

# 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:**

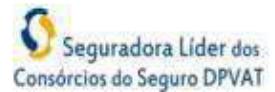
**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DEVIDO A LESÃO DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS.

**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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2018

Titular do CPF: RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

---

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**



---

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.

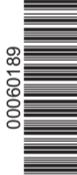
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**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](http://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](http://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**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Raíson Ferreira de Andrade

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Raíson Ferreira de Andrade	CPF titular da conta 109.865.774-80	Profissão REUNSO
Enderéco RUA Luiz Vieira	Número 10	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade Capim	Estado PB
Email	CEP 58287-000	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**

REUNSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1033 (Informar dígito se existir)

44968 (Informar dígito se existir)

4 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

Nº

D/V

13 AG 2010 (Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

PROTÓCOLO (Informar dígito se existir)

AG. 1040 PESSOA (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.

*1033 pessoa, 11 de Agosto de 2018*  
Local e Data

*Raíson Ferreira de Andrade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1033 013 44 963

Espresso responde para preenchimento da folha e do contr

37.158 v004

Mais informações consulte o site: <a href="http://caixa.gov.br">caixa.gov.br</a>
0800 726 0101    0800-726 2492    0800-725 7474
Recuperar senha,    Atendimento a pessoas sugestões e elogios,    Ovidoria com dificuldade comutativa ou em fala.

735243058K0415





## 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 N° 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):

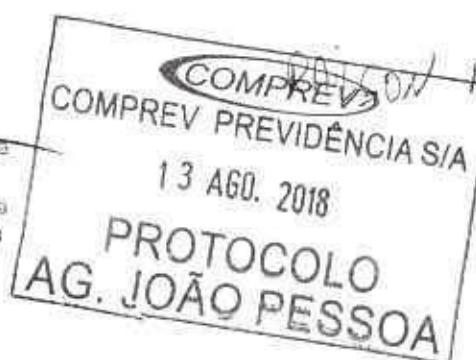
(1) Moto, modelo POP 100, marca HONDA, tipo de veículo CICLOMOTOR, cor PRETA, ano 2016/2016, placa QFK-0074, chassi 9C2JB0100GR501768, renavam 0108478025-6, características gerais: N°. C.r.l.v.: 013950323123; n°. P.r.t.: 20180000165538-1; n°. Lacre: 0043595359; categoria: Particular; combustível: Gasolina; 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. GLENDER TÉRCIO G.G. DA TRINDADE, MÉDICO AUDITOR, MATRICULA N°. 29.031-9 E C.R.M. 3920, POR ESTE MOTIVO VEIO O DECLARANTE ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA 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 fé.

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



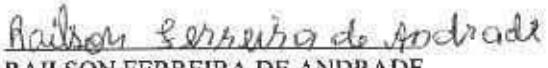
Procedimento Policial: 01227.01.2018.1.01.010

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



João Pessoa/PB, 11 de agosto de 2018.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigacao

  
RAILSON FERREIRA DE ANDRADE  
Noticiante

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



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

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

Raíson 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 sua avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Járo Lessot, 11 de Agosto

Local e Data

de 2018

\*Raíson Ferreira de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1075634



## Identificação do paciente

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

## Endereço

CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Lorradouro 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	Clínica		
Classificação de risco			

## Caráter de atendimento

Motivo do atendimento  
ACIDENTE DE MOTOCICLETAOrigem do paciente  
RUADetalhe 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	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

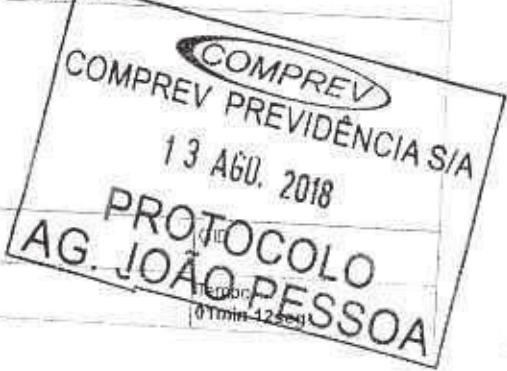
## Exames complementares

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



LIGA INTEGRAL PARCELAÇÃO

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000

CNPJ 08.095.183 / 0091-49

Insc. Est. 16.015.823-0

Documento não tem valor fiscal.

Documento não é segunda-vida da conta.

