

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371368 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MICROPLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DEVIDO A LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293863/18

Número do Sinistro: 3180371368

Vítima: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

CPF: 109.865.774-80

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2018

Titular do CPF: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE
CPF: 109.865.774-80

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAILSON FERREIRA DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180371368**

Vitima: **RAILSON FERREIRA DE ANDRADE**

Data do Acidente: **14/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371368**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13238704



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAILSON FERREIRA DE ANDRADE**
Nº Sinistro: **3180371368**
Vitima: **RAILSON FERREIRA DE ANDRADE**
Data do Acidente: **14/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371368**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RAILSON FERREIRA DE ANDRADE**
Nº Sinistro: **3180371368**
Vitima: **RAILSON FERREIRA DE ANDRADE**
Data do Acidente: **14/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371368**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 109.865.774.80	Nome completo da vítima RAILSON FERREIRA DE ANDRADE
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		CPF titular da conta 109.865.774.80	Profissão RECUSO
Endereço RUA LUIZ VIEIRA		Número 10	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade CALIM	Estado PB	CEP 58287-000
Email			Telefone (DDD) (83) 98708-8728

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO. 1033 D/V. (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 44968 D/V. 1 (Informar dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V. _____ (Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 11 de Agosto de 2018
Local e Data

Railson Ferreira de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

37 158 v004

1033 013 41962.1

Esporte reservado para procedimentos de natureza da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Redomação, Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala.

1756043058P041

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 13 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01227.01.2018.1.01.010

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01227.01.2018.1.01.010, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 02:33 horas do dia 11 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 10ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Fernando Barboza de Carvalho, matrícula 1331868, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Railson Ferreira de Andrade**, conhecido(a) por Ray, CPF nº 109.865.774-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Trabalhador Rural, filho(a) de Nelrilza Ferreira da Silva e Ivanildo Lourenço de Andrade, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 05/02/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Silveira, Nº 10, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Perto da Padaria, na cidade de Capim/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 041, Na Entrada da Cidade, Quase Em Cima do Quebra Molas, Capim/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 14/04/18 03:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: **LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, DANO CULPOSO, OUTROS FATOS.**


Objeto(s) Envolvido(s):

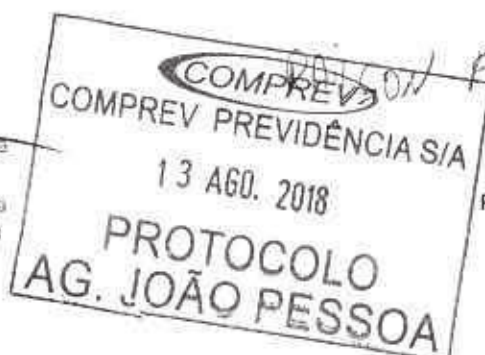
(1) Moto, modelo POP 100, marca HONDA, tipo de veículo CICLOMOTOR, cor PRETA, ano 2016/2016, placa QFK-0074, chassi 9C2JB0100GR501768, renavam 0108478025-6, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013950323123; nº. P.r.t.: 20180000165538-1; nº. Lacre: 0043595359; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: A.f. Adm. de Conc. Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de José Claudio Ferreira da Silva.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

SEGUIA NA PB 041, SENTIDO SAPÉ PARA CAPIM, QUANDO AO PASSAR PELO QUEBRA MOLAS DA SAÍDA DA CIDADE, VEIO Á PERDER O CONTROLE DA MOTO E SE ACIDENTAR, SENDO QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE VEIO A DAR ENTRADA NO DIA 14/04/2018 AS 04:30 HORAS E VEIO HÁ TER ALTA NO DIA 23/04/2018 AS 12:07 HORAS, APÓS PASSAR POR EXAMES E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO MÉDICO DR. GLENER TERCIO G.G. DA TRINDADE, MÉDICO AUDITOR, MATRICULA Nº. 29.031-9 E C.R.M. 3920, POR ESTE MOTIVO VEIO O DECLARANTE ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI.

