



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
<b>RAILSON FERREIRA DE ANDRADE (AUTOR)</b>	<b>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31153 180	01/06/2020 12:20	<a href="#"><u>2722510_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	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:**

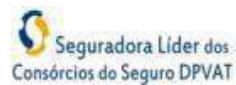
**Observações:**

### 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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 2  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167>

Número do documento: 20060112200116000000029897167

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

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

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

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13238704



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180371368**

Vitima: **RAILSON FERREIRA DE ANDRADE**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

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

- Documentos de identificação ilegível

Pag. 00377/00378 - carta\_03 - INVALIDEZ

00660188  


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**

Carta nº 13241247



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**

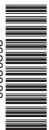
**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Pag. 01795/01796 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050898  


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**

Carta nº 1330259





## 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	Nome completo da vítima
	109.865.774-80	Raílson Ferreira de Andrade

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

Nome completo Raílson Ferreira de Andrade	CPF titular da conta 109.865.774-80	Profissão RECLUSO
Endereço RUA Luiz Vieira	Número 10	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade CAFIM	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 Lider – 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"/> RECLUSO 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGENCIA NRO.	
AGÊNCIA NRO. 1033	D/V	CONTA NRO. 44968	D/V 1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<i>18/08/2018</i>			
<i>PROTÓCOLO</i>			
<i>AG. JOÃO PESSOA</i>			
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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

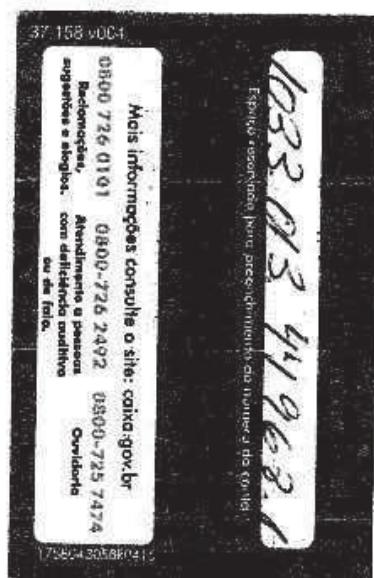
*Raílson Ferreira de Andrade*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







### **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 TÉRCIO G.G. DA TRINDADE, MÉDICO AUDITOR, MATRÍCULA Nº. 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

1/2

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**

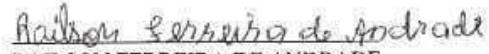


João Pessoa/PB, 11 de agosto de 2018.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

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

  
RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Noticiante



Procedimento Policial: 01227.01.2018.1.01.010

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 9  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167>  
Número do documento: 20060112200116000000029897167



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Raílson Ferreira de Andrade	109.865.774-80	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 realização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Raílson Ferreira de Andrade*  
Local e Data

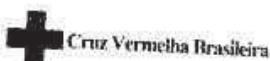
13 AGO. 2018  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*Raílson 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



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

Boletim de Atendimento: 1075634



### Identificação do paciente

ID 1280085	Nome RAILSON FERREIRA DE ANDRADE			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/02/1993	Idade 25 anos 2 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 108218
Mãe NELRILZA FERREIRA DA SILVA				Pai IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE
Escolaridade				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
CBOR				

### 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 MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA	Detalhe do acidente QUEDA / DUTROS

### 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167>

Número do documento: 20060112200116000000029897167

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segredo da conta.

Serviço para pagamento da fatura de energia elétrica - Nº 009.377.765



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-460  
CNPJ 09.095.183 / 0091-48 Insc. Est. 16.015.823-8

### 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

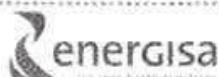
13/07/2018

64

20/07/2018

R\$ 40,23

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



MARIA DO CARMO ALVES BARBOSA

Roteiro: 06-258-809-0240

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



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

20/07/2018

R\$ 40,23

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

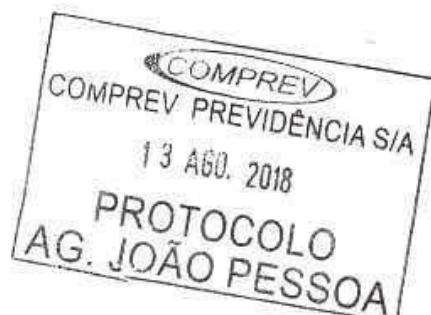
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Cláudio Ferreira da Silva,  
RG nº 3.004.795, data de expedição 27/08/2011  
Órgão SSDS/PB portador do CPF nº 06887693430, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA ISABEL CRISTINA, nº 26A  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Raílson Ferreira de Andrade, cujo o condutor era  
Raílson Ferreira de Andrade.

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda / Gol 1101  
Ano: 2016  
Placa: 8F/K 0074/18  
Chassi: 9L2JTB010062501768  
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)





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 vitima 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 SATISFAATORIAMENTE, 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

Clárisa Barbosa Campeão  
CRM-PB: 2537 - PBCLARISSA BARBOSA CAMPEÃO  
GALVÃO  
CRM: 2537 - PB



## 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			
Escolaridade		Pai IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991665245	Responsável (Paretesco) IVANILDO LOURENCO DE ANDRADE - PAI	
Tipo documento	Número documento	DDD Fixo	Fone Fixo
Local de procedência CAPIM		Nº Cris 702706102765960	
Email	Naturalidade RIO TINTO	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro LUIZ VIEIRA
Número 114	Complemento		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 100005164911	Centro SUS
------------------------------------	------------------------------------	---------------

Especialidade

CIRURGIA GERAL

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	Veículo 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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	RAILSON FERREIRA DE ANDRADE	BAE	1075634	Data/Hora Entrada	14/04/2018 04:30:21	Data Baixa
Data de nascimento:	05/02/1993	Idade:	25a 2m 10d	Sexo:	CNS Masculino	Telefone de Contato: (83) 991665245
Mãe	NELRILZA FERREIRA DA SILVA					Frontuário
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 (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

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=263179&pesquisa=S&perform=imprimirPr

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 18  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167

Número do documento: 20060112200116000000029897167



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 mandibulares

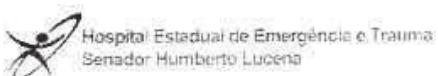
#### Conduta

Em observação

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

OTAVIO BRUNO ORISI LOPES DE MENDONCA  
(-4149/PB)





## 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 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 <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>RUI MEDEIROS JUNIOR</b>	Nº Cons. Regional <b>5518/PB</b>
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 /O MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO E SEM S/ ARAMENTOS 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 (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

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

## EXAME LABORATORIAL

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
13 AGU. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



R2  
pesquisasS&pe

## EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINA 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

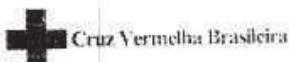
## Conduta

Em observação

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

Dr. Rui Medeiros, PhD  
Cirurgia Geral, Maxilo-Facial  
CRMPE 22227 - Ortopedia 5518  
RUI MEDEIROS JUNIOR  
( 5518/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 06/02/1993	Idade 25a 2m 9d	Sexo Masculino	CNS 702706102765960
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.

XX MÃOS : SEM ALTERAÇÕES AGUDAS

CONDUTA: ALTA DA ORTOPÉDIA / 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  
Ortopedia de Icônico  
CRM 6827 TEC/14267

RAILSON FERREIRA DE ANDRADE

INDALECIO PACELLI FERNANDES  
(CRM: 6827/PB)



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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Huntíbeto 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	Data/Hora Entrada	Data Baixa
		1075634	14/04/2018 04:30:21	
Data de nascimento	05/02/1993	Idade	CNS	Telefone de Contato (83) 991665245
		25a 2m 9d	Masculino	702706102765960
Mãe	NELRILZA FERREIRA DA SILVA			Prontuário
Endereço	LUIZ VIEIRA, 114	Bairro	CAPIM	UF PB
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GABRIELA ALBUQUERQUE BATISTA DE ARAUJO
Data/Hora Classificação	14/04/2018 04:30:21		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional 10452/PB
			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 inocente  
bacia estavel  
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), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE BACIA

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

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

## CID10

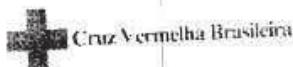
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

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

Dra. Gabriela Albuquerque  
Médica Residente Cirurgia Geral  
CRM 10452



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700



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

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

### Evolução médica (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.

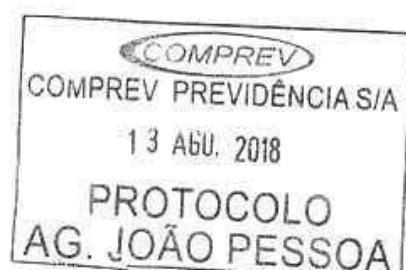
Paciente segue a URPA sob os cuidados da equipe de enfermagem, anestesiologia e Cirurgia BMF.