Sócio para simples pagamento da nota fiscal elétrica da energia elétrica - Nº 009.377.255

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO ALVES BARBOSA  
RUA LUIZ VIEIRA 10  
CAPIM

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/777390-6

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2018

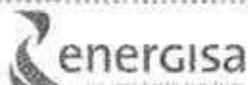
13/07/2018

64

20/07/2018

R\$ 40,23

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



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 Cláudio Ferreira da Silva,  
RG nº 3.004.795, data de expedição 17/08/2011  
Órgão SSPDS/PB portador do CPF nº 06888693430, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA: ISABEL CRISTINA, nº 26 A  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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: 2F/K 0074/18

Chassi: 9C2JB01006R501768

Data do Acidente: 14/04/2018

Local e Data: João Pessoa, 23 de Julho de 2018

José Cláudio Ferreira da Silva  
Assinatura do Declarante

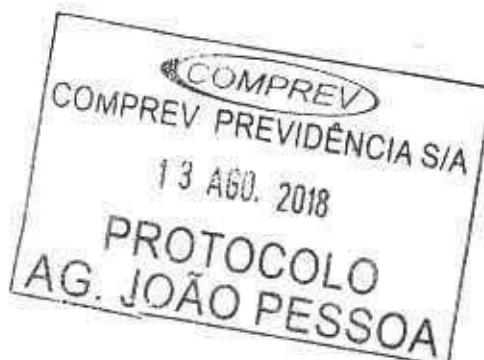
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**CARTÓRIO CELEIDA**

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

Rua Augusto Ribeiro, 81 - Ernesto Góes - CEP 58010-002 - João Pessoa - PB  
Tel.: (83) 3210-1000  
Reconheço por autenticidade a firma de JOSE CLAUDIO  
FERREIRA DA SILVA, [39217], J. Pessoa-PB, 23/07/2018  
12:50:52 Emol: R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Feat:R\$1,90.  
R\$8,41. Em testa da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO  
FERREIRA SILVA, Rio Branco, Acre, 19931-10048173-FZJU Consulte em  
<http://tabelias.tabelias.com.br> ou [www.cartorioceleida.com.br](http://www.cartorioceleida.com.br)





## 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**

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## Documento de Alta

<b>Nome:</b> RAILSON FERREIRA DE ANDRADE			<b>Número Prontuário:</b> 108218
<b>Data de</b> 05/02/1993	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 15/04/2018 09:35:07	<b>Data de Alta:</b> 23/04/2018 12:07:07
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE DEU ENTRADA CURSANDO COM FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO. APÓS REGRESSÃO DO EDEMA FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL NO 2º DPO EVOLUI SATISFATORIAMENTE, ENCONTRANDO-SE EM CONDIÇÕES DE ALTA.			
<b>Resultado de Exames:</b> FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
<b>Tratamento:</b> REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
<b>Diagnóstico:</b> 302.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
<b>Recomendações:</b> 1- COMPRESSA Morna 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 Campeão  
Clara Bento - PBCLARISSA BARBOSA CAMPEÃO  
GALVAO  
CRM: 2537 - PB



AV. ORESTES LISBOA, s/n - 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 06/02/1993	Idade 25 anos 2 meses 9 dias	Estado civil Religião
Mãe NELRILZA FERREIRA DA SILVA		Pai IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE
Escolaridade		Responsável (Parece/escriv) IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991665245	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	Fone Fixo
Local de procedência CAPIM		Nº Cris 702706102765960
Email	Naturalidade RIO TINTO	Tipo MUNICIPIO
		UF PB
CEP 58287000	Município de residência CAPIM	CEP/R
Número 114	Complemento	
Logradouro LUIZ VIEIRA		
Bairro CENTRO		

## 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 <b>100005164911</b>	Covênio SUS	Clinica
Especialidade CIRURGIA GERAL			
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	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

## Sinais Vitais

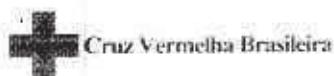
PA	X	mmHg	P脉	Temperatura		
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Dr Renata C. Cavalcanti  
Enfermeira  
GOREN 79452/PBAtendido por  
ANNE WALESKA PEREIRA LIMA

Imprimir





## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

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

**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 (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, 8/8H, 0,0 (MGTS)

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 (MGTS)