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 fê.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0



RAILSON FERREIRA DE ANDRADE
Procedimento Policial: 01227.01.2018.1.01.010

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
10ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 11 de agosto de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0



RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

CPF da Vítima

109.865.774-80

Data do Acidente

14/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

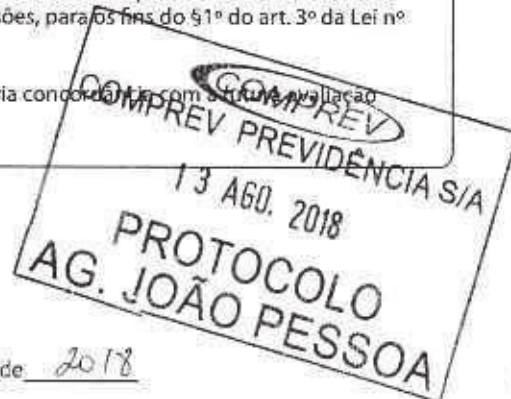
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



João Pessoa, 11 de Agosto de 2018
Local e Data

Railson Ferreira de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


Identificação do paciente

ID 1280085		Nome RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/02/1993		Idade 25 anos 2 meses 22 dias		Estado civil	
Mãe NELRILZA FERREIRA DA SILVA		Religião		Prontuário 108218	
Escolaridade		Pai IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE		Responsável (Parentesco) - PAI	
DDD Móvel 83		Fone Móvel 991665245		DDD Fixo	
Tipo documento		Número documento		Fone Fixo	
Local de procedência CAPIM		Nº Cns 702706102765960		Tipo MUNICIPIO	
Email		Naturalidade RIO TINTO		UF PB	
		CBO/R			

Endereço

CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro LUIZ VIEIRA
Número 114	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 14/04/2018 04:30:21	Número da pulseira 100005164911	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

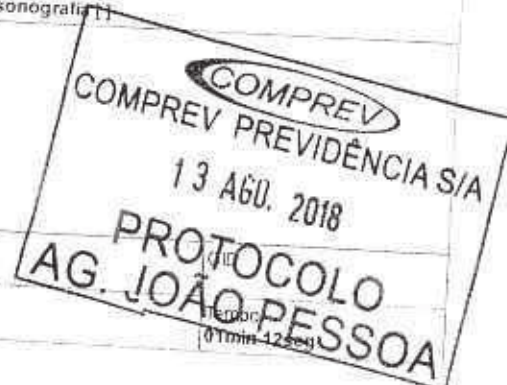
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Dados clínicos
Diagnóstico
Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA
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: 26/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000044968-1

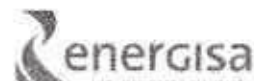
Nr. da Autenticação 4EE5696BCE5354E4

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Sigilo para acesso pagamento da rede elétrica: Nº 009.377.755



ENERGISA PARAIBA - CONTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-465
CNPJ 08.095.183 / 0001-44 - Insc.Est. 16.015.823-9

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
MARIA DO CARMO ALVES BARBOSA RUA LUIZ VIEIRA 10 CAPIM			5/777390-6		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
JUL/2018	13/07/2018	64	20/07/2018	R\$ 40,23	

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHES AGORA

MARIA DO CARMO ALVES BARBOSA

Roteiro: 06-258-800-0240

83640000000-3 40230054000-0 07773902018-6 07100258019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
20/07/2018	R\$ 40,23	777390-2018- 07-1



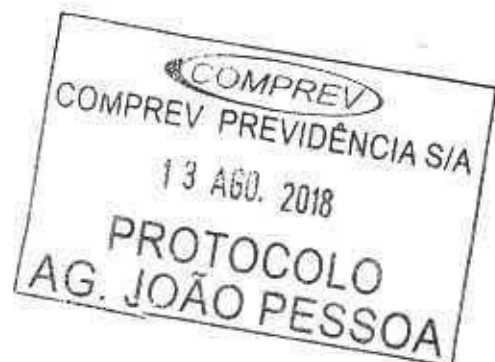
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CLAUDIO FERREIRA DA SILVA,
RG nº 3.004.795, data de expedição 17/08/2013
Órgão SSDS/PB portador do CPF nº 06888693430, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ISABEL CRISTINA, nº 26A
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RAILSON FERREIRA DE ANDRADE, cujo o condutor era
Railson Ferreira de Andrade.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda / fol 1101
Ano: 2016
Placa: afk 0074 / PB
Chassi: 9C2JB01006R501768
Data do Acidente: 14/04/2018
Local e Data: João Pessoa, 23 de Julho de 2018.

José Claudio Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

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





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



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1075634 e PRONTUÁRIO nº 108218

PACIENTE: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

DATA DE NASCIMENTO: 05.02.93

Data e Hora do Atendimento: 14.04.18

Horário: 4:30h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face com ferimento corto-contuso em região ocular esquerda, escoriações nos mmss e mmii. Atendido pelo Dra. Gabriela Albuquerque CRM 10452, Dr. Felipe Freitas Diniz CRM 10190, Dr. Ricardo R. Carvalho CRM 6628, Dr. Indalécio Pacelli Fernandes CRM 6827, Dr. Rui Medeiros Junior CRM 5518, Dr. Leonardo Paiva CRO 4550.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO CID 10 S 02 4

