acidente automobilístico, tendo trauma de face trauma de mandíbula com fratura exposta. Sendo submetido a traqueostomia internação em unidade de terapia intensiva correção cirúrgica. Após resolução do tratamento cirúrgico, e estabilidade clínica recebeu alta para enfermaria, aguardando término de atb terapia. No momento, atb terapia concluída, paciente assintomático, com melhora clínica.			
Resultado de Exames:			
Tratamento:			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: - Acompanhamento ambulatorial com o Bucomaxilo no HTOP - Retorno imediato se sinais de piora/alarme			

Data: 26/11/2019

Dr. Matheus Agra
Médico
CRM-PB 11597
MATHEUS AGRA LUCAS MACEDO
CRM: 11597 - PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
EXATIDÃO MÁXIMA
DESEMPENHO DA FUNÇÃO SOCIAL
INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
COMUNICAÇÃO COM O MUNICIPIO



Josemar Soares dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
117.129.244-94

Nome
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Nascimento
30/05/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
117.129.244-94

Nome
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

Nascimento
30/05/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.880.365

NO ME JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ LINDOLFO DOS SANTOS
ANA MARIA SOARES

NATURALIDADE RIO TINTO-PB

DOO ORIGEM NASC.N.4980 FLS.419 LIV.27

CARTÓRIO CAPIM-PB

DATA DE NASCIMENTO 30/05/1993

ASSINATURA DO DIRETOR

ET 116 DE 2008/08

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

20357897808 0009 1
20357897808 0009 1

JOSEMA SOARES DOS SANTOS
JOSEMA SOARES DOS SANTOS

30/05/1993
30/05/1993



MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
23ª CSM

Nº 527121 SÉRIE V
RA 230892092878

NOME
JOSEMAR SOARES DOS SANTOS

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
Emissão: Mamanguape, PB, 26/mar/2012

0527121

FILIAÇÃO
PAI JOSE LINDOLFO DOS SANTOS
MAE ANA MARIA SOARES

DATA NASC. 30/05/1993 NATURALIDADE RIO TINTO - PB

Dispensado do Serviço Militar inicial em 09 de maio de 2012.
por residir em município não tributário

Com/Ch ou Dir

ALCIMAR SILVA OUTRA - 2. TEN
Delegado de Serviço Militar da 1ª Del Sv Mil/23ª CSM