Diluir

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

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

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

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 malares e maxilares

## Conduta

Em observação

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

OTAVIO BRUNO CRISI LOPES DE MENDONCA

(I-4149/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

## Anamnese

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

CD:1)SUTURA 2)PRESCRIÇÃO HOSPITALAR 3)SOLICITO EXAMES PRE-OPERATÓRIOS 4)AGUARDO 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

Boleto registrado sob ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/04/2018 04:31:33

## EXAME LABORATORIAL

**EXAME LABORATORIAL**

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

**CID10**

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

**Conduta**

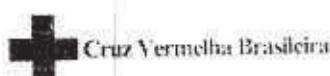
Em observação

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

D. Rui Medeiros, PhD  
 Cirurgia da Cabeça e Pescoço  
 Invista Consultores Ltda  
 CRMPE 0229 - CRFPE 5518

RUI MEDEIROS JUNIOR  
 (15518/PB)



**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>RAILSON FERREIRA DE ANDRADE</b>	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	Telefone de Contato (83) 991665245
Mãe <b>NELRILZA FERREIRA DA SILVA</b>			
Endereço <b>LUIZ VIEIRA, 114</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CAPIM</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>INDALECIO PACELLI FERNANDES</b>	Nº Cons. Regional <b>6827/PB</b>
Data/Hora Classificação 14/04/2018 04:30:21	Data/Hora Prescrição 14/04/2018 08:42		

**Anamnese**

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

EXAMENES: MÃOS : SEM ALTERAÇÕES AGUDAS

CONDUTA: ALTA DA ORTOPEDIA / 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 do Joelho  
CRM 6827 TEC714267

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

**Anamnese**

paciente com história de queda de moto sem capacete+ abuso de bebida alcoólica. refere dor em mãos

ao exame:

via aérea pélvica + retirado colar  
 respiração espontânea, simétrica, palpação indolor  
 abd inocente  
 bacia estavel  
 glasgow 14, pupilas iso foto  
 fcc em olho edema e equimose à esquerda  
 abrasões em mãos e pes. sem deformidades em mãos, adm diminuída pela dor  
 cd: protocolo atls + tc de crânio + parece bmf + parecer ncr + raio x de mãos

**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 (MGTSIM)

**CUIDADOS**

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE BACIA

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

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

**CID10**

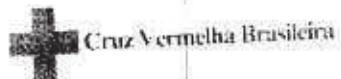
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

Em observação

Dra. Gabriela Albuquerque  
 Médica Residente Cirurgia Geral  
 CRM 10452

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



Impresso por: LEONARDO  
COSTA DE ALMEIDA PAIVA  
Em: 21/04/2018 12:25:43

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

### **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 óbita 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;

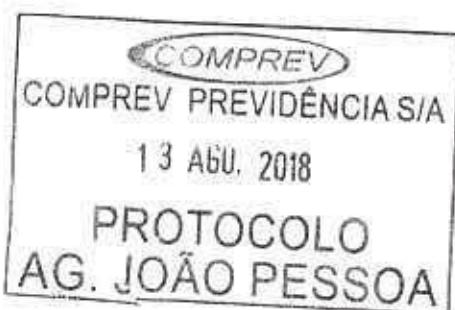
3- Aos cuidados da CTBMF;

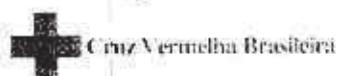
Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA

Dr. Leonardo Paiva  
Cirurgia Maxilofacial  
CRM-PB 4550

Número Conselho: 4550





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Impresso por: CLARISSA  
BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
Em: 20/04/2018 10:13:01

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

### Evolução Médica (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 amanhã

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

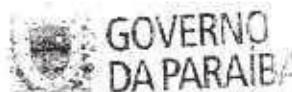
Número Conselho: 2537

CRÉDITO  
CIRURGIA  
ORL





Cruz Vermelha Brasileira

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

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

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

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002  
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Cláudia Braga  
Dto.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAImpresso por: CLARISSA  
BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
Em: 18/04/2018 09:43:23

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

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

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

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

Unidade: 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 LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -  
CNES: 454546 - Tel.:Impresso por: CLARISSA  
BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
Em: 17/04/2018 12:10:17

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

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

PROCEDIMENTO:

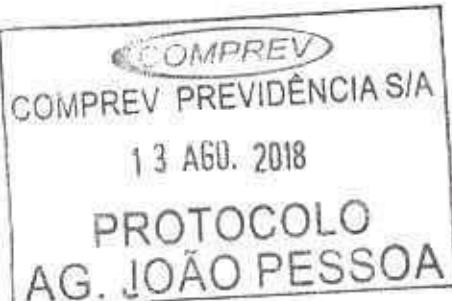
Descrição da evolução:

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

Jeçoa: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537





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

Número: \_\_\_\_\_  
Paciente: Raíson Ferreira de Andrade  
Procedimento: Tto Cinturão & Reconstruções  
SUS:  Não SUS:   
Médico: Dr. Leonardo Poppo. Crédito: \_\_\_\_\_

## **DISPENSAÇÃO CME**

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
	Microflocos orbitais 10F 15	01
	microflocos culturais 8F 15	01
	Pomoplos Autodescontes 15x6.0mm	06
	Xanoplos Autodescontes 15x7.0mm.	03
	Pomoplos autodescontes em resina 18x7.0	01
	Pomoplos autodescontes com 15x7.0	01
	gummis 3.0	
OBS: Muito cuidado porque não é só por procedimentos técnicos.		

## DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

**ASSINATURA DO MÉDICO - CRM**

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Ronaldo Fornaini do Nascimento BE/Prontuário: 107 5634  
 Idade: 25 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 21/04/18  
 Clínica/Setor: CTSMF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ressecção do útero (B)  
 Cirurgião: Dr. Leonardo Palva 1º Assistente: Dr. Bruno Nunes  
 2º Assistente: Rs. Tânia Nery 3º Assistente: Rs. Sueli Lima  
 Instrumentador: Rs. Tânia Lima Anestesista: Dr. Silveira  
 Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 09:50 Término 11:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do complexo zigomático (B)</u>	<u>S03.4</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção do útero (B)</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Leonardo Palva  
Cirurgião Maxilofacial  
CRM-PB 4550

João Pessoa, 21/04/18





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DPH Sua maozinha direita
- 2) INCISÃO NATURAL
- 3) ANESTESIA LOCAL E ESTERILIZAÇÃO COM PPI 70%
- 4) APERTO DAS CINTAS (LARANJA)

## Incisão:

- 5) Colocar o Tâmbor Vena direita (A órbita)
- 6) INCISÃO SUBCUTÂNEA CAVADA O FOLHO
- 7) PELA FOLHA EM RECA FRENTE COM FICHA GEMADA
- 8) Ressecção da pele brilhante

## Achados:

- 9) NOTO A FOLHA
- 10) ROPNIKA DA FOLHA COM 1 MICROPLATE UMBRA  
 $10 \times 1.5 / 1$  MICROPLATE DIRETA XF (15)
- 11) 6 POMPEIOS ATRASOS 1.5 x 6.0 / 3 PONTOS

## Conduta:

ATRASOS 1.5 x 2.0 / 1 FONTE ATRASOS 5MM  
 $1.5 \times 7.0 / 1$  PONTOS ATRASOS 1.5 x 7.0

VNA (1) MUITA CONTAM (5.7MM 2.0) PELA  
 NAO SERA FOR PELA FOLHA TECNICO

- 12) SUTURA DA FOLHA (VYK 4.0 + NYL 5)
- 13) IRADICAÇÃO CERCA COM 5.0 URY
- 14) RETIRADA DO TÂMBOR VENA DPL (A órbita)
- 15) FIM DA CIRURGIA.

## Fechamento:

## Observação:

COMPREV  
13 AGO. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Leonardo Paiva  
CRM-PB 4550

Médico/CRM:

João Pessoa, 2018

## Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE	Ronilson Ferreira da Anchieta					
IDADE	25	SEXO	M	PRONTHARIO	07/26/14	INFECTADO
CIRURGIA	Tecjum Svc de Reconstrução de Crípta					
CIRURGÃO	Dr. Leônidas L. Andrade					
ANESTESIA	Dr. José Batista					
ANESTESISTA	Geral					
INSTRUMENTADOR	Assistente					
DATA	07/04/15	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO	TIME	CIRURGIA INÍCIO	FIM
05:00 12:00						
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA I (SAFÉ) ASA II (SAFÉ) ASA III (SAFÉ) ASA IV (SAFÉ)						
GRADE DE CONTAMINAÇÃO: (LIMPIDA) CONTAMINADA INFECTADA O POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALIENTANILÁ			JELCO N°18		FIOS CAT GUT CRÔMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO N°20		FIOS CAT GUT CRÔMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°22		FIOS DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO N°24		FIOS DE AÇO N°	
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N°	
L'TOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIOS DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°21		FIOS POLIGLACTINA N°	
UMAZENE	PVP TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°	
OFILURANO	PVP TOPICO	OK	LÂMINA DE DERMATOMÓ		FIOS POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPRÓPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	✓	FIOS POLIPRÓPILENO N°	
OCAINA C/ VASO	AQUILHA 13X45		LUVA ESTERIL N°7,5	✓	FIOS POLIPRÓPILENO N°	
UDOCAINA S/ VASO	AQUILHA 25X07	✓	LUVA ESTERIL N°7,5	✓	FIOS POLIGELECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AQUILHA 25X08	✓	LUVA ESTERIL N°8,0	✓	FIOS SEDA N°	
MORFINA	AQUILHA 40X12	✓	LUVA ESTERIL N°8,5	✓	FITA CARDIACA	
NIMBIRUM	AQUILHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	✓	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANEURÔNIO	AQUILHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PITIDINA	AQUILHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORTOL	AQUILHA RAQUI N°25G		SCALP N°10		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AQUILHA RAQUI N°26G		SCALP N°12		FIOS DE KIRSCHNER N°	
RICURÔNIO	AQUILHA RAQUI N°70		SERINGA JML		FIOS DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	AEGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA SVL		FIOS STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	✓	FIOS STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	✓	SERINGA 20ML	✓	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	DOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	✓	KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
AVOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EMTRINA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
SEMDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°7	✓	PARAFUSOS MALLEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALLEOLAR	
UDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRÔNA		EQUIPO MACROQTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	✓	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROQTAS				
PROTAMINA		ESPONJA DE PVF	FIOS	QTD.	EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	FIOS ALGODÃO S/A N°		ASPIRADOR	
O. micropla		GAZES	FIOS ALGODÃO S/A N°		CAUSTURÉLÉTRICO	
onito ref 15		GAZES ALGODOADAS	COMPREV		CAPNOGRAPH	
O. micropla		GEL FLETROLITICO	FIOS ALGODÃO S/A N°		EDOMONTOR	
O. micropla		JELO N°14	FIOS ALGODÃO C/A N°		ESTÍBRILADOR	
O. micropla		JELO N°16			FOCO AUXILIAR	
06 Parafusos					FOCO CENTRAL	
prótesis cont 1.56 cm					MICROSCOPIO	
03 Parafuso auto descont 1.57 cm					OXÍMETRO DE PULSO	
01 Parafuso auto descont em gelca 1.8 x 7.5 cm					PAÍAS STERISAN INVASIVA	
01 Parafuso microfibrion 1.5 7 cm					PERFORADOR ELÉTRICO	
					SERRA	
					CIRCULANTE	

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

13 AGO 2018

01 S. 01M filo contado flérén vai para 100m  
100cm suas tântas

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 29/09/18

PRONTUARIO

1035174

Nº OR:

HEXAH:

25

anos.

*Roberto Ferreira de Andrade*

IMPERmeabilidade	Peso	Ta	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	UBONTE	X REGULAR	RAQUE	PRESSAO	RISCOS SURGICOS
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM				REGULAR
AP. RESPIRATÓRIO	Espasmo		AP. CIRCULATORIO	Catavel	
ESTADO MISTO	102	ESTADIMENTE	ESTE	DROGAS SISTEMICO	VPM
PER-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO

DOR E DOR

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA

*Dr Leonardo*

INÍCIO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*Dr. João B. Virginio*

ESTADO MISTO


**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> <b>RAILSON FERREIRA DE ANDRADE</b>			<b>Número Prontuário:</b> <b>108218</b>
<b>Data de</b> <b>05/02/1993</b>	<b>Sexo:</b> <b>Masculino</b>	<b>Data de Internação:</b> <b>15/04/2018 09:35:07</b>	<b>Data de Alta:</b> <b>23/04/2018 12:07:07</b>
<b>Motivo da alta:</b> <b>ALTA HOSPITALAR</b>			
<b>Conduta:</b> <b>ALTA HOSPITALAR</b>			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE DEU ENTRADA CURSANDO COM FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO. APÓS REGRESSÃO DO EDEMA FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SOB ANESTESIA GERAL. NO 2º DPO EVOLUI SATISFATORIAMENTE, ENCONTRANDO-SE EM CONDIÇÕES DE ALTA.			
<b>Resultado de Exames:</b> FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
<b>Tratamento:</b> REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO			
<b>Diagnóstico:</b> S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
<b>Recomendações:</b> 1- COMPRESSA Morna 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