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do maxilar esquerdo e parede lateral da órbita esquerda, Tomografia computadorizada de face, Rx da mão direita AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 21.04.18 de fratura do complexo zigomático esquerdo com reconstrução de órbita esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 23.04.18 às 12:07h

Data da Emissão: 28.06.18



DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVSB/HETSHL
CRM 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

auditor

Documento de Alta

Nome: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		Número Prontuário: 108218	
Data de 05/02/1993	Sexo: Masculino	Data de Internação: 15/04/2018 09:35:07	Data de Alta: 23/04/2018 12:07:07
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA HOSPITALAR			
Resumo da Internação: PACIENTE DEU ENTRADA CURSANDO COM FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO. APÓS REGRESSÃO DO EDEMA FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL NO 2º DPO EVOLUI SATISFATORIAMENTE, ENCONTRANDO-SE EM CONDIÇÕES DE ALTA.			
Resultado de Exames: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
Tratamento: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: 1- COMPRESSA MORNIA EM FACE 2-EVITAR DEITAR SOBRE O LADO OPERADO 3-RETORNAR AO HOSPITAL NO DIA 28/04/2018 AS 07:00 4-REPOUSO ABSOLUTO ATÉ SEGUNDA ORDEM 5-ALIMENTAÇÃO PASTOSA			

Data: 23/04/2018

Clárisa Campelo Galvão
Cirurgiã Buco-Maxilo-FacialCLARISSA BARBOSA CAMPELO
GALVAO
CRM: 2537 - PB



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1075634



Identificação do paciente

ID 1280085	Nome RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25 anos 2 meses 9 dias	Estado civil Religião
Mãe NELRILZA FERREIRA DA SILVA	Pai IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE	Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE - PAI	
DDO Móvel 83	Fone Móvel 991665245	DDD-Fixo Fone-Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 702706102765960
Local de procedência CAPIM	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade RIO TINTO	CEP/R

Endereço

CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro LUIZ VIEIRA
Número 114	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 14/04/2018 04:30:21	Número da pulseira 100005164911	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

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

Diagnóstico

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA LIMADrª Renata C. Cavalcanti
Enfermeira
GOREN 79452/PB

Imprimir



14/04/2018 04:32



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	BAE 1075634	Data/Hora Entrada 14/04/2018 04:30:21	Data Baixa
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25a 2m 10d	Sexo Masculino	CNS 702706102765960
Mãe NELRILZA FERREIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 991665245
Endereço LUIZ VIEIRA, 114	Bairro CENTRO	Município CAPIM	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA	Nº Cons. Regional 4149/PB
Data/Hora Classificação 14/04/2018 04:30:21		Data/Hora Prescrição 15/04/2018 07:14:48	

Anamnese

PACIENTE EM 1º DIH CURSANDO COM FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. NO MOMENTO EM BEG, LOTE E COM QUEIXAS ÁLGICAS EM MÃO DIREITA (JÁ AVALIADO E LIBERADO PELA ORTOPEDIA). AO EXAME FÍSICO: EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITÁRIA ESQUERDO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL.

EXAMES HEMATOLÓGICOS DENTRO DOS PARÂMETROS DE NORMALIDADE.

CD:1)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 MG VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

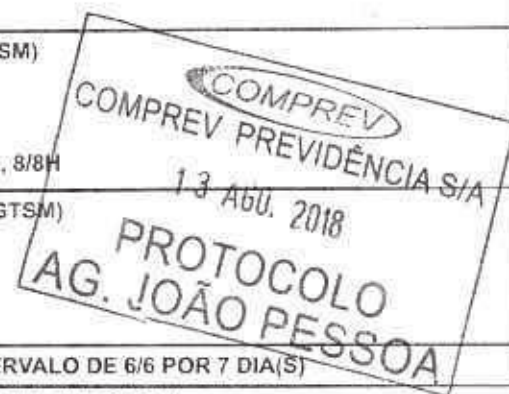
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

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



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MAXIMA DIÁRIA: 4,0)

CUIDADOS

HIGIENE ORAL RIGOROSA

SSVV + CCGG

CABECEIRA ELEVADA A 30°

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Em observação

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

OTAVIO BRUNO CRISI LOPES DE MENDONCA
(114149/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente		SAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		1075634	14/04/2018 04:30:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
05/02/1993	25a 2m 9d	Masculino	702706102765960	(83) 991665245
Mãe				Prontuário
NELRILZA FERREIRA DA SILVA				
Endereço		Bairro	Município	UF
LUIZ VIEIRA, 114		CENTRO	CAPIM	PB
Acidente	Motivo	Profissional		Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RUI MEDEIROS JUNIOR		5518/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
14/04/2018 04:30:21		14/04/2018 07:21:54		