CD: 1- Orientações;  
2- Prescrição hospitalar;  
3- Aos cuidados da CTBMF;

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: 0002  
Profissional responsável pela informação: LEONARDO COSTA DE ALMEIDA PAIVA

Dr. Leonardo Paiva  
Cirurgia Maxilofacial  
CRO-PB 4550

Número Conselho: 4550





Cruz Vermelha Brasileira

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

Paciente: <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>	Prontuário <b>702706102765960</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Plamão: <b>DIURNO</b>

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

PROCEDIMENTO

Descrição da evolução:

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

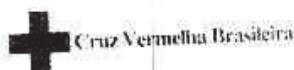
Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

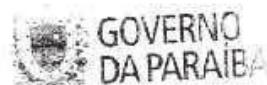
CRITICO  
CRITICO  
CRITICO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: CLARISSA  
BARBOSA CAMPELO  
GALVÃO  
Em: 20/04/2018 10:13:05

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
<b>RAILSON FERREIRA DE ANDRADE</b>	<b>1075634</b>	<b>14/04/2018 04:30:21</b>	
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 MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO - 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 amarra

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

Número Conselho: 2537



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 26

<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 LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAINTERNO, S/N -  
CNES: 454546 - Tel.:Impresso por: CLARISSA  
BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
Em: 18/04/2018 09:43:23

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

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

PROCEDIMENTO:

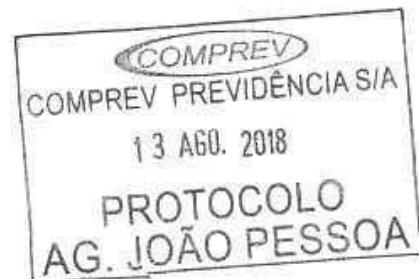
Descrição da evolução:

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

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		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
RAILSON FERREIRA DE ANDRADE		1075634	14/04/2018 04:30:21	
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:

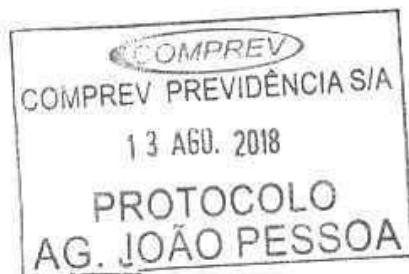
Descrição da evolução:

paciente no 3 dih vitima 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





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

Número: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Raíson Ferreira de Andrade  
 Procedimento: Tto Cinturão de Reconstrução da  
 SUS:  Não SUS:   
 Médico: Dr. Leonandro Pava C.átila

Pontuário: 1075634  
 Data: 21/04/18  
 Reposição: \_\_\_\_\_

**DISPENSAÇÃO CME**

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
	Microflock C.átila 10F 15	01
	Microflock C.átila 8F 15	01
	Parafuso Autotensão 15x6,0mm	06
	Parafuso Autotensão 15x7,0mm	03
	Parafuso Autotensão em fio 18x10	01
	Parafuso Autotensão com 15x7,0	01
	DRS. Muita certeza porque não temos não problemas técnicos.	

**DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA**

FORNECEDOR	DESCRÍÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE

Dr. Leonandro Pava  
 Cirurgia Maxilofacial  
 CRM-PB 4550

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

COMPREV  
PREVIDÊNCIA S/A

13 ABR. 2018

PROTÓCOLO  
AG  
JOÃO  
PESSOA

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

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
H.E.E.T.S.H.L.					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N. DO PRONTUÁRIO			
Raíssa Ferreira de Andrade		1075634			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
		/ / / /		Masculino	Feminino
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - N. DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE / MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I			31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO EXECUTADO	
				32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO EXECUTADO	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p>Et b Muito levar porem uso especial por profissão técnico:</p> <p>01 microplaca ondul 10 Furos 01 microplaca ondul 08 Furos 1.5 06 Parafusos auto escavadas 1.5 x 6.0 mm 03 Parafusos auto escavadas 1.5 x 7.0 mm 01 Parafuso ondulado escavadas inferior 1.8 x 7.0 mm 01 Parafuso auto escavadas 1.5 x 7.0 mm</p> <p>AG. PROTOCOLO JOÃO PESSOA</p> <p>PROFISSIONAL SOLICITANTE</p>					
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
		21/04/18			
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
ICNS	ICPF				
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
				21/04/18	
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
ICNS	ICPF				





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Ronaldo Fernandes do Nascimento BE/Prontuário: 1075634  
 Idade: 25 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 21/04/18  
 Clínica/Setor: CTBMF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ressecção do Óbita (B)  
 Cirurgião: Dr. Leonardo Paiva 1º Assistente: Dr. Luciano Nunes  
 2º Assistente: Dr. Taunay Nogueira 3º Assistente: Dr. Suelio Torres  
 Instrumentador: Dr. Taunay Nogueira Anestesista: Dr. Suelio  
 Tipo de Anestesia: General Horário: Início 01:50 Término 01:55

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do Confluo Zona Íntima (B)</u>	<u>502.4</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção do Óbita (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 Paiva*  
Cirurgião-Médico Geral  
CRM-PB 4550

João Pessoa, 21/04/18

COMPREV  
13 AGO. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

F(NG).ASCIR.009-1



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>1) Paciente em DPH sem anestesia local com injeções anestésicas locais.</p> <p>2) Anestesia intramucosa com RPI 70%</p> <p>3) Ajuste dos campos cirúrgicos.</p>
Incisão:	<p>4) Colocada a Tamponada nasal (A óxido)</p> <p>5) Incisão subperiosteal elevando o tecido até formar um retalho frágil com a ossificação óssea.</p> <p>6) Ressecando a mucosa nasal.</p>
Achados:	<p>7) Noto a fratura 8) Raspagem da fratura com 1 raspador de 10 mm (15) / 1 escova dental 8 mm (15)</p> <p>9) 6 parafusos Acrílicos 1.5 x 6.0 / 3 anelar</p>
Conduta:	<p>10) Anelar 3.5 x 2.0 / 1 parafuso Acrílico 5mm x 1.8 x 7.0 / 1 parafuso Acrílico 1.8 x 7.0</p> <p>VIVA (1) MOLHA CONTATO (5mm) 2,0) Peler NÃO USAR SORVETE TÉRMICO</p> <p>11) Sutura Br. Plano (Vicryl 4.0 + Náilon)</p> <p>12) Irrigação copiosa com S. F. U. S.</p> <p>13) Retirada do Tamponada nasal (A óxido)</p> <p>14) Fim da cirurgia.</p>
Fechamento:	
Observação:	
Médico/CRM:	<p>Dr. Leonardo Pajiva CRM-PE 4550</p> <p>JOÃO PESSOA</p>

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

João Pessoa, 21/07/2020

FICHA CIRÚRGICA



## Nota de Sala Cirúrgica



DATA	27/04/2015	TIPO CIRÚRGICO	ANESTESIA	INICIO	TIME	CIRURGIA	INICIO	TIME
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	ASA V	ASA VI	ASA VII	ASA VIII
GRADIS DE CONTAMINAÇÃO (LIMPIDA) / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA	LIMPIDA	CONTAMINADA	INFECTADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.			MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA				JELCO N°18		FIOS CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOÁRICA				JELCO N°20		FIOS CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO N°22		FIOS DE AÇO N°		
CETAMINA				JELCO N°24		FIOS DE AÇO N° 0.0 1		
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIOS DE NYLON N° 5.0 1		
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11		FIOS DE NYLON N°		
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI N°15		FIOS DE NYLON N°		
FENTANILA		PVPI DEGERANTE	OK	LÂMINA BISTURI N°23		FIOS POLIGLACTINA N°		
UMAZOLINE		PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI N°24		FIOS POLIGLACTINA N°		
ÓFLURANO		PVPI TÓPICO	OK	LÂMINA DE DERMATOMO		FIOS POLIGLACTINA N°		
LEVOCOPIVACAÍNA C/ VASO		SABÃO ANISETÓICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIOS POLIPROPILENO N°		
LEVOCOPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	NT	FIOS POLIPROPILENO N°		
OCAINA C/ VASO		AGULHA 13X45		LUVA ESTERIL N°7.0		FIOS POLIPROPILENO N°		
LIDOCAINA S/ VASO		AGULHA 25X07	1	LUVA ESTERIL N°7.5	NT	FIOS POLIGLICAPRONE N°		
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08	1	LUVA ESTERIL N°8.0	1	FIOS SEDA N°		
MORFINA		AGULHA 40X12	1	LUVA ESTERIL N°8.5		FITA CARDIACA		
NIMBUUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA	NT	MATERIAL ESPECIAL	QTD.	
PANCRÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVIAS		CATETER DE PIC		
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO		
PROPOFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°10		CLIP TITÂNIO LIGADURA		
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°1		FIOS DE KIRSCHNER N°		
RICURÔNIO		AGULHA RAQUI N°70		SERINGA 1ML		FIOS DE KIRSCHNER N°		
SEVOFLURANO		AL GODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	1	FIOS STEINMAN N°		
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	1	FIOS STEINMAN N°		
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA	1	SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO		
MEDICAÇÕES	QTD.	DOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL		
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR		
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR		
ATROFOPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	1	PIT PAM		
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		PINADOR EXTERNO		
ZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA		
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2VIAS N°14				
DIPRIBONA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais		
ESTORINA		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais		
SEMDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	NT	SONDA LIRETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	NT	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO		
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENÍROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	75	PARAFUSOS MATELAR		
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MATELAR		
LIDOCAINA GELÉIA		ELETROGIDS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA		
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1			PLACA		
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE						
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS						
PROTAMINA		ESPONHA DE PVF	1			EQUIPAMENTOS		
TEFOXICAN		ESPARADRAPO	OK	FIOS	QTD.	ASPIRADOR		
01 microplast oxitot 15		GAZES	OK	FIOS ALGODÃO S/A N°		ASPIRADOR ELETROL		
01 microplast oxitot 15		GAZES ALGODOADAS	OK	FIOS ALGODÃO S/A N°		CAPILOGRAFO		
01 microplast oxitot 15		GEL ELETROLITICO		FIOS ALGODÃO S/A N°		ECOLOMONITOR		
01 microplast oxitot 15		JELCO N°14		FIOS ALGODÃO C/A N°		ESTIBRILADOR		
06 Parafusos autolocante 1.560 mm		JELCO N°16				FIOS AUXILIAR		
03 Parafusos autolocante 1.510 mm						FIOSO CENTRAL		
01 Parafuso autolocante em gesso 1.8 x 7.0 mm						MICROSCOPIO		
01 Parafuso autolocante 1.5 x 7.0 mm						OXÍMETRO DE PLSO		
01 Parafuso autolocante 1.5 x 7.0 mm						PAK INVASIVA		
01 Parafuso autolocante 1.5 x 7.0 mm						PARAFURADOR ELÉTRICO		
01 Parafuso autolocante 1.5 x 7.0 mm						SERRA		
01 Parafuso autolocante 1.5 x 7.0 mm						CIRCUITANTE		

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

13 AGO. 2018







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 SATISFACTORIAMENTE, 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 - Medic. FariaCLARISSA BARBOSA CAMPELO  
GALVÃO  
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.

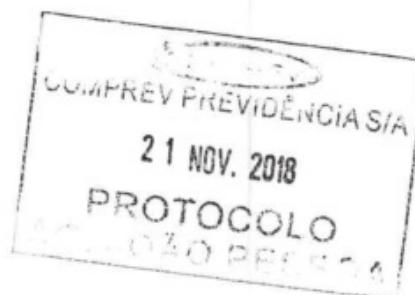
Não há calcificações patológicas.

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.

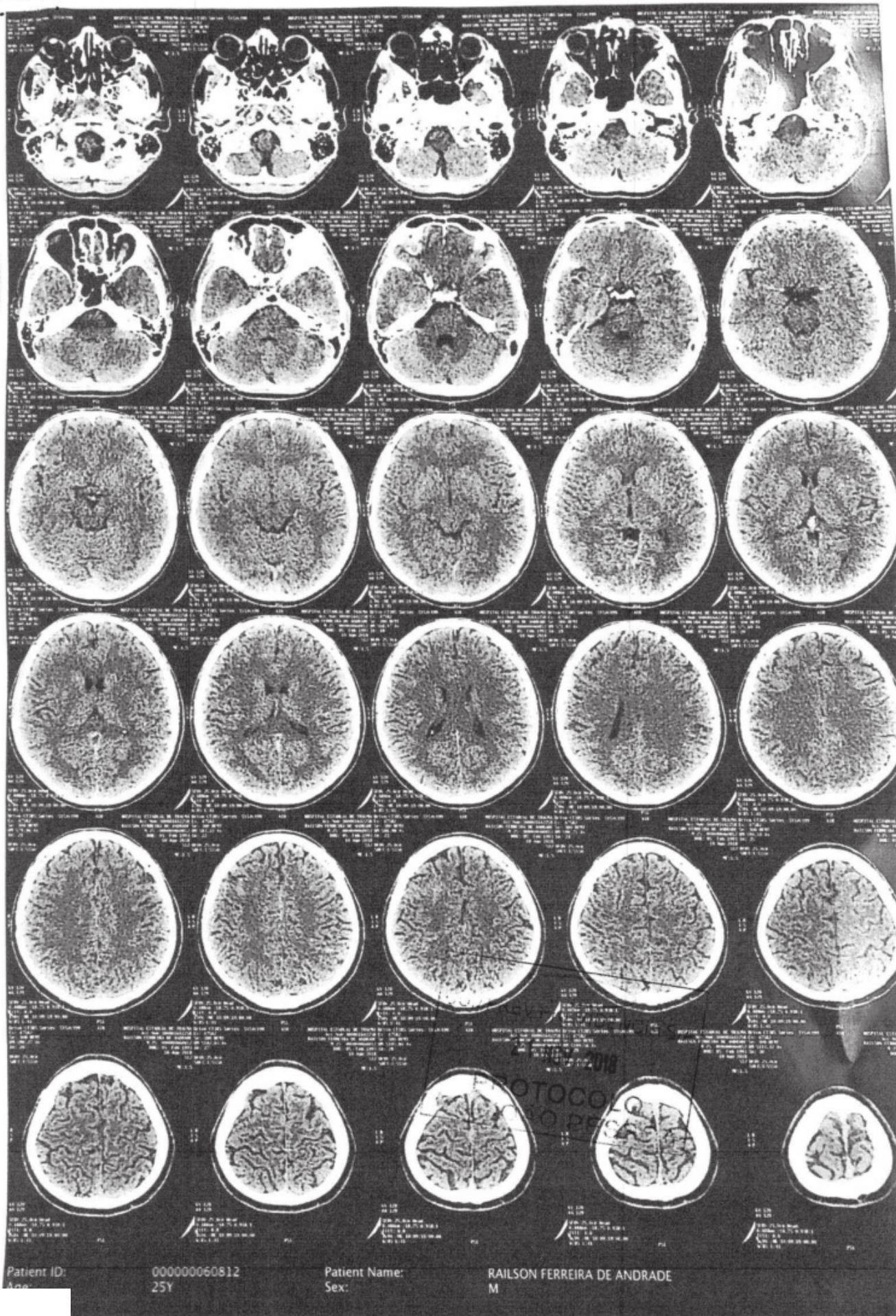


Dr. Phydias L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:20:01, SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:19:24 Num. 31153180 - Pág. 36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112200116000000029897167>

Número do documento: 20060112200116000000029897167



Patient ID:  
Age:

000000050812  
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

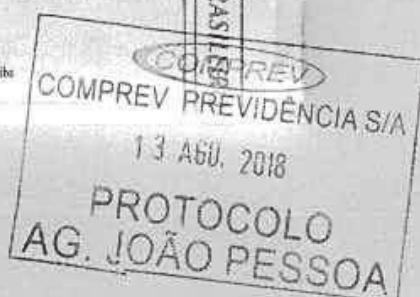
6159010

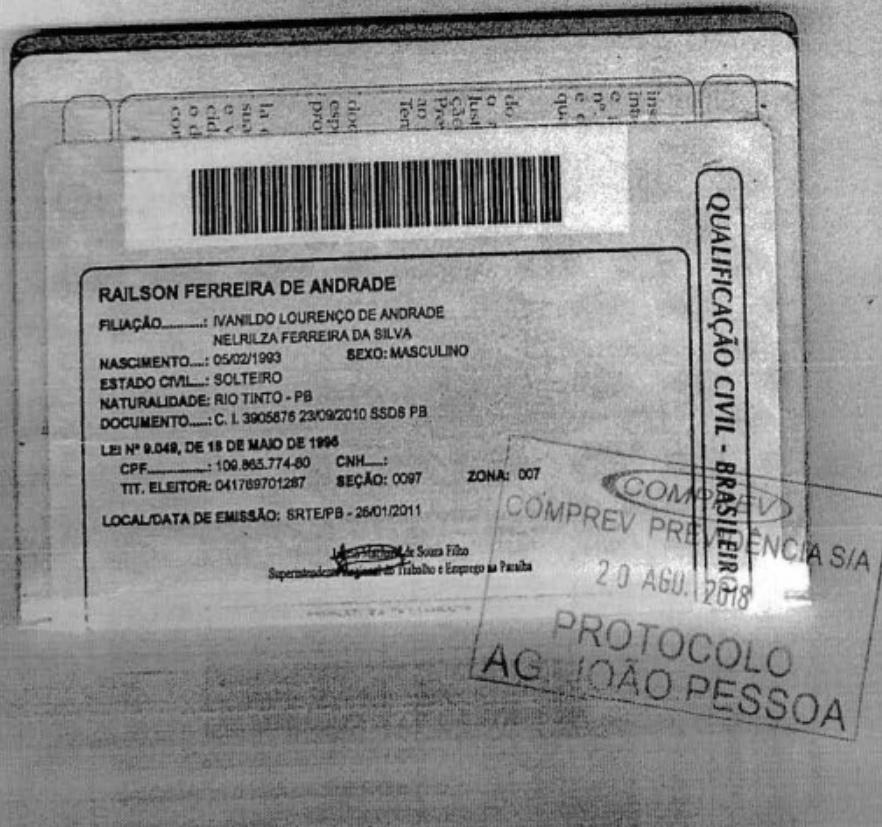
0030

PB

ASSINATURA DO TITULAR

POLIGAR DIREITO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 0043553359

DETRAN - PB N° 013930323132  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
P.R.T 20180000165538-1

1 0108478025-6 00/00000000 2018  
JOSE CLAUDIO FERREIRA DA SILVA

06888693430 QFK0074/PB  
NOVO PB 9C2JB0100GR501768

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC CARBURANTE  
HONDA/POP 110I 2016 2016  
2 P/109 /CI PARTIC PRETA  
00/00/0000 00/00/0000  
\*\*\*\*\* 0  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 23/04/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - PB 41939 25/04/2018 20184

ESTE DOCUMENTO CONFIRMA OS DADOS DE SEU VEÍCULO  
ALTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS  
HABENDO PAGO O PREÇO DE SEU SEGURO DPVAT

PB N° 013930323132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXPEDIÇÃO 2018 25/04/2018

1	06888693430	QFK0074/PB
REINARIA	01084780256	MARCA / MODELO
ANO FAB.	9	Nº CHASSI
2016	9C2JB0100GR501768	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****
VALOR DO SEGURO (R\$) *****	VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****
FORMA DE PAGAMENTO SÓLIDA UNICA	VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****
SEGURADORA LÍDER - DPVAT www.seguradoraled.com.br		

20184-1503578-20180425



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 0043553359

DETRAN - PB N° 013930323132  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
P.R.T 20180000165538-1

1 0108478025-6 00/00000000 2018  
JOSE CLAUDIO FERREIRA DA SILVA

06888693430 QFK0074/PB  
NOVO PB 9C2JB0100GR501768

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC CARBURANTE  
HONDA/POP 110I 2016 2016  
2 P/109 /CI PARTIC PRETA  
00/00/0000 00/00/0000  
\*\*\*\*\* 0  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 23/04/2018

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - PB 0 25/04/2018  
41939  20184

ESTE DOCUMENTO CONFIRMA OS DADOS DE SEU VEÍCULO  
ALTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS  
HABENDO PAGO O PREÇO DE SEU SEGURO DPVAT

PB N° 013930323132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXPEDIÇÃO 2018 25/04/2018

1	06888693430	QFK0074/PB
REINARIA	01084780256	MARCA / MODELO
ANO FAB.	9	Nº CHASSI
2016	9C2JB0100GR501768	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****
VALOR DO SEGURO (R\$) *****	VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****
FORMA DE PAGAMENTO SÓLIDA UNICA	VALOR (R\$) *****	VALOR (R\$) *****
SEGURADORA LÍDER - DPVAT www.seguradoradpvat.com.br		
23/04/2018		

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

**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