Clássica Campeão Galvão  
Clínica Bucal - Maxilo - Facial

CLARISSA BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
CRM: 2537 - PB

COMPREV PREVIDENCIAS/A  
13 abr. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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 contrôle

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.

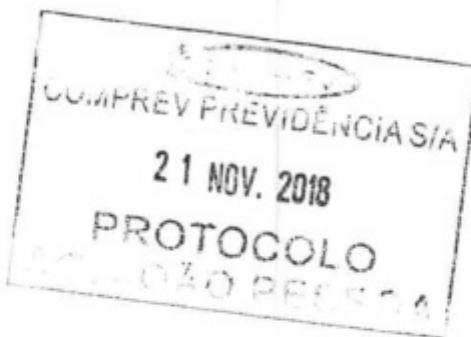
**Não há calcificações patológicas.**

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

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

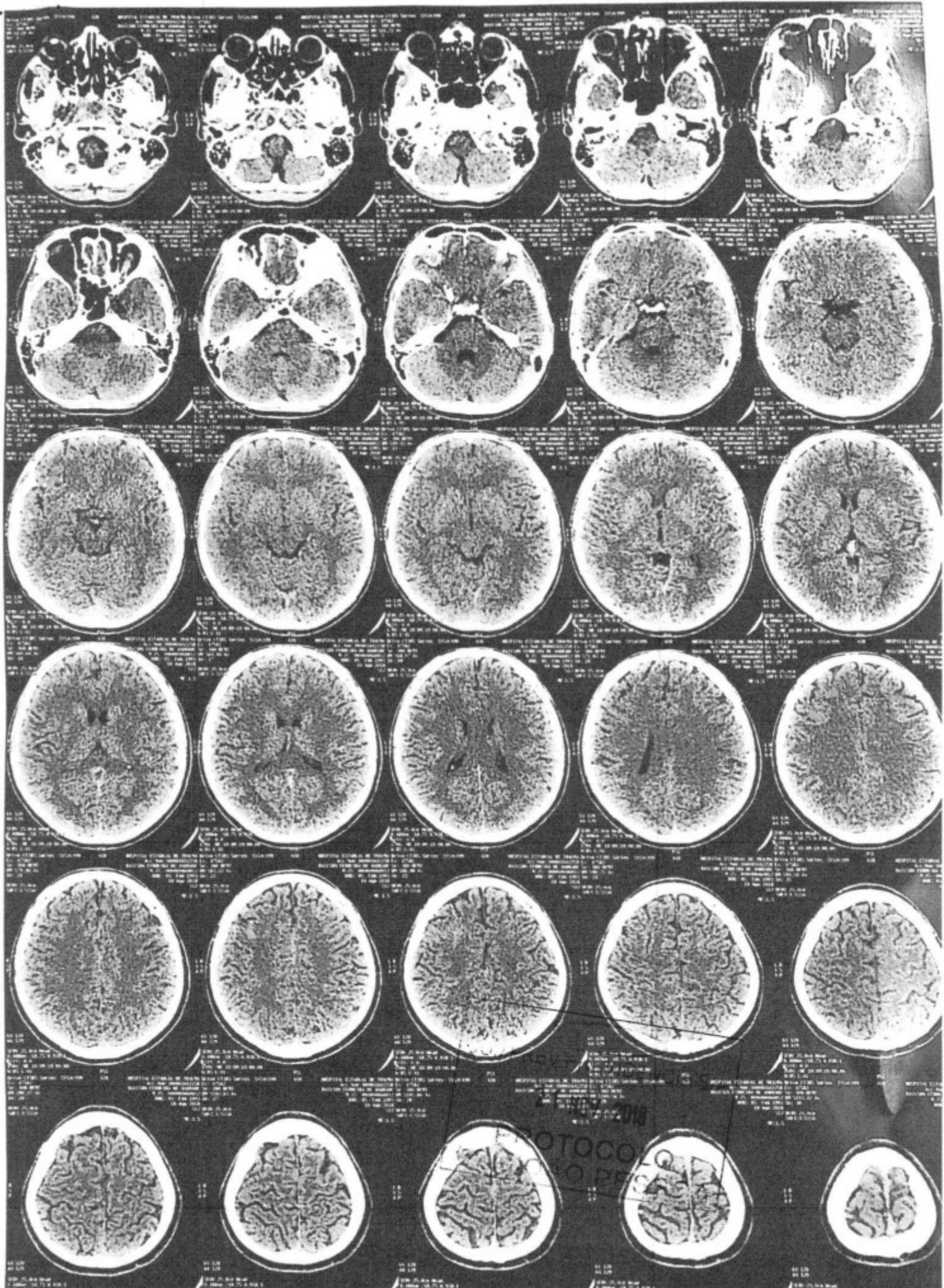
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

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. Phydius L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB



Patient ID:  
Age:

000000060812  
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

0030

PB

ASSINATURA DO TITULAR

COLLEGAR 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 1 3905876 23/09/2010 SS05 PB

LEI N° 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

*[Signature]* de Sua Filha  
Superintendente do Trabalho e Empreendedorismo

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASIL

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 AGO, 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 DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



Ins  
Imp  
G  
Pa  
e  
e  
Qu



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 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

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

TIT. ELEITOR: 041789701287 SEÇÃO: 0097

ZONA: 007

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTEPB - 26/01/2011

Luis Henrique de Souza Filho  
Superintendente do Trabalho e Emprego na Paraíba

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIR

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20 AGO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 004563359

DETAN - PB		NP 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
PLACARANT DE NOVO PB	9C2JB0100GR501768	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA	
HONDA/POP 110I	2016 2016	
2 P/109 /CI	PARTIC	PRETA
00/00/0000		
***** 0		
***** SEGURADO PAGO 23/04/2018		
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA		
JOAO PESSOA-PB	DATA 25/04/2018	0
41939	20184	

SEGURADORA LÍDER - DADOS DE SEU CARRO CADASTRADOS NO SISTEMA  
AUTOMÓVEL SUL - PRESTADOR DE SERVIÇOS DE AUTOMÓVEIS  
RUA PERNAMBUCO, 100 - CEP 50030-001 - CUIABÁ - MT

PB NP 013930323132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA SEUS REPARAÇÕES. LEIA NO VERSO  
AS OPINIÕES GUÍAS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 622 1204

CPF / CNPJ	06888693430	QFK0074/PB
RENAVAM	01084780256	HONDA/POP 110I
ANO FAB.	2016	9
CUSTO DO BILHETE (R\$)	*****	SEGURADO
PRÉMIO TARIFÁRIO	*****	PAGO
VALOR DA COBERTURA	SCUTA ÚNICA	PARCELADO
23/04/2018		

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

20184-1503578-20180425



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 004563359

DETAN - PB		NP 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
PLACARANT DE NOVO PB	9C2JB0100GR501768	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA	
HONDA/POP 110I	2016 2016	
2 P/109 /CI	PARTIC	PRETA
00/00/0000		
***** 0		
***** SEGURADO PAGO 23/04/2018		
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA		
JOAO PESSOA-PB	DATA 25/04/2018	0
41939	20184	

SEGURADORA LÍDER - DADOS DE SEU CARRO CADASTRADOS NO SISTEMA  
AUTOMÓVEL SUL - PRESTADOR DE SERVIÇOS DE AUTOMÓVEIS  
RUA PERNAMBUCO, 100 - CEP 50030-001 - CUIABÁ - MT

PB NP 013930323132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA SEUS REPARAÇÕES. LEIA NO VERSO  
AS OPINIÕES GUÍAS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 622 1204

CPF / CNPJ	06888693430	QFK0074/PB
RENAVAM	01084780256	HONDA/POP 110I
ANO FAB.	2016	9
CUSTO DO BILHETE (R\$)	*****	SEGURADO
PRÉMIO TARIFÁRIO	*****	PAGO
VALOR DA COBERTURA	SCUTA ÚNICA	PARCELADO
23/04/2018		

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

20184-1503578-20180425



# 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## 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

**Valorização 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