Anamnese

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, MAS NÃO SABE INFORMAR DETALHES SOBRE O ACIDENTE. NO MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCORADO E SEM SINTOMAS ATIVOS EM FACE. AO EXAME FÍSICO: EDEMA, EQUIMOSE E FCC EM REGIÃO PERIORBITÁRIA ESQUERDA + AFUNDAMENTO EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL + FRATURA CORONÁRIA NO DENTE 21. AO EXAME TOMOGRÁFICO: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

CD:1)SUTURA 2)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR 3)SOLICITO EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS 4)AGUARDANDO ALTA DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA INTERNAMENTO PELA BMF

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 MG VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTS)

Diluir

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

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/04/2018 04:31:33

EXAME LABORATORIAL

82342&pesquisa=S&pe...

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S01.8	Fetimento na cabeça, de outras localizações
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares

Conduta

Em observação

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Dr. Rui Medeiros, PhD
Cirurgião Geral - CRM 5518-PB
Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológicos
CROPE 82342 - Cidade 5518

RUI MEDEIROS JUNIOR
(5518/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		BAE 1075634	Data/Hora Entrada 14/04/2018 04:30:21	Data Baixa
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25a 2m 9d	Sexo Masculino	CNS 702706102765960	Telefone de Contato (83) 991665245
Mãe NELRILZA FERREIRA DA SILVA				Prontuário
Endereço LUIZ VIEIRA, 114		Bairro CENTRO	Município CAPIM	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional INDALECIO PACELLI FERNANDES		Nº Cons. Regional 6827/PB
Data/Hora Classificação 14/04/2018 04:30:21			Data/Hora Prescrição 14/04/2018 08:43	

Anamnese

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS TORACICAS OU ABDOMINAIS. REFERE DORES EM MÃOS. APRESENTA FAST NORMAL E RX DE TORAX SEM ALTERAÇÕES. REFER DOR E ESCORIAÇÕES EM MÃO

EM MÃOS: SEM ALTERAÇÕES AGUDAS

CONDUTA: ALTA DA ORTÓPEDIA / CURATIVOS / AINES

CUIDADOS**CURATIVO****CID10**

Código	Descrição
S60.0	Contusão de dedo(s) sem lesão da unha

Conduta

Em observação

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia de Mão
CRM 6827 TEOD/14247

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

INDALECIO PACELLI FERNANDES
(CRM: 6827/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	SAE	1075634	Data/Hora Entrada	14/04/2018 04:30:21	Data Baixa	
Data de nascimento	05/02/1993	Idade	25a 2m 9d	Sexo	Masculino	CNS	702706102765960
Mãe	NELRILZA FERREIRA DA SILVA					Telefone de Contato	(83) 991665245
Endereço	LUIZ VIEIRA, 114	Bairro	CENTRO	Município	CAPIM	UF	PB
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO	Nº Cons. Regional	10452/PB
Data/Hora Classificação	14/04/2018 04:30:21	Data/Hora Prescrição	14/04/2018 04:49:48			Prontuário	

Anamnese

paciente com historia de queda de moto sem capacete+ abuso de bebida alcoolica. refere dor em maos

av. exame:

via aerea pervia + retirado colar
 respiração espontanea, simetrica, palpação indolor
 abd inoçente
 bacia estável
 glasgow 14, pupilas iso foto
 fcc em olho edema e equimose à esquerda
 abrasões em maos e pes. sem deformidades em maos, adm diminuida pela dor

cd: protocolo atls + tc de crânio + parece bmf + parecer ncr + raio x de maos

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

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

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: E DIREITA)

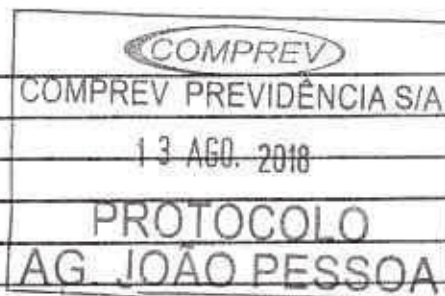
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/04/2018 04:31:33



Dra. Gabriela Albuquerque
 Médica Residente Cirurgia Geral
 CRM 10452

21/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/ atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=390007&dataInicial=21/04/2018 11:53:27



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LEONARDO
COSTA DE ALMEIDA PAIVA
Em: 21/04/2018 12:25:43

Paciente RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1075634	Data/Hora Entrada 14/04/2018 04:30:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702706102765960
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA - 21/04/2018 11:53:27)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Paciente submetido a procedimento cirúrgico de reconstrução de órbita esquerda sob anestesia geral com intubação nasotraqueal.

Procedimento cirúrgico sem intercorrências.

No momento encontra-se extubado, consciente, orientado, eupneico, normocorado e sem sangramento em face.

Paciente segue a URPA sob os cuidados da equipe de enfermagem, anestesiologia e Cirurgia BMF.

CD: 1- Orientações;

2- Prescrição hospitalar;

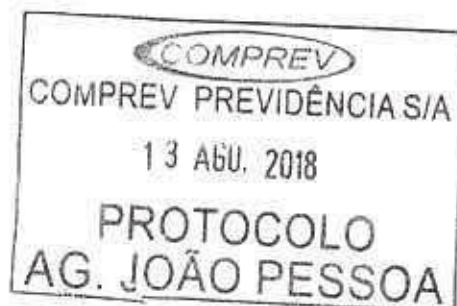
3- Aos cuidados da CTBMF;

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA

Dr. Leonardo Paiva
Cirurgia Maxilofacial
CRO-PB 4550

Número Conselho: 4550





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO

Em: 20/04/2018 10:13:05

Paciente RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1075634	Data/Hora Entrada 14/04/2018 04:30:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702706102765960
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108218	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 20/04/2018 10:12:59)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente no 6º. dh vítima de acidente motociclístico, cursando com fratura de complexo zigomático esquerdo, segue em BEG, agendo cirurgia para amnha

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE
Cirurgião Geral
04/04/2018



20/04/2018

172.16.0.6.8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=390007&dataInicial=20/04/2018



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 20/04/2018 10:13:05

Paciente RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	Boletim de Atendimento 1075634	Data/Hora Entrada 14/04/2018 04:30:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702706102765960
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 108218
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 20/04/2018 10:12:59)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente no 6º. dia vítima de acidente motociclístico, cursando com fratura de complexo zigomático esquerdo, segue em
BEG, agendo cirurgia para amnha

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

[Assinatura]
Cirurgião Bucal
CRO - 100.000.000





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 18/04/2018 09:43:23

Paciente RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1075634	Data/Hora Entrada 14/04/2018 04:30:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702706102765960	Prontuário 108218
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 18/04/2018 09:43:18)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

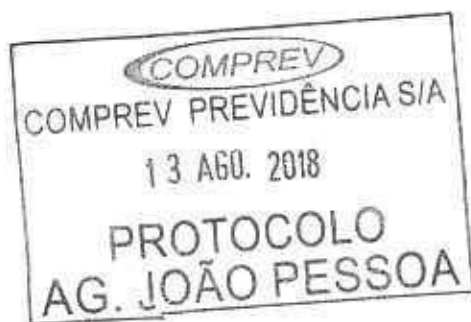
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente no 4 diu vítima de acidente motociclistico, cursando com fratura de complexo zigomático esquerdo, segue em
beg, aguardando regressão do edema pra conduta cirurgica

eção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454546 - Tel.:

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 17/04/2018 12:10:17

Paciente RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		Boletim de Atendimento 1075634	Data/Hora Entrada 14/04/2018 04:30:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 702706102765960	Prontuário 108218
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 17/04/2018 12:10:11)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

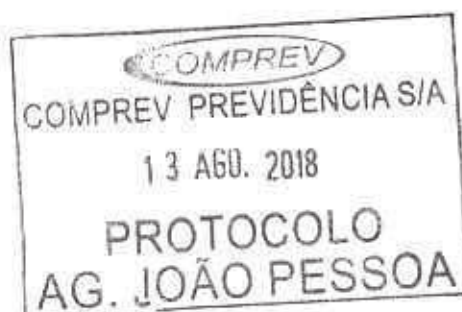
paciente no 3 diu vítima de acidente motociclistico, cursando com fratura de complexo zigomático esquerdo, segue em beg, aguardando regressão do edema pra conduta cirurgica

Jeção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clárisa Barbosa Campelo Galvão
Clárisa Barbosa Campelo Galvão
17/04/2018





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

Número: _____
Paciente: Railson Ferreira de Andrade
Procedimento: Tto Cirurgico de Reconstrução de
SUS: (☒) Não SUS (☐) Orlito
Médico: Dr. Leonardo Palva

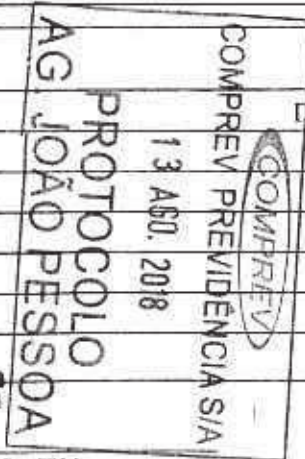
Prontuário: 1075634
Data: 21.04.18
Reposição: _____

DISPENSAÇÃO CME		
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
	Microplaca Orlital 10 F 15	01
	Microplaca Orlital 8 F 15	01
	Parafusos Autorescantes 15 x 60mm	06
	Parafusos Autorescantes 15 x 70mm	03
	Parafusos autorescantes emergência 18 x 70	01
	Parafusos autorescantes orlital 15 x 70	01
	Sistema 3.0	
	OBS: Material fornecido para uso não cirúrgico por problemas técnicos.	

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA		
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN



Francisca S. P. de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 309549

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc

9 - SEXO

Fem

11 - TELEFONE DE CONTATO
N.º DO TELEFONE

DDD

14 - COD. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO 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

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

COMPROVANTE
AG. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
31/04/2018

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Uti
Molha no Tronco
paciente não
usando por
problemas
técnicos

01 microplaca cristal 10 Fm
01 microplaca cristal 08 Fm
06 Parafusos autoperfurantes 1,5 x 6 - 0,4 mm
03 Parafusos autoperfurantes 1,5 x 7 - 0,4 mm
01 Parafuso autoperfurante 1,5 x 7 - 0,4 mm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

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

43 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: RALSON FERNANDES DO PRADO BE/Prontuário: 1075634
Idade: 23 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 21/04/18
Clínica/Setor: CTBMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Reconstrução do Orbits (B)
Cirurgião: Dr. Leonardo Paiva 1º Assistente: Dr. Claudio Nunes
2º Assistente: Dr. Tiago Nogueira 3º Assistente: Dr. Sérgio Lima
Instrumentador: Dr. Tacio Lima Anestesista: Dr. Sérgio
Tipo de Anestesia: General Horário: Início 09:50 Término 11:55

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do Complexo Zygomatico (B)</u>	<u>S02.4</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Reconstrução do Orbits (B)</u>	

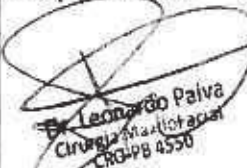
Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____


Dr. Leonardo Paiva
Cirurgião Otolaringologista
CRM-PB 4550

João Pessoa, 21/04/18

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DPH com anestesia local
- 2) Injeção Antitumoral
- 3) Anestesia intra e extra-oral com PPI 10%
- 4) Aposição dos cabelos bucais

Incisão:

- 5) Colocação do Tímpano intra-oral (A 6/307)
- 6) Incisão sublabial unilateral o 1º caso
- 7) Pela Fenda em Arcos Transmandibular bilateral
- 8) Descolamento Mucosa-Periosteal

Achados:

- 9) Acerto a Fenda
- 10) Redução da fenda com 1 Microplaca Labial
- 11) 10F (1.5) / 1 Microplaca ORAL 8F (1.5)
- 12) 6 Parafusos Auto-atacantes 1.5 x 6.0 / 3 Parafusos

Conduta:

- 13) Anestesia 1.5 x 7.0 / 1 Parafuso Auto-atacante 1.5 x 7.0
- 14) 1.8 x 7.0 / 1 Parafuso Auto-atacante 1.5 x 7.0
- 15) Uma (1) Ancha Contada (Sistema 2.0) Poliamida para Infundir Tecidos
- 16) Sutura de Puntos (Vetex 4.0 e Nylon 5.0)
- 17) Irradiação Curiosa com G.F. U.S.A.
- 18) Retirada do Tímpano intra-oral (A 6/307)
- 19) Fim da Cirurgia

Fechamento:

Observação:



Dr. Leonardo Paiva
Cirurgia Maxilofacial
CRM-PB 4530

João Pessoa, 21/4/18

Médico/CRM:

10-10-2008

[illegible]

FICHA DE ANESTESIA

DATA 29/04/18

PRONTUÁRIO 1025374

COR

IDADE 25 anos

Paciente: Paula Ferreira de Andrade

EXAME FÍSICO: PULSO 121 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO 48kg GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL: BOM X REGULAR BOM BEM PRESSÃO RISCOS CIRÚRGICOS: BOM X REGULAR BEM BEM PRESSÃO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM AP. RESPIRATÓRIO: Espontâneo AP. CIRCULATÓRIO: Estável

PRÉ-ANESTÉSICO: 10mg ESTADOMENTAL: 20TE PROGNÓSTICO: Bom

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Cirurgia realizada: Reconturção de órbita

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: TERMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

ANESTESIA: Dr. João B. Virgínia CRM-PB 80401

João Batista Virgínia
Médico Anestesiologista
CRM-PB 80401

Documento de Alta

Nome: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE			Número Prontuário: 108218
Data de: 05/02/1993	Sexo: Masculino	Data de Internação: 15/04/2018 09:35:07	Data de Alta: 23/04/2018 12:07:07
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: ALTA HOSPITALAR			
Resumo da Internação: PACIENTE DEU ENTRADA CURSANDO COM FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO. APÓS REGRESSÃO DO EDEMA FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL. NO 2º DPO EVOLUI SATISFATORIAMENTE. ENCONTRANDO-SE EM CONDIÇÕES DE ALTA.			
Resultado de Exames: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
Tratamento: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: 1- COMPRESSA MORMA EM FACE 2-EVITAR DEITAR SOBRE O LADO OPERADO 3-RETORNAR AO HOSPITAL NO DIA 28/04/2018 AS 07:00 4-REPOUSO ABSOLUTO ATÉ SEGUNDA ORDEM 5-ALIMENTAÇÃO PASTOSA			

Data: 23/04/2018

Clarissa Campeiro Galvão
Cirurgia Buco - Maxilo - FacialCLARISSA BARBOSA CAMPELO
GALVAO
CRM: 2537 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831491554

Data Nasc: 05/02/1993 - 25 anos

Paciente: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Exame de controle.

Fratura do seio maxilar esquerdo com presença de tela e parafusos de fixação para correção de infradesnívelamento do Assoalho desta órbita.

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

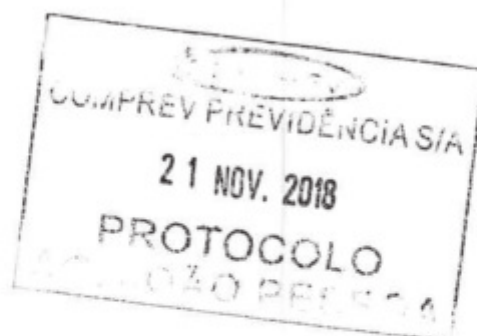
Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

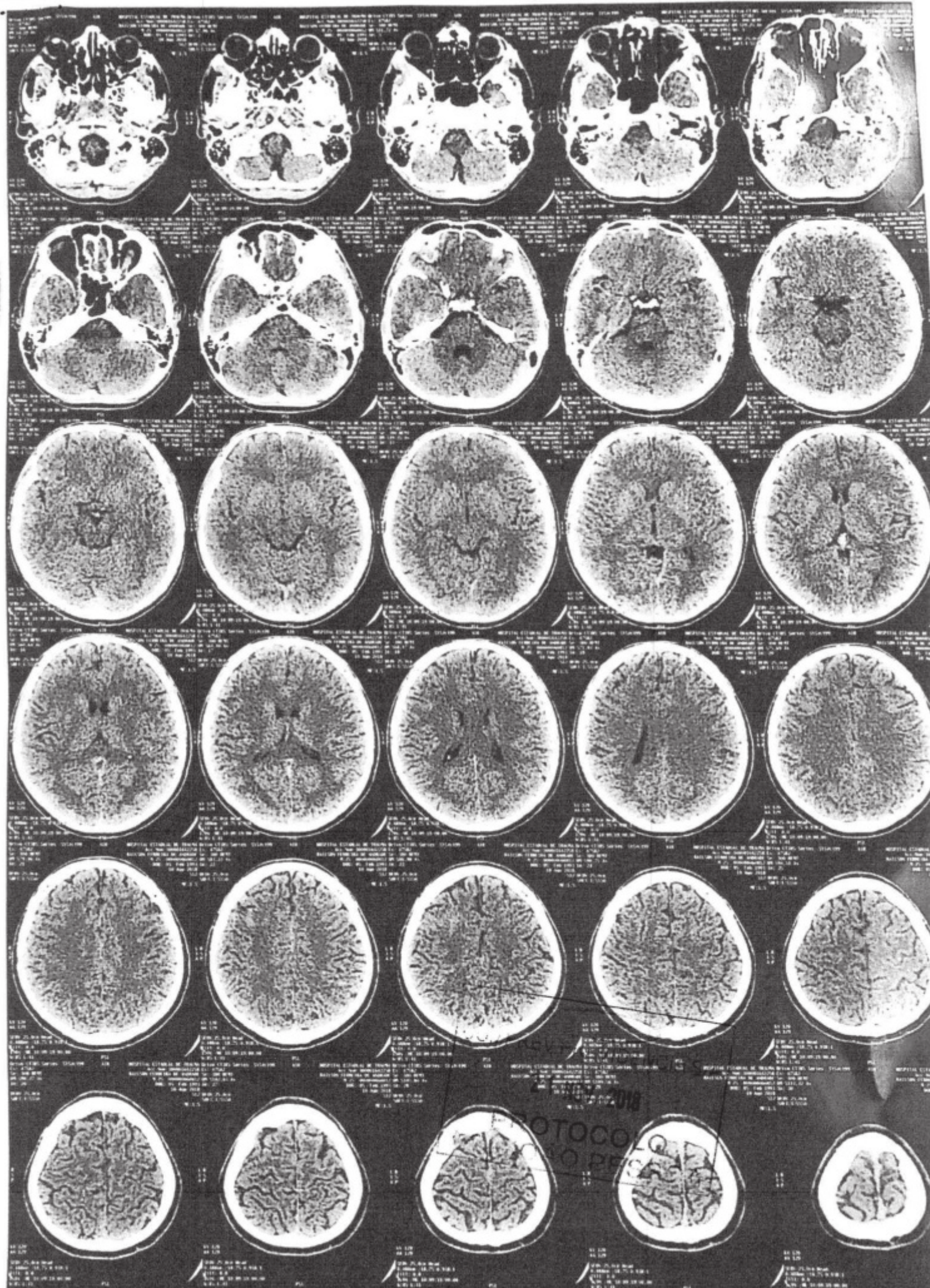
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 10/08/2018 10:35.



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



Patient ID: 000000060812
Age: 25Y

Patient Name:
Sex:

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE
M



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

148.15072.27-9

NÚMERO

6159010

SÉRIE

0030

PB

ASSINATURA DO TITULAR

DELEGAR DIREITO



Ministério do Trabalho e Emprego

03



RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

FILIAÇÃO..... IVANILDO LOURENÇO DE ANDRADE

NELRILZA FERREIRA DA SILVA

NASCIMENTO..... 05/02/1993

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: RIO TINTO - PB

DOCUMENTO..... C 1 3905876 23/09/2010 SSDS PB

Lei Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 109.865.774-80

CNH.....

TIT. ELEITOR: 041769701287

SEÇÃO: 0097

ZONA: 007

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 26/01/2011

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego no Paraíba

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

148.15072.27-9

NÚMERO

6159010

SÉRIE

0030

UF

PB

Assinatura manuscrita

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

FILIAÇÃO.....: IVANILDO LOURENÇO DE ANDRADE
NELRILZA FERREIRA DA SILVA

NASCIMENTO.....: 05/02/1993 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: RIO TINTO - PB

DOCUMENTO.....: C. I. 3905876 23/09/2010 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF.....: 109.865.774-80 CNH.....:

TIT. ELEITOR: 041769701287 SEÇÃO: 0097

ZONA: 007

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 26/01/2011

Superintendência Regional do Trabalho e Emprego da Paraíba

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930323132
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20180000165538-1

1 0108478025-6 00/00000000 2018

JOSE CLAUDIO FERREIRA DA SILVA

06888693430

QFK0074/PB

NOVO PB 9C2JB0100GR501768

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/POP 110I

2016 2016

2 P/109 /CI

PARTIC

PRETA

00/00/0000

0

***** SEGURO P A G O 23/04/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA-PB

25/04/2018

41939

20184

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
ALTERNATIVO PARA VEÍCULOS DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO
MANUTENÇÃO E LÍDER - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930323132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

DATA DE EMISSÃO
25/04/2018

1 06888693430

QFK0074/PB

01084780256

HONDA/POP 110I

ANO FAB.
2016

QNT. ANOS
9

9C2JB0100GR501768

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$)

PREMIO (R\$)

PREMIO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO

P A G O

QUOTA ÚNICA

PARCELADO

23/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

20184-1503578-20180425

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930323132
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20180000165538-1

1 0108478025-6 00/00000000 2018

JOSE CLAUDIO FERREIRA DA SILVA

06888693430

QFK0074/PB

NOVO PB 9C2JB0100GR501768

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/POP 110I

2016 2016

2 P/109 /CI

PARTIC

PRETA

00/00/0000

0

***** SEGURO P A G O 23/04/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA-PB

25/04/2018

41939

20184

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
ALTERNATIVO PARA VEÍCULOS DE TRATAMENTO ESPECIALIZADO
MANUTENÇÃO E LUBRIFICAÇÃO

PB Nº 013930323132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA DE EMISSÃO 25/04/2018

1 06888693430 QFK0074/PB

01084780256 HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2016 QNT. ANOS 9 9C2JB0100GR501768

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** ***** *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO 23/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0800 022 1204

20184-1503578-20180425

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371368 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MICROPLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DEVIDO A LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371368 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MICROPLACAS E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

DANOS

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