

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

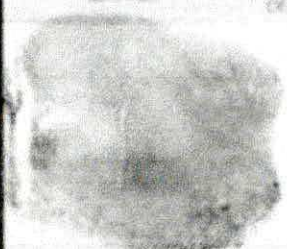
ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-917




*Josemar Oliveira dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.513.167 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/10/2013

NOME JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ SEVERINO DOS SANTOS  
MARIA DE LOURDES OLIVEIRA DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
JOÃO PESSOA-PB 24/11/1991

DOC ORIGEM

NASC.N.4.613 FLS.53/54 LIV.A-6  
CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB

086.169.324-88

LEI Nº 7.116 DE 29-08-93

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Flaviana da Silva Câmara

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josemar Oliveira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.169.324 / 88

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Josemar Oliveira dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.169.324 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                   |                            |                    |                                    |
|-----------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------------------|
| Endereço: <u>Rua da República</u> |                            | Número: <u>390</u> | Complemento: _____                 |
| Bairro: <u>Centro</u>             | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u>  | CEP: <u>58010-180</u>              |
| E-mail: _____                     |                            |                    | Tel. (DDD): <u>(83) 98873-0310</u> |

Local e Data:

João Pessoa, 07/01/2020

Flaviana da Silva Câmara

Assinatura do Declarante

**ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA**  
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

**REAVISO DE CONTA**

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicilio:

971 Medidor: 00008162616

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS



JOSE SEVERINO DOS SANTOS  
RUA CLARA NUNES, S/N - PARATIBE  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 5)



Ligação MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 15 - 5 - 582 - 2380 Referência: Nov / 2019  
Medidor: 00008278693 Emissão: 25/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.086.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº034.743.932  
Cód. para Déb. Automático: 00010658391

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI            |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------------------|
| Nov / 2019        | 25/11/2019   | 24/12/2019                       | 095.566.214-16<br>Insc Est |

UC (Unidade Consumidora): 5/1065839-1

#### Canal de contato

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

| Anterior         | Atual           | Constante        | Consumo         | Dias          |
|------------------|-----------------|------------------|-----------------|---------------|
| Data<br>24/10/19 | Leitura<br>8141 | Data<br>25/11/19 | Leitura<br>8240 | 1<br>98<br>32 |

#### Demonstrativo

| CCI                    | Descrição                  | Quantidade           | Tarifa   | Valor Base Calc. Aliq. | ICMS (R\$) | Base Calc. Pto (R\$) | Colins (R\$)        |
|------------------------|----------------------------|----------------------|----------|------------------------|------------|----------------------|---------------------|
|                        |                            | Tributos Total (R\$) |          | ICMS (R\$)             | ICMS       | Pto/Colins (R\$)     | (0,8397%) (2,8679%) |
| 0601                   | Consumo em kWh             | 99.000               | 0,775890 | 76,81                  | 76,81      | 25                   | 19,21               |
| 0601                   | Adic. B. Amarela           |                      |          | 0,41                   | 0,41       | 25                   | 0,10                |
| 0601                   | Adic. B. Vermelha          |                      |          | 4,58                   | 4,58       | 25                   | 1,14                |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                            |                      |          |                        |            |                      |                     |
| 0807                   | CONTRIB SERV ILLUM PÚBLICA |                      |          | 3,27                   | 0,00       | 0                    | 0,00                |

|                                      |          |       |       |       |       |      |      |
|--------------------------------------|----------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| CCI: Código de Classificação do Item | TOTAL    | 85,07 | 81,80 | 20,45 | 81,80 | 0,88 | 3,19 |
| Tarifa s/ Tributos                   | 0,545400 |       |       |       |       |      |      |

Média últimos meses (kWh)

102

#### VENCIMENTO

02/12/2019

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 85,07

#### Histórico de Consumo (kWh)

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 74     | 114    | 111    | 111    | 115    | 103    | 105    | 105    | 87     | 89     | 109    | 97     |
| Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19 | Out/19 |

#### RESERVADO AO FISCO

c796.ab7e.d58b.f3e4.797f.6e3c.1edb.f7c5.

#### Indicadores de Qualidade 9/2019 - Paratibe

|                | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V)                               |
|----------------|------------------|---------|----------------------------------------------------|
| DIC MENSAL     | 5,19             | 0,00    | NOMINAL 220                                        |
| DIC TRIMESTRAL | 10,38            |         |                                                    |
| DIC ANUAL      | 20,77            |         |                                                    |
| FIC MENSAL     | 3,30             | 0,00    | CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231 |
| FIC TRIMESTRAL | 6,60             |         |                                                    |
| FIC ANUAL      | 13,20            |         |                                                    |
| DMIC           | 2,94             | 0,00    |                                                    |
| DICRI          | 12,22            |         |                                                    |

#### Composição do Consumo

| Discriminação                    | Valor (R\$) | %      |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. da Energisa/PB | 20,89       | 24,67  |
| Compra de Energia                | 30,25       | 35,59  |
| Serviço de Transmissão           | 3,12        | 3,67   |
| Encargos Setoriais               | 3,15        | 3,70   |
| Impostos Diretos e Encargos      | 27,58       | 32,49  |
| Outros Serviços                  | 0,00        | 0,00   |
| Total                            | 85,07       | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref 9/2019) R\$ 17,35

#### ATENÇÃO

Faturas em atraso



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 086169324-88 3 - CPF da vítima: 086169324-88 4 - Nome completo da vítima: Joemar Oliveira dos Santos

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

5 - Nome completo: Joemar Oliveira dos Santos 6 - CPF: 086169324-88  
7 - Profissão: autônomo microempresário 8 - Endereço: Rua Nuno 9 - Número: 5/n 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98873-0310

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR, CURADOR, TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 31420 CONTA: 00125695  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
**192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/004, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2218423, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS** idade 26 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto)** no dia 06/10/2018, na Rua Brasilino Alves da Nóbrega, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 23:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Novembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00374.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00374.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:22 horas do dia 10 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Josemar Oliveira dos Santos**, CPF nº 086.169.324-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar Administrativo, filho(a) de Maria de Lourdes Oliveira da Silva e Jose Severino dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/11/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Clara Nunes, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Santa Barbara, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-0902.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Brasilino Alves da Nóbrega, Ladeira de Mangabeira., João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/10/18 23:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 06/10/2018, POR VOLTA DAS 23:50, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2015, PLACA NQK-6152/PB E CHASSI 9C2KD0800FR010437, PERTENCENTE AO PRÓPRIO NOTIFICANTE NA RUA BRASILINO ALVES DA NÓBREGA, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, QUANDO O PILOTO DE UMA MOTOCICLETA 50CC ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA CRUZOU A VIA DE ROLAMENTO POR ONDE ESTE NOTIFICANTE ESTAVA TRAFEGANDO VINDO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DO MESMO, O QUE PROVOCOU A QUEDA DESTES NOTIFICANTE; QUE ESTE NOTIFICANTE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ATENDENDO O REQUERIMENTO 808/004 SOB PROTOCOLO 2218423; QUE CHEGANDO AO HOSPITAL DE TRAUMA FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM OS SEGUINTE CID'S: S02.6, S52.5, S36.3, S36.4 E J91, CONFORME LAUDOS MÉDICOS DAQUELE HOSPITAL CONSTANTES NO BOLETIM DE ATENDIMENTO 1113604; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
P A R A Í B A



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

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS  
Noticiante

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

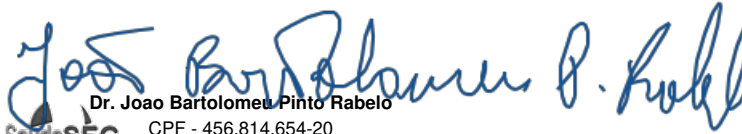
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200007769  
Nome do(a) Examinado(a): Josemar Oliveira dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Clara Nunes, S/N  
Paratibe Joao Pessoa PB CEP: 58064-360  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 3513167  
Data local do acidente: [ 06/10/2018 ]  
Data local do exame: [ 17/01/2020 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE MANDÍBULA+FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO+DERRAME PLEURAL + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO DE ALÇA INTESTINAIS.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA E SUTURA DE ALÇAS, REALIZADO TORACOTOMIA COM DRENAGEM FECHADA, REALIZADO TRATAMENTO DA FRATURA DA MANDÍBULA E TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.**  
**Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.**  
**Data da Alta: 25/01/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA E TORACOTOMIA, EXAME TORACICO PRESERVADO. DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO (APROX 45 GRAUS), LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM < 1,5CM, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL ÀS ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS. DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO PUNHO ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>( ) "Vítima em tratamento"</b><br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p><b>( ) "Sem sequela permanente"</b><br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</b><br/>% do dano: <b>(X) 10% residual</b> ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>PUNHO - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 086169324-88 3 - CPF da vítima: 086169324-88 4 - Nome completo da vítima: Joemar Oliveira dos Santos

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

5 - Nome completo: Joemar Oliveira dos Santos 6 - CPF: 086169324-88  
7 - Profissão: autônomo microempresário 8 - Endereço: Rua Adm. Niterói, 140 - Lagoa Nunes  
9 - Número: 577 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Valentina 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98873-0310

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 31470 CONTA: 00125695  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vítima 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200007769**

**Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 06/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200007769**

**Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 06/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 3.037,50 |

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 3.037,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000003141-0**

**Conta: 0000012569-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.



---

**Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200007769**

**Vítima: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 06/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.037,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03141-0

CONTA: 000000012569-5

Nr. Autenticação

BRDESCO2901202005000000000023703141000000012569303750 PAGO

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Josemar Oliveira dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão aux. administrativo, residente e domiciliado à Rua Clara Nunes, nº D/n, bairro Paratibe, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 58055-010, portador(a) do Rg nº 3.513.164, SSP/PB e CPF nº 086.169.329-88.

**Outorgado:** Flamiana da Silva Amorim, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 390, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep.: 58055-010, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/PB e CPF nº 048.049.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josemar Oliveira dos Santos, ocorrido em 06/10/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, de 06 de 01 de 2019.

**CARTÓRIO**  
  
**VIEIRA BATISTA**

Josemar Oliveira dos Santos  
Outorgante  
CPF Nº 086.169.329-88

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**CARTÓRIO**  
**VB**  
**VIEIRA BATISTA**

**2º OFÍCIO DE NOTAS**  
DISTRITAL DE MANGABEIRA

Br. Rômulo Vieira Batista  
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangabé - João Pessoa - PB  
CEP: 58055-010 - Fone: (33) 3239-6119 / 3239-6120

**RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-000524**

Reconheço por autenticidade a firma de:  
JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Dou fe', em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 06/01/2020 11:01:06  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,61  
SELO DIGITAL: AJO83392-2R3C  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

MARICLEIDE ALEXANDRE DA SILVA MORAIS - ESCRIVENTE AUTO

**UNICO NOTARIAL**  
2º Ofício  
Distr. de Mangabé  
João Pessoa - PB  
**VIEIRA BATISTA**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0007029/20

**Vítima:** JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

**CPF:** 086.169.324-88

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/10/2018

**Titular do CPF:** JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS : 086.169.324-88

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA.  
TRAUMA FECHADO TORÁCICO.  
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA PRÉVIA.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM MANDÍBULA; DRENAGEM TORÁCICA; LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA REALIZAÇÃO DE RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.2,6,13-15,18(BAM) P.4(RELATÓRIO) P.10(ALTA) P.29(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

11229

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1113604



## Identificação do paciente

|                                       |                             |                  |                          |                 |           |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| Nome                                  | JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS |                  |                          | Sexo            | Masculino |
| Data de nascimento                    | Idade                       | Estado civil     | Religião                 | Prontuário      |           |
| 24/11/1994                            | 26 anos 10 meses 13 dias    | SOLTEIRO(A)      | CATOLICA                 | 88173           |           |
| Mãe                                   |                             |                  | Pai                      |                 |           |
| MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA |                             |                  | JOSE SEVERINO DOS SANTOS |                 |           |
| Escolaridade                          |                             |                  | Responsável (Parentesco) |                 |           |
| SUPERIOR INCOMPLETO                   |                             |                  | O PAI - PAI              |                 |           |
| DDD Móvel                             | Fone Móvel                  | DDD Fixo         | Fone Fixo                |                 |           |
| 83                                    | 87426995                    | 83               | 87250824                 |                 |           |
| Tipo documento                        |                             | Número documento |                          | Nº Cns          |           |
|                                       |                             |                  |                          | 701203053677513 |           |
| Local de procedência                  |                             |                  | Tipo                     |                 | UF        |
| UPA DO VALENTINA                      |                             |                  | UNIDADESAUDE             |                 | PB        |
| Email                                 |                             | Naturalidade     |                          | CBO/R           |           |
|                                       |                             | JOAO PESSOA      |                          |                 |           |

## Endereço

|          |                          |                         |                         |
|----------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| CEP      | Município de residência  | UF                      | Logradouro              |
| 53033000 | JOAO PESSOA              | PB                      | Flodoaldo Peixoto Filho |
| Número   | Complemento              | Bairro                  |                         |
| 38       | COMUNIDADE SANTA BARBARA | Valentina de Figueiredo |                         |

## Admissão

|                        |                         |                     |
|------------------------|-------------------------|---------------------|
| Data e Hora            | Número da pulseira      | Convênio            |
| 27/10/2018 01:19:36    | 1000006279270           | SUS                 |
| Especialidade          | Clinica                 |                     |
| QUIRURGIA GERAL        |                         |                     |
| Classificação de risco |                         | Origem do paciente  |
|                        |                         | RUA                 |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento   | Detalhe do acidente |
|                        | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | MOTO X MOTO         |

## Indicadores e Transporte

|                    |                  |                    |        |
|--------------------|------------------|--------------------|--------|
| Caso policial      | Plano de saúde   | Veio de ambulância | Trauma |
| Não                | Não              | Não                | Não    |
| Meio de transporte | Quem transportou |                    |        |
| SAFARI             |                  |                    |        |

## Sinais Vitais

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

## Exames complementares

|                                                                                                                                                            |           |          |       |           |        |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------|-----------|--------|--------------------|
| Rato X []                                                                                                                                                  | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos                                                                                                                                             |           |          |       |           |        |                    |
| <p>paciente DA ENTRADA PO SANGUE TUBO<br/>         DE SAUDE LOCAI HITEM DO ACIDENTE<br/>         COMO COMUM, OCULTADO, SEU V. 9.<br/>         SINTOMAS</p> |           |          |       |           |        |                    |
| Diagnóstico                                                                                                                                                |           |          |       |           |        | CID                |
| Atendido por                                                                                                                                               |           |          |       |           |        | Tempo              |
| YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA                                                                                                                     |           |          |       |           |        | 01min 12seg        |

Impressão



**AREA VERMELHA**

 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel:  
 CNES: 6121221

|                                                                           |                                          |                                                    |                                                 |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                            |                                          | BAE<br><b>1113604</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data Baixa                                                  |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>                                   | Idade<br><b>26a 10m 13d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 87426995 / (83) 87250824</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                       |                                          | Prontuário<br><b>88173</b>                         |                                                 |                                                             |
| Endereço<br><b>Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA</b> |                                          | Bairro<br><b>Valentina de Figueiredo</b>           | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                 | UF<br><b>PB</b>                                             |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>ALISSON CORDEIRO MOREIRA</b>    | Nº Cons. Regional<br><b>10942/PB</b>            |                                                             |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>                     |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>07/10/2018 01:42:17</b> |                                                 |                                                             |

**anamnese**

PACIENTE TRAZIDO POR SAMU COM RELATO DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM FACE. RELATA PERDA DE CONSCIENCIA MOMENTANEA. REFERE USO DE CAPCETE. NEGA INGESTÃO DE BEBIDAS ALCOOLICAS. RESENTA FERIMENTO EM FACE (MENTO E CAVIDADE ORAL). REFERE TAMBEM DOR EM OMBRO E PUNHO ESQUERDO.

PACIENTE SONOLENTO. EGR. HIPOCORADO.  
 REFERE ALERGIA A BEZETACIL E TRATAMENTO CIRURGICO DE ULCERA PEPTICA.

VIAS AEREAS PERVIAS. SEM CERVICALGIA.  
 RESPIRANDO EM AR AMBIENTE.  
 ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE.  
 GLASGOW 15.

DOR A MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E PUNHO ESQUERDO. FCC EM MENTO E CAVIDADE ORAL.

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)  
 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
 TIOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

**CUIDADOS**

ERIR PA E FC

**OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA**

ACESSO VENOSO PERIFERICO - AVP

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO)

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

Atestado registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 07/10/2018 01:20:48

| Código         | Descrição                              |
|----------------|----------------------------------------|
| S09.9          | Traumatismo não especificado da cabeça |
| <b>Conduta</b> |                                        |
| Em observação  |                                        |

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

ALISSON CORDEIRO MOREIRA  
(CRM: 10942/PB)

*[Handwritten signature]*  
Dr. Alisson Cordeiro Moreira  
CRM: 10942/PB





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS        |
| DATA DE NASCIMENTO | 24/11/91                           |
| NOME DA MÃE        | MARIA DE LOURDES OLIVEIRA DA SILVA |

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

|                        |                                                                                               |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRONTUÁRIO N.º         | 88173                                                                                         |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1113604                                                                                       |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 07/10/18                                                                                      |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 01:19                                                                                         |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE MOTOCICLETA                                                                          |
| DIAGNÓSTICO (S)        | POLITRAUMATISMO-(FRATURA DE MANDIBULA E RADIO ESQ.<br>RUTURA DE VISCERA OCA. DERRAME PLEURAL. |
| CID 10                 | S02.6, S52.5, S36.3, S36.4, J91                                                               |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VITIMA DE CONTUSÃO E FERIMENTO EM FACE (MENTO E CAVIDADE ORAL),FRATURA DE ELEMENTOS DENTARIO(11,21 ). CREPTAÇÃO EM MANDIBULA COM LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL. DOR EM OMBRO E PUNHO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, BMF, ORTOPEDIA, CIRURGIA TORACICA. CLINICA MEDICA.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO, TC DE FACE. TC DE TORAX  
RX TORAX, OMBRO ESQ. , ANTEBRAÇO ESQ. , PUNHO ESQ.  
USG(FAST)  
EXAMES HEMATOLOGICOS

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC DE FACE - FRATURA DE SINFESE MANDIBULAR+ FRATURA DE CONDILO BILATERAL. RX ANTEBRAÇO ESQ. - FRATURA DE RADIO DISTAL . TC DE TORAX - DERRAME PLEURAL VOLUMOSO. ABDOME -LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PERITONEAL

### TRATAMENTO:

CIRURGICO - ODONTOSSINTESE. LAPAROTOMIA EXPLORADORA (LESÃO DE ALÇA INTESTINAL + MULTIPLOS ABSCESSOS ). TORAX - TORACOTOMIA C/DRENAGEM FECHADA.

ALTA HOSPITALAR: 23/11/18  
DATA DA EMISSÃO: 02/01/19

  
Dr. ELIVALDO SALES D.  
CRM: 1873/PB



## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                                           |                                          |                                                 |                                                    |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                            |                                          | BAE<br><b>1113604</b>                           | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>    | Data Baixa                                                  |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>                                   | Idade<br><b>26a 10m 13d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>701203053677513</b>                      | Telefone de Contato<br><b>(83) 87426995 / (83) 87250824</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                       |                                          |                                                 |                                                    | Prontuário<br><b>88173</b>                                  |
| Endereço<br><b>Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA</b> |                                          | Bairro<br><b>Valentina de Figueiredo</b>        | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                                             |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b> |                                                    | Nº Cons. Regional<br><b>7423/PB</b>                         |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>                     |                                          |                                                 | Data/Hora Prescrição<br><b>07/10/2018 02:18:20</b> |                                                             |

**Anamnese**

#NCR

ACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO. HOUVE PERDA DE CONSCIENCIA.

AO EXAME AO=4 RV=5 RM=6  
PUPILA ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS  
MOBILIZA OS 4 MEMBROS

TC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS

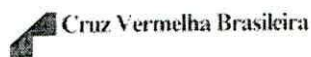
CD.OBSERVAÇÃO NEUROLOGICA

**Conduta**

Em observação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

|                                                                           |                                          |                                                 |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                            | BAE<br><b>1113604</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data Baixa                                                  |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>                                   | Idade<br><b>26a 10m 13d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                        | CNS<br><b>701203053677513</b>                               |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                       |                                          |                                                 | Telefone de Contato<br><b>(83) 87426995 / (83) 87250824</b> |
| Endereço<br><b>Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA</b> | Bairro<br><b>Valentina de Figueiredo</b> | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                 | Prontuário<br><b>88173</b>                                  |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>WESLEY PEREIRA DA SILVA</b>  | UF<br><b>PB</b>                                             |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>                     |                                          | Nº Cons. Regional<br><b>9270/</b>               | Data/Hora Prescrição<br><b>07/10/2018 07:41:11</b>          |

## Anamnese

# CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, BEG, COM FRATURA EM MENTO E LIMITAÇÃO ABERTURA 3OCAL, FAST -,,

AO EXAME:

A: , COLUNA ESTÁVEL E SEM LESÕES APARENTES. VIAS AÉREAS PÉRVIAS

B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO. TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. MV+ AHT SEM RA.

C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO E EUGLICÊMICO. ABDOME PLANO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MEMBROS PRESERVADA.

E: SEM SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE OU FRATURAS APARENTES.

ABDOME SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

CD ALTA DA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS DA BUCOMAXILO, ORTOPEDIA E NEUROLOGIA

## CID10

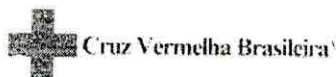
| Código | Descrição                    |
|--------|------------------------------|
| T14.9  | Traumatismo não especificado |

## Conduta

Em observação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

WESLEY PEREIRA DA SILVA  
(CRM: 9270/)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

|                                                                           |                                          |                                                    |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                            | BAE<br><b>1113604</b>                    | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>    | Data Baixa                                                  |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>                                   | Idade<br><b>26a 10m 13d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>701203053677513</b>                               |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                       |                                          |                                                    | Telefone de Contato<br><b>(83) 87426995 / (83) 87250824</b> |
| Endereço<br><b>Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA</b> | Bairro<br><b>Valentina de Figueiredo</b> | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | Prontuário<br><b>88173</b>                                  |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>MOURIBE ARRUDA FELINTO</b>      | UF<br><b>PB</b>                                             |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>                     |                                          | Nº Cons. Regional<br><b>7522/PB</b>                |                                                             |
|                                                                           |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>07/10/2018 15:11:39</b> |                                                             |

## Anamnese

### ORTOPEDIA

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO X MOTO HÁ 12h, COM TRAUMA NA REGIÃO DO MENTO E PUNHO ESQUERDO

REFERE TER ULCERA GÁSTRICA E HERNIA INCISIONAL

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO

FERIMENTO NO MENTO

EDEMA E DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO, SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES

RX: FRATURA ARTICULAR DO RADIO DISTAL ESQUERDO

CD: NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO  
ACOMPANHAMENTO EM CONJUNTO COM A BMF

## Conduta

Em observação

MOURIBE ARRUDA FELINTO  
CRM: 7522/PB  
TÉCNICO DE RADIOLOGIA - RBR 21174

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

MOURIBE ARRUDA FELINTO  
(CRM: 7522/PB)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

|                                                                    |                      |                                          |                                                   |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                     |                      | BAE<br>1113604                           | Data/Hora Entrada<br>07/10/2018 01:19:36          | Data Baixa                                           |
| Data de nascimento<br>24/11/1991                                   | Idade<br>26a 10m 13d | Sexo<br>Masculino                        | CNS<br>701203053677513                            | Telefone de Contato<br>(83) 87426995 / (83) 87250824 |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                |                      |                                          | Prontuário<br>88173                               |                                                      |
| Endereço<br>Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA |                      | Bairro<br>Valentina de Figueiredo        | Município<br>JOAO PESSOA                          | UF<br>PB                                             |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                     |                      | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO</b> | Nº Cons. Regional<br>7650/PB                         |
| Data/Hora Classificação<br>07/10/2018 01:19:36                     |                      |                                          | Data/Hora Prescrição<br>07/10/2018 11:49:06       |                                                      |

**Anamnese**

CR

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO. HOUVE PERDA DE CONSCIENCIA.

AO EXAME AO=4 RV=5 RM=6  
PUPILA ISOCÓRICAS E FOTORREATIVAS  
MOBILIZA OS 4 MEMBROSTC DE CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS AGUDAS  
PERMANECEU BEM DURANTE OBSERVAÇÃO

CD: ALTA NCR

**Conduta**

Em observação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO  
CRN 7650/PB  
Neurologista

Bandeira 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<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                     | BAE<br>1113604                           | Data/Hora Entrada<br>07/10/2018 01:19:36               | Data Baixa                                           |
| Data de nascimento<br>24/11/1991                                   | Idade<br>26a 10m 13d                     | Sexo<br>Masculino                                      | CNS<br>701203053677513                               |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                |                                          |                                                        | Telefone de Contato<br>(83) 87426995 / (83) 87250824 |
| Endereço<br>Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA | Bairro<br>Valentina de Figueiredo        | Município<br>JOAO PESSOA                               | Prontuário<br>88173                                  |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                     | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA</b> | Nº Cons. Regional<br>8252/PB                         |
| Data/Hora Classificação<br>07/10/2018 01:19:36                     |                                          | Data/Hora Prescrição<br>07/10/2018 09:55:38            |                                                      |

**Anamnese**

ORTOPEDIA

CT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO X MOTO HÁ 12h, COM TRAUMA NA REGIÃO DO MENTO E PUNHO ESQUERDO

REFERE TER ULCERA GASTRICA E HERNIA INCISIONAL

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO

FERIMENTO NO MENTO

EDEMA E DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO, SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES

RX: FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

CD: TALA AXILOPALMAR ESQUERDA APOS REPETIR RX DO PUNHO

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

**PROCEDIMENTO**

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

**Conduta**

Em observação

Dr. Tibério Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia da Mão  
CRM-PB 8252 / TEOT 14840

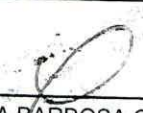
JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
(CRM: 8252/PB)

## Documento de Alta

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome</b><br>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>88173          |
| <b>Data de</b><br>24/11/1991                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>07/10/2018 17:38:46 | <b>Data de Alta:</b><br>23/11/2018 10:06:54 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br># CIRURGIA TORÁCICA 7º DPO DECORTICAÇÃO PULMONAR DIREITA POR VIDEO E BRONCOSCOPIA PACIENTE SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. DRENO TORÁCICO: SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO. CD: - Retiro dreno de tórax. - VPM. - ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA BMF PACIENTE VITIMA DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA SUBMETIDO A CIRURGIA PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>TC DE FACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>TRATAMENTO CIRURGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MANDIBULA CIRURGIA REALIZADA POR DR TALVANE DIA 20/11/18                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S02.6 - Fratura de mandíbula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>EM ANEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                   |                                             |

Data: 23/11/2018

  
CLARISSA BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
CRM: 2537 - PB



POTÁSSIO

SODIO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

| Código | Descrição            |
|--------|----------------------|
| S02.6  | Fratura de mandíbula |

Conduta

Internar Paciente

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

RENATA MOURA XAVIER DANTAS  
(CRM: 4525/PB)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

DIAGNÓSTICO E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

|                                                                           |                                          |                                                    |                                                 |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                            |                                          | BAE<br><b>1113604</b>                              | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data Baixa                                                  |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>                                   | Idade<br><b>26a 10m 13d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                           | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Telefone de Contato<br><b>(83) 87426995 / (83) 87250824</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                       |                                          | Prontuário<br><b>88173</b>                         |                                                 |                                                             |
| Endereço<br><b>Flodoaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA</b> |                                          | Bairro<br><b>Valentina de Figueiredo</b>           | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                 | UF<br><b>PB</b>                                             |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>RUI MEDEIROS JUNIOR</b>         | Nº Cons. Regional<br><b>5518/PB</b>             |                                                             |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>                     |                                          | Data/Hora Prescrição<br><b>07/10/2018 05:53:09</b> |                                                 |                                                             |

### Anamnese

PACIENTE RELATA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM HISTÓRICO DE DESMAIO, NEGA  
MITO, ALÉRGICO A BENZETACIL, NEGA DOENÇAS SISTÊMICAS (SIC).

NO MOMENTO EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL, EM MACA.

A. EXAME FÍSICO FCC EM MENTO, FRATURA CORONÁRIA DOS DENTES 11 E 21, CREPITAÇÃO EM  
MANDÍBULA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES, ACUIDADE VISUAL E  
MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS.

TC: OBSERVA-SE SINAIS DE FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR + FRATURA DE CÔNDILO BILATERAL, COM  
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

CD: 1- SUTURA (NA CASA NÃO TEM FIO DE AÇO PARA FAZER ODONTOSSÍNTESE NO PACIENTE)  
2- AGUARDA LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA CONDUTA PELA BMF  
3- AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA, GERAL, NCR E BMF

### CID10

| Código | Descrição            |
|--------|----------------------|
| S02.6  | Fratura de mandíbula |

### Conduta

na observação

JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS

Rui Medeiros, PhD  
Especialista em  
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial  
CROPE 8226 - CROPE 5518

RUI MEDEIROS JUNIOR  
(: 5518/PB)

# CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

|                                                                           |                                          |                                                   |                                                    |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b>                            |                                          | BAE<br><b>1113604</b>                             | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>    | Data Baixa                                                  |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>                                   | Idade<br><b>26a 10m 13d</b>              | Sexo<br><b>Masculino</b>                          | CNS<br><b>701203053677513</b>                      | Telefone de Contato<br><b>(83) 87426995 / (83) 87250824</b> |
| Mãe<br><b>MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA DA SILVA</b>                       |                                          |                                                   |                                                    | Prontuário<br><b>88173</b>                                  |
| Endereço<br><b>Floidaldo Peixoto Filho, SN - COMUNIDADE SANTA BARBARA</b> |                                          | Bairro<br><b>Valentina de Figueiredo</b>          | Município<br><b>JOAO PESSOA</b>                    | UF<br><b>PB</b>                                             |
| Acidente<br><b>MOTO X MOTO</b>                                            | Motivo<br><b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b> | Profissional<br><b>RENATA MOURA XAVIER DANTAS</b> | Nº Cons. Regional<br><b>4525/PB</b>                |                                                             |
| Data/Hora Classificação<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>                     |                                          |                                                   | Data/Hora Prescrição<br><b>07/10/2018 16:47:33</b> |                                                             |

## anamnese

EM TEMPO, REALIZADA ODONTOSSÍNTESE EM REGIÃO DE SÍNFISE MANDIBULAR.  
CD: ODONTOSSÍNTESE + PRESCRIÇÃO + INTERNAMENTO HOSPITALAR.

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIQUIDO PASTOSA FRIA, SEM RESÍDUOS, HC E HP)

## MEDICAÇÃO

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

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

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML SE NECESSÁRIO EM CASO DE DOR FORTE (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

OREXIDINA 2% DEGERMANTE 100ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA TÓPICA, 8/8H, (OBSERVAÇÕES: FAZER BOCHECHOS COM 1ML 3 VZS AO DIA APOS ESCOVAÇÕES)

JNDAMICINA 600 MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

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

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

## CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

GLICOSE

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

HEMOGRAMA COMPLETO

CREATININA

UREIA





AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LUIZ  
GUSTAVO DE BARROS  
CORREIA  
Em: 25/10/2018 18:58:26

|                                     |                                        |                                          |                                          |                 |
|-------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|
| LUIZ OLIVEIRA DOS SANTOS            |                                        | Boletim de Atendimento<br>1113604        | Data/Hora Entrada<br>07/10/2018 01:19:36 | Data/Hora Saida |
| Idade<br>26                         | Sexo<br>Masculino                      | CNS<br>701203053677513                   | Prontuário<br>88173                      |                 |
| Data Internação                     |                                        | Convênio<br>SUS                          | Plantão<br>DIURNO                        |                 |
| Data Entrada<br>07/10/2018 01:19:36 | Data Internação<br>07/10/2018 17:38:46 | Permanência na Unidade:<br>18d 17h 39min | Permanência no Leito:<br>6d 6h 54min     |                 |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUIZ GUSTAVO DE BARROS CORREIA - 25/10/2018 18:56:33)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### EXAME FÍSICO

#### EXAME DA EVOLUÇÃO

Paciente em pós operatório tardio de gastrectomia parcial (3 anos) por úlcera gástrica perfurada, sofreu trauma recente com presença de anastomose prévia. Submetido a laparotomia (18/10) com múltiplos abscessos. Segue ventilando espontaneamente. Ar ambiente. Confortável. Acordado, GCS 15 pontos. Sem fâscies aparente de dor. Hemodinâmica estável. Sem uso de aminas vasoativas. Glicemias estáveis. DU espontânea em torno de 2000 ml. Dieta por SNE bem tolerada. Dr Aldênio (cirurgia geral) informa que a possível data de liberação de dieta oral é a partir de próximo sábado. Segue com leucocitose e elevação de PCR. RX tórax evidenciando derrame pleural bilateral > a direita. Solicitado TC tórax para melhor avaliação, além do parecer pela cirurgia torácica.

18/10 F: 3,4 Hb: 10% L: 12360 3% bastões Pl: 380.000 Mg: 2,3 K: 3,9 PCR: 150 Ur: 13,5

### ATIVIDADES DE INTERNAÇÃO

18/10 L.E. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS... 2.: ... DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA PRÉVIA

3.: DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX 4.: ... SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX

OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

### ATIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1.: GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE

2.: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS

3.: ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOÍDE RAI

### DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1.: GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

### IMPRESSÃO CLÍNICA

1.: SNE

2.: EVOLUÇÃO CLÍNICA, AFEBRIL, CONFORTÁVEL.

### TRATAMENTO

1.: AZOCIN 18/10

### ONDAS, DRENOS E CATETERES

1.: SVD 18/10 - 24/10

2.: SNE 18/10

3.: CVC 18/10 - 24/10

### DEFINIÇÃO DE METAS



AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ANDREIA  
CRISTINA FUMAGALLI  
CAINELLI  
Em: 24/10/2018 11:54:50

|                                        |                                        |                                          |                                          |                     |
|----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|
| LIMAR OLIVEIRA DOS SANTOS              |                                        | Boletim de Atendimento<br>1113604        | Data/Hora Entrada<br>07/10/2018 01:19:36 | Data/Hora Saída     |
| Data de Nascimento<br>07/1991          | Idade<br>26                            | Sexo<br>Masculino                        | CNS<br>701203053677513                   | Prontuário<br>88173 |
| Tipo de Internação                     |                                        | Convênio<br>SUS                          | Plantão<br>DIURNO                        |                     |
| Data de Entrada<br>07/10/2018 01:19:36 | Data Internação<br>07/10/2018 17:38:46 | Permanência na Unidade:<br>17d 10h 35min | Permanência no Leito:<br>4d 23h 50min    |                     |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ANDREIA CRISTINA FUMAGALLI CAINELLI - 24/10/2018 11:13:29)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### 1. ATENDIMENTO:

#### 2. DESCRICÃO DA EVOLUÇÃO:

Paciente em pós operatório tardio de gastrectomia parcial (3 anos) por úlcera gastrica perfurada, sofreu trauma recente com deiscência de anastomose prévia. Submetido a laparotomia (18/10) com multiplos abscessos. Evolui estavel clinicamente, afebril, confortavel, evacuando, com boa evolucao de dieta enteral. Boa diurese em SVD.

#### 3. MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

- 18/10 L.E. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS... 2.: ... DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA PRÉVIA
- ... DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX 4.: ... SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX
- OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

#### 4. MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE
- 2.: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS
- 3.: ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOÍDE RADIO

#### 5. DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1. GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

#### 6. IMPRESSÃO CLÍNICA

##### 7. SINAIS E SINTOMAS:

1. MELHORA CLÍNICA, AFEBRIL, CONFORTÁVEL.

#### 8. ANTIBIÓTICOS

1. AZOCIN 18/10

#### 9. SONDAS, DRENOS E CATETERES

1. SVD 18/10 - 24/10
- 2.: SNE 18/10
- 3.: CVC 18/10 - 24/10

#### 10. AVALIAÇÃO DE METAS

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

1. SINAL DE RASS: NENHUM

RX TORÁX: 21/10

EXAME FÍSICO: PULMOES COM RONCOS

#### 11. SISTEMA RESPIRATÓRIO

1. PONTÂNEA: ESPONTÂNEA

FR: 20.00

SECREÇÕES: NENHUM



|                                        |                                        |                                         |                                          |                     |
|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|
| JOAO FORTE OLIVEIRA DOS SANTOS         |                                        | Boletim de Atendimento<br>1113604       | Data/Hora Entrada<br>07/10/2018 01:19:36 | Data/Hora Saída     |
| Data de nascimento<br>07/11/1991       | Idade<br>26                            | Sexo<br>Masculino                       | CNS<br>701203053677513                   | Prontuário<br>88173 |
| Grupo de Internação                    |                                        | Convênio<br>SUS                         | Plantão<br>DIURNO                        |                     |
| Data de Entrada<br>07/10/2018 01:19:36 | Data Internação<br>07/10/2018 17:38:46 | Permanência na Unidade:<br>16d 9h 29min | Permanência no Leito:<br>3d 22h 44min    |                     |

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO FORTE DE OLIVEIRA NETO - 23/10/2018 10:47:56)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### PROCEDIMENTO:

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM POS+OP DE LE (18/10) POR CORREÇÃO DE LESÃO GÁSTRICA EM BOCA ANASTOMÓTICA, EVOLUINDO LÚCIDO, EUPNEICO, MANTENDO HEMODINÂMICA ESTÁVEL COM BOM VOLUME URINÁRIO, RESPIRANDO ESPONTÂNEO E CONFORTÁVEL EM AR AMBIENTE. EVACUAÇÃO PRESENTE. AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 24H. LIBERADA DIETA POR SNE PELA CIRURGIA GERAL.

### MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

- 1. 18/10 L.E. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS... 2.: ... DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA PRÉVIA
- 3.: ... DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX 4.: ... SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX
- 5. OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

### MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

- 1. GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE
- 2.: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS
- 3.: ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOÍDE RAD

### DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

- 1. GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

### IMPRESSÃO CLÍNICA

#### DESCRIÇÃO:

MELHORA CLÍNICA, AFEBRIL, CONFORTÁVEL.

### ANTIBIÓTICOS

- 1. TAZOCIN 18/10

### SONDAS, DRENOS E CATETERES

- 1. SVD 18/10
- 2.: SNE 18/10
- 3.: CVC 18/10

### CHECAGEM DE METAS

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

1. ESCALA DE RASS: NENHUM

EXAME FÍSICO: PULMOES COM RONCOS

### SISTEMA RESPIRATÓRIO

1. ESPONTÂNEA: ESPONTÂNEA

FR: 12.00

SECREÇÕES: NENHUM



AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454553 - Tel.: 8332165700Impresso por: JOAO FORTE  
DE OLIVEIRA NETO  
Em: 20/10/2018 13:11:40

|                                                |                                               |                                              |                                                 |                                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>     | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saída                               |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                     | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b>                    |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                       | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                                               |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>1d 1h 7min</b> |                                                 | Permanência no Leito:<br><b>13d 11h 52min</b> |

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO FORTE DE OLIVEIRA NETO - 20/10/2018 13:11:18)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EM POS+OP DE LE POR CORREÇÃO DE LESÃO GÁSTRICA E EM BOCA ANASTOMOTICA, EVOLUINDO LÚCIDO, EUPNEICO, MANTENDO HEMODINÂMICA ESTÁVEL COM BOM VOLUME URINÁRIO, RESPIRANDO ESPONTÂNEO E CONFORTÁVEL EM AR AMBIENTE, APIRÉTICO COM 13.020 LEUCÓCITOS, AINDA EM DIETA ZERO. NO MOMENTO SEM QUEIXAS.

**MOTIVOS DE INTERNAÇÃO**

- 18/10 L.E. DRENAGEM DE ABSCESSOS MÚLTIPLOS...
- DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA PRÉVIA
- DESBRIDAMENTO + RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX
- SNE POSICIONADO INTRACIRÚRGICO FINAL Y DE ROUX
- OBS: NÃO RETIRAR SNE ATÉ LIBERAÇÃO DE CIR GERAL

**MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)**

- GASTRECTOMIZADO PREVIAMENTE
- ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 10 DIAS
- ORTOPEDIA: FX MANDÍBULA, FX ESTILOIDE RADIO

**DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA**

- GASTRECTOMIA PRÉVIA DEVIDO A ÚLCERA PERFURADA

**IMPRESSÃO CLÍNICA**

DESCRIÇÃO:

US ABDOMINAL LÍQUIDO LIVRE CAVIDADE ABDOMINAL MODERADA QUANTIDADE.

**ANTIBIÓTICOS**

- TAZOCIN INÍCIO?
- CLINDAMICINA INÍCIO?

**SONDAS, DRENOS E CATETERES**

- SVD 18/10
- SNE 18/10
- CVC 18/10

**CHECAGEM DE METAS**

EVOLUÇÃO: DECÚBITO ELEVADO, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 3/3HRS ESCALA DE RASS: NENHUM

RX TORAX: SOLICITADO

EXAME FÍSICO: PULMOES COM RONCOS.20

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

ESPONTÂNEA: ESPONTÂNEA

FR: 20.00

SECREÇÕES: NENHUM

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: ALDENIO  
AMORIM DE LIMA  
Em: 19/10/2018 08:51:53

|                                                |                                               |                                             |                                                 |                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>    | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saída            |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                    | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b> |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                      | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                            |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>17h 40min</b> | Permanência no Leito:<br><b>12d 7h 32min</b>    |                            |

**EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 19/10/2018 08:50:53)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

\*CIR. GERAL

#(1ºDPO) - PACIENTE SUBMETIDO À LE TENDO SIDO VERIFICADOS MÚLTIPLOS ABSCESSOS E DESCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA ANTIGA CAUSANDO O QUADRO DE ABDOME AGUDO. ASSIM, FOI REALIZADA AMPLA DRENAGEM COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DE SF0,9% MORNO, DESBRIDAMENTO DA ÁREA DA DESCÊNCIA DA ANASTOMOSE E RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA, COM POSICIONAMENTO DE CATETER NASOENTERAL ULTRAPASSANDO O FINAL DO Y DE ROUX, NÃO DEVENDO SER RETIRADO ATÉ AUTORIZAÇÃO DA EQUIPE DE CIR. GERAL.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI AINDA GRAVE, PORÉM ESTÁVEL NO MOMENTO. ABDOME SEM INTERCORRÊNCIAS.

CONDUTA: AGUARDANDO VGA NO CTI.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 002  
Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA  
CIR. GERAL e CIR. VASCULAR  
CRM-PB 5815

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: MARIANA  
SARMENTO PIRES  
Em: 17/10/2018 13:09:28

|                                                |                                               |                                               |                                                 |                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saída            |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b> |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                            |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>5d 15h 7min</b> | Permanência no Leito:<br><b>10d 11h 50min</b>   |                            |

**EVOLUÇÃO MEDICA (MARIANA SARMENTO PIRES - 17/10/2018 13:09:15)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#CLÍNICA MÉDICA#

FRATURA DE MANDÍBULA  
HÉRNIA INCISIONAL SUPRA-UMBILICAL  
DOR ABDOMINAL À ESCLARECER

PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA SALA VERDE DEVIDO À DOR ABDOMINAL AGUDA. JÁ REALIZOU GASTRECTOMIA PREVIAMENTE APÓS PERFURAÇÃO DE ÚLCERA GÁSTRICA. APRESENTOU QUEDA DA HEMOGLOBINA, TENDO RECEBIDO TRANSFUSÃO DE HEMOCONCENTRADOS. NEGA MELENA OU HEMATÊMESE. DIURESE PRESERVADA. ALIMENTANDO-SE ADEQUADAMENTE.

\*USG DE ABDOME REVELOU PRESENÇA DE LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL NA REGIÃO PÉLVICA, DIFICULDADE DE ANÁLISE DOS ÓRGÃO EM DECORRÊNCIA DO METEORISMO INTESTINAL.

AO EXAME FÍSICO:

REG, EUPNÉICO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, HIPOCORADO(+/-4+)

ABDOME DISTENDIDO, HIPERTIMPÂNICO, HÉRNIA INCISIONAL SUPRAUMBILICAL. SEM VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS.

MMII SEM EDEMAS

AC: RCR, EM 2T, BNF. