



Número: **0800802-59.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **01/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAILSON FERREIRA DE ANDRADE (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31153180	01/06/2020 12:20	2722510_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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 cranio-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.

Data do acidente: 14/04/2018

CPF de: Próprio

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**

Vítima: **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

Pag. 00875/00876 - carta_01 - INVALIDEZ

00020438



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180371368**

Vítima: **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.

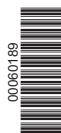
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar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

Pag. 00377/00378 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13241247



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180371368**

Vítima: **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

Pag. 01795/01796 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13302599



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

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 REUSO
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 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 44968 (Informar dígito se existir)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome: AG. JOAO PESSOA AGÊNCIA NRO. (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.

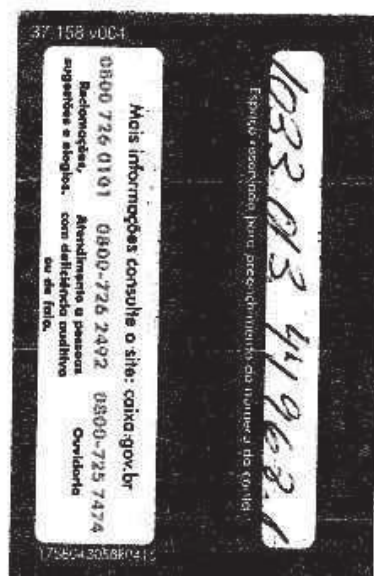
João Pessoa, 11 de Agosto de 2018
Local e Data

Railson Ferreira de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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



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):

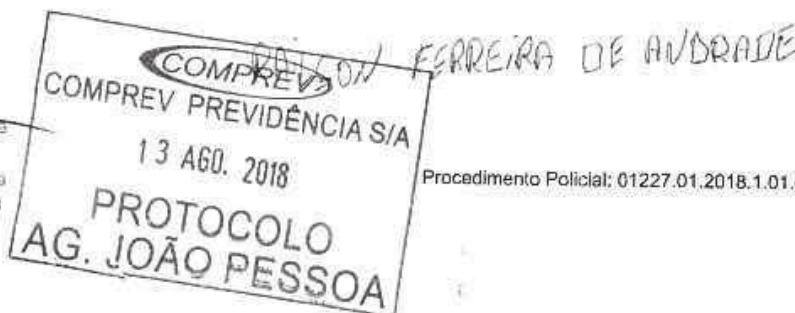
(1) Moto, modelo POP 100, marca HONDA, tipo de veículo CICLOMOTOR, cor PRETA, ano 2016/2016, placa QFK-0074, chassi 9C2JB0100GR501768, renavam 0108478025-6, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 013950323123; nº. P.r.t.: 20180000165538-1; nº. Lacre: 0043595359; categoria: Particular; combustível: Gasolina; 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. GLENDER 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 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
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

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Noticiante

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-3



Procedimento Policial: 01227.01.2018.1.01.010

2/2



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 <u>RAILSON FERREIRA DE ANDRADE</u>	CPF da Vítima <u>109.865.774-80</u>	Data do Acidente <u>14/04/2018</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

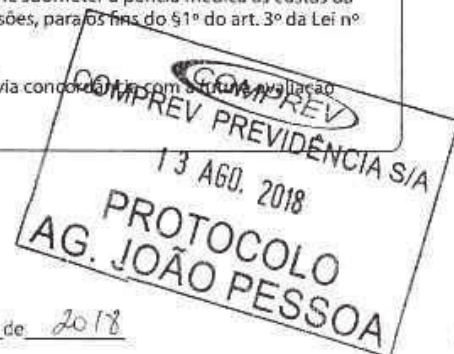
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



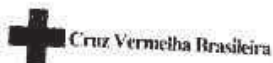
João Pessoa, 11 de Agosto de 2018
Local e Data

Railson Ferreira de Andrade
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel: (081) 3333-3333

Boletim de Atendimento: 1075634



Identificação do paciente

ID 1280065	Nome RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	Sexo Masculino
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25 anos 2 meses 22 dias	Estado civil Solteiro
Mãe NELRILZA FERREIRA DA SILVA	Religião Católica	Profissão 108218
Escolaridade Ensino Médio Completo	Pai IVANILDO LOURENÇO DE ANDRADE	Responsável (Parentesco) - PAI
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991665245	DDD Fixo 83
Tipo documento CPF	Número documento 991665245	Fone Fixo 991665245
Local de procedência CAPIM	Nº Cns 702706102765960	
Email railson.ferreira@outlook.com	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
	Naturalidade RIO TINTO	CBOR 00000000000000000000000000000000

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 14/04/2018 04:30:21	Número da pulseira 100005164911	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica Clínica	
Classificação de risco Baixo		
Caráter de atendimento Atendimento de Emergência	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 Policia Militar	

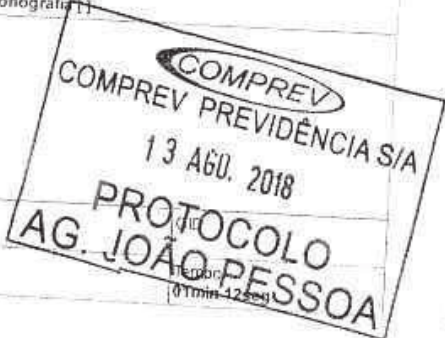
Sinais Vitais

PA 120/80	X mmHg	Pulso 72	Temperatura 36,5
--------------	--------	-------------	---------------------

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 seguradora da conta.

Sócio para simples pagamento da taxa regulatória de energia elétrica: Nº 003.377.255



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58971-450
CNPJ 08.085.183 / 000140 Insu. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO ALVES BARBOSA
RUA LUIZ VIEIRA 10
CAPIM

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

51777390-6

REFERÊNCIA

JUL/2018

APRESENTAÇÃO

13/07/2018

CONSUMO

64

VENCIMENTO

20/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 40,23

Acesse: www.energisa.com.br



07734018 4000

MARIA DO CARMO ALVES BARBOSA

Roteiro: 06-258-800-0240

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

VENCIMENTO

20/07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 40,23

MATRÍCULA

777390-2018-07-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167>

Número do documento: 20060112200116000000029897167

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CLAUDIO FERREIRA DA SILVA

RG nº 3.004.795, data de expedição 27/08/2017

Órgão SSDS/PIB portador do CPF nº 06888693430, com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

PACATUBA, 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: *Kampa / Sol 1101*

Ano: 2016

Placa: 2F/K 0074/18

Chassi: 962JB01006R501768

Data do Acidente: 14/04/2018

Local e Data: Pão de Açúcar, 23 de Julho de 2018.

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
MÉDICO AUDITOR - HETSHL
CRM - 3367

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.



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 Barbosa Campelo Galvão
Clárisa Barbosa Campelo Galvão - FORTCLARISSA 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 06/02/1993	Idade 25 anos 2 meses 9 dias	Estado civil Prontuário
Mãe NELILZA FERREIRA DA SILVA	Pai IVANILDO LOURENÇO DE ANDRADE	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) IVANILDO LOURENÇO DE ANDRADE - PAI	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991665245	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 702706102765960
Local de procedência CAPIM		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 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
COREN 79452/PB

Imprimir



14/04/2018 04:33





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA 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)

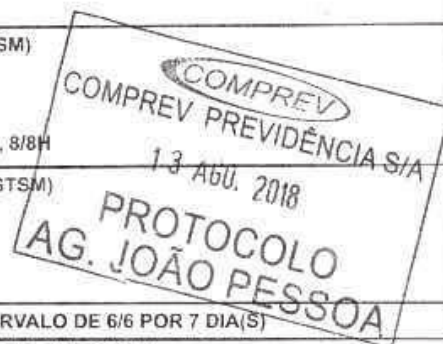
Diluir

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



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



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
(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 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 RUI MEDEIROS JUNIOR	Nº Cons. Regional 5518/PB
Data/Hora Classificação 14/04/2018 04:30:21		Data/Hora Prescrição 14/04/2018 07:21:54	

Anamnese

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, MAS NÃO SABE INFORMAR DETALHES SOBRE O ACIDENTE. AO 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 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 (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. 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

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

CUIDADOS

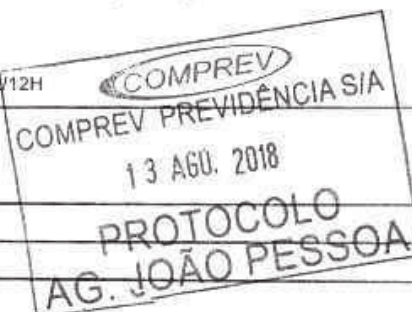
CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

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

EXAME LABORATORIAL



R2342&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	Ferimento na cabeça, de outras localizações
S02.4	Fratura dos ossos malares e maxilares

Conduta

Em observação

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Dr. RUI MEDEIROS, PhD
Ciência da Saúde da Família
Imunologia Clínica
CRONE 6229 / Colômbia 5518

RUI MEDEIROS JUNIOR
(5518/PB)



14/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=262419&pesquisa=S&pe



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 08:42		
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				
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 de Mão
CRM: 6827 TEO/14247

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

INDALECIO PACELLI FERNANDES
(CRM: 6827/PB)

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

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=262419&pesquisa=S&perform=imprimir

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 22

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167

Número do documento: 20060112200116000000029897167

14/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=262304&pesquisa=S&pe...



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	BAE 1075834	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 NELRILZA FERREIRA DA SILVA		CNS 702706102765960	Prontuário
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	

Anamnese

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

ao 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
abrasoes em maos e pes. sem deformidades em maos, adm diminuida pela dor
cd: protocolo atls + tc de cranio + 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), ADI-STRAR 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)

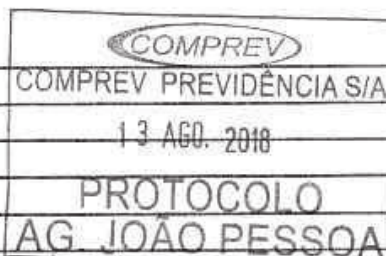
TOMOGRAMIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAMIA 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

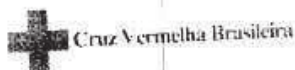
Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 14/04/2018 04:31:33

Dra. Gabriela Albuquerque
Médica Residente Cirurgia Geral
CRM 10452

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=262304&pesquisa=S&perform=imprimirP

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

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - 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		Prontuário 108218
			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, anesthesiologia 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



20/04/2018

72.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=390007&dataInicial=20/04/2018 10:12:59&dataFinal=20/04/2018 10:12:59



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	Plantão DIURNO	Prontuário 108218

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

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Cláudia Maria
Cirurgiã Geral



72.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=390007&dataInicial=20/04/2018%2010:12:59&dataFinal=20/04/2018%2010:12:59

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167>

Número do documento: 20060112200116000000029897167

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
CNES: 2458276 - Tel.: 8332185700Impresso 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	Plantão DIURNO	Prontuário 108218

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

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

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

Número Conselho: 2537

Cláudia Brito
CBO



18/04/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=390007&dataInicial=18/04/2018 09:43:18&dataFinal=18/04/2018 09:43:23



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
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 108218	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

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537



172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=390007&dataInicial=18/04/2018%2009:43:18&dataFinal=18/04/2018%2009:43:23

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167>

Número do documento: 20060112200116000000029897167



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 Saida
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:

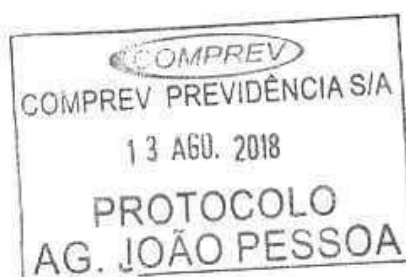
paciente no 3 dia vítima de acidente motociclistico, cursando com fratura de complexo zigomático esquerdo, segue em beg, aguardando regressão do edema pra conduta cirurgica

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





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

Número: _____
Paciente: Railson Ferreira de Andrade
Procedimento: Tto cirúrgico de Reconstrução de
SUS: (☒ Não SUS ()) Orlita
Médico: Dr. Leonardo Pessa

Prontuário: 1075634
Data: 21.04.18
Reposição: _____

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
	Micropilares Oculares 10F 15	01
	Micropilares Oculares 8F 15	01
	Panoplas Autoclaváveis 15x60mm	06
	Panoplas Autoclaváveis 15x70mm	03
	Panoplas Autoclaváveis Emergentes 18x10	01
	Panoplas Autoclaváveis Isométricos 15x7.0	01
	Sistema 3.0	
	Obs: Material controlado porém não usado por problemas técnicos.	

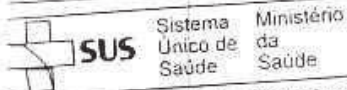
DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
H.E.E.T.S.H.L.

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
Rafael Ferreira de Andrade

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

9 - SEXO
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

11 - TELEFONE DE CONTATO
N.º DO TELEFONE

5 - N.º DO PRONTUÁRIO
1075634

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 - Cód. do procedimento - ANTERIOR

21 - Cód. 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 - Cód. do procedimento principal

30 - Cód. do procedimento especial - 31 - Cód.

33 - Cód. do procedimento especial - 34 - Cód.

36 - Cód. do procedimento especial - 37 - Cód.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 micropexia orbital 10 Fios
01 micropexia orbital 08 Fios
01 micropexia autotransfusão 1,5 x 6 cm
06 micropexia autotransfusão 1,5 x 7 cm
03 micropexia autotransfusão 1,5 x 7 cm
01 micropexia autotransfusão 1,5 x 7 cm

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO
CNS () CPF

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

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO
CNS () CPF

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

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

45 - Cód. órgão emissor

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: RALSON FERNANDES DO PRADO BE/Prontuário: 1075634
Idade: 25 Sexo: (☒) Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 21/04/18
Clínica/Setor: CTSMF EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução do maxila (B)
Cirurgião: Dr. Leonardo Palva 1º Assistente: Dr. Carlos Alves
2º Assistente: Dr. Taurino Nogueira 3º Assistente: Dr. Sérgio Lima
Instrumentador: Dr. Tacio Lima Anestesista: Dr. Sérgio
Tipo de Anestesia: General Horário: Início 09:30 Término 11:50

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução do maxila (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 Palva
Cirurgia Maxilofacial
CRM-PB 4550

João Pessoa, 21/04/18

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) Paciente em DPH sob anestesia local com infiltração maxilomaxilar
Início:	2) Anestesia intra e extra-oral com RPI 400
	3) Aposição dos campos lavadores
	4) Colocação do Tampa Intra-oral (Hóster)
	5) Incisão sublabial com o lábio superior e inferior
	6) Retirada da placa ortodôntica
Achados:	7) Acesso à Furcula
	8) Retirada da Furcula com 1 Microplaca OSTEAL 8F (1.5)
	10F (1.5) / 1 Microplaca OSTEAL 8F (1.5)
	6 Parafusos Auto-retentivos 1.5 x 6.0 / 3 Parafusos
Condução:	Auto-retentivos 1.5 x 7.0 / 1 Parafuso Auto-retentivo 1.5 x 7.0
	1.8 x 7.0 / 1 Parafuso Auto-retentivo 1.5 x 7.0
	Uma (1) Ampla Contorno (Sistema 2.0) Poliamida para Protrusão Tecnic
	5) Sutura de Placas (Vetex 4.0 e Nylon 5.0)
	10) Irrigação copiosa com S.F. U.S.F.
	11) Retirada do Tampa Intra-oral (Hóster)
	12) Fim da Cirurgia
Fechamento:	
Observação:	

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


Dr. Leonardo Paiva
Clínica Maxilofacial
CBO-PB 4550

João Pessoa, 21/08/18

Médico/CRM:

ENGLASCIR 009-13



Nota de Sala Cirúrgica



Nome do Paciente: Robinson Ferreira de Almeida

Idade: 25 **Sexo:** M **Prontuário:** 1075634 **Leito:** 34

Cirurgia: Hc. cirúrgica de Reconstrução de Orelha

Cirurgião: Dr. Leonardo Pimenta

Anestesia: Dr. João Batista

Anestesiista: Gerson

Instrumentador: Residente

Data: 09/09/18 **Inicio Cirúrgico - Anestesia:** 12:00 **Fim:** 12:00

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (American Society of Anesthesiologists): ASA 1 (ASA 1, ASA 2, ASA 3, ASA 4, ASA 5)

Gratidão (Contaminação): 1 - Limpas 1 - Contaminada 1 - Infectada 1 - Potencialmente Contaminada

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALUFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	0.0.1
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	5.0.1
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	401
LIDAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
JELURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVORUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVORUPIVACAÍNA S/ VASO		LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
DECAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X45		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIPROPILENO Nº	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12		FIO SEDA Nº	
NIMBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16		FITA CARDIACA	
PANICURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CATETER DE PIC	
PROPOFOL		AGULHA RAQUÍ Nº25G		CIMENTO CIRÚRGICO	
RAMIFENTANIL		AGULHA RAQUÍ Nº26G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUÍ Nº37G		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SUXAMETÔNIO		ATAADURA DE CREPOM		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATAADURA GESSADA		FIO STEINMAN Nº	
		DOLSA P/ COLOSTOMIA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		HEMOST. ABSORVIVEL	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		KIT DREN. VENTRICULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC. ARTERIAL Nº		PROTESE VASCULAR	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		KIT PAM	
BUOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EXADOR EXTERNO	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			EMPRESA
DIPIRONA SODICA		CERA PARA OSSO			
ETORFINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FEVMEIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALFOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		FLETROGOS		PARAFUSOS MALFOLAR	
ONDASESTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANS SANGUE		PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP			
TENOXICAN		ESPARADRAPO			
		GAZES			
		GAZES ALGODOADAS			
		GEL ELETROLITICO			
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

13 AGR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

01 microplaca orelha 1.5

01 microplaca orelha 0.8x1.5

06 Parafusos orelha 1.56 cm

03 Parafusos orelha 1.57 cm

01 Parafusos orelha 1.8 x 1.5

01 Parafusos orelha 1.5 x 1.5

01 microplaca orelha 1.5 x 1.5



FICHA DE ANESTESIA

DATA 29/04/18

PRONTUÁRIO 1025374

Paciente: **Paulo Ferreira de Andrade**

Idade: **121** RESPIRAÇÃO: **12** TEMPERATURA: **36.8** PESO: **48kg** GRUPO SANGÜÍNEO: **B**

ESTADO GERAL: **REGULAR** DEBILIDADE: **IPSSIMO** RISCO CIRÚRGICO: **BAIXO** RISCO DE MORTALIDADE: **BAIXO**

EXAMES COMPLEMENTARES: **VPM**

AP. RESPIRATORIO: **Estável**

AP. CIRCULATÓRIO: **Estável**

PRE-ANESTÉSICO: **102**

ESTADOMENTAL: **20TE**

PROG. S. E. M. S. O.: **2pm**

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: **I**

CIRURGIA REALIZADA: **Reconturção de órbita**

CIRURGIÃO: **Dr. Leonardo**

AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA:

TERMINO DA ANESTESIA:

DURAÇÃO DA ANESTESIA: **10 min**

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

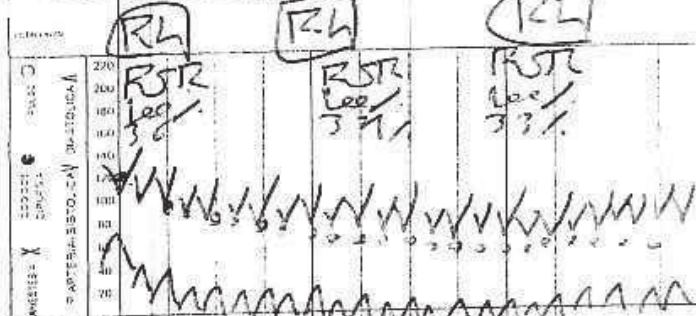
QUANT. DE UI:

VALORES SRS:

ANESTESIA: **Dr. João B. Virgínia**

CRM: **15**

ANESTESIA: **Dr. João B. Virgínia**



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

ANESTESIA LOCAL: ☐ INALATÓRIA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

1. Fentanyl 250mcg
2. Ketorolac 12mg
3. Gloridex 50mg
4. Propofol 150mg
5. Lidocaina 40mg
6. Rocuronio 40mg
7. Sevoflurano
8. Etomidato 2mg
9. Dexametasona 10mg
10. Pancuronio 1mg
11. Vapores 2g
12. Etomidato 10mg
13. Fentanyl 100mcg
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.

Observações: **7g VMC 50% FIO2 50%. Extubado e**

em sala de recuperação

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006011220011600000029897167

Número do documento: 2006011220011600000029897167

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006011220011600000029897167

Número do documento: 2006011220011600000029897167



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 maxilares 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
Cirurgião Buro - Maxilo-Facial

CLARISSA 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.

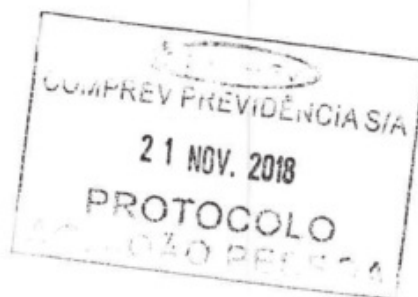
Não há calcificações patológicas.

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.

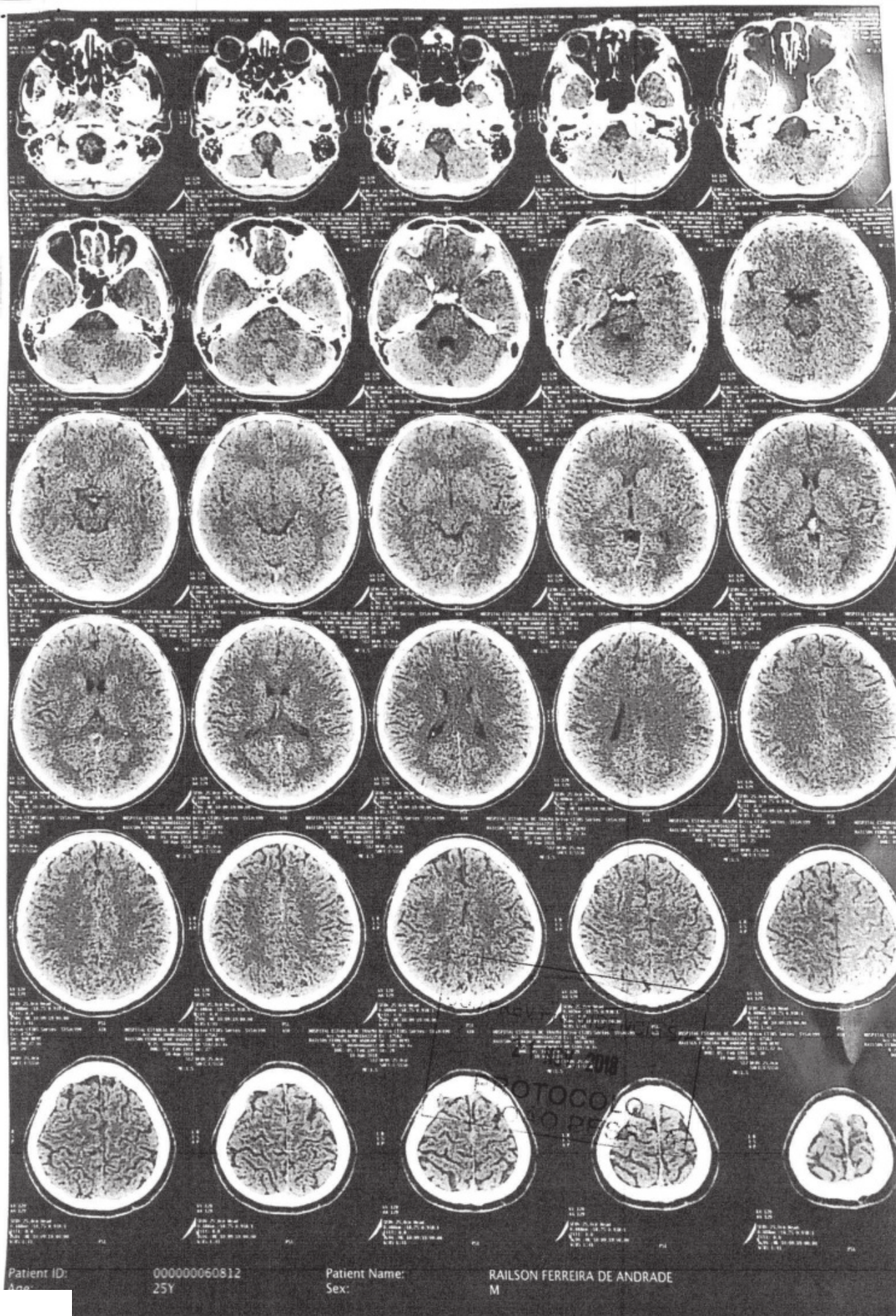


Este laudo foi liberado em 10/08/2018 10:35.



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





**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

FOTOGRAFIA DO TITULAR

COLAR 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 SSDS PB

Lei Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF..... 109.885.774-80 CNH.....

TIT. ELEITOR: 041789701287 SEÇÃO: 0097 ZONA: 007

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 28/01/2011

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego no Paraíba

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



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 23092010 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 109.865.774-80 CNH:

TTT. ELEITOR: 041789701287 SEÇÃO: 0097 ZONA: 007

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

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba



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

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS POR DANOS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTOR DO ESTADO DA PARAIBA - SEGURO DPVAT
NÃO É OBRIGATORIO PARA VEICULO DE TRAFEGO

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.seguradora lider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
25/04/2018

1 06888693430

QFK0074/PB

01084780256

HONDA/POP 110I

ANO FAB.
2016

DATA
9

9C2JB0100GR501768

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$ (R\$)
SEGURO

P A G O

QUOTA ÚNICA

PAGAMENTO
PARCELADO

23/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.960.000/0001-04

20184-1503578-20180425

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 AÇO. 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

SEGURO OBRIGATORIO DE TERCEIROS POR DANOS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTOR DO ESTADO DA PARAIBA - LANCAMENTO 2014
NACIONALIDADE: BRASIL - 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.seguradora lider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2018

25/04/2018

1 06888693430

QFK0074/PB

01084780256

HONDA/POP 110I

2016

9

9C2JB0100GR501768

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$ (R\$)

SEGURO

P A G O

QUOTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

23/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0001 000000000001-04

20184-1503578-20180425

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 AÇO. 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 cranio-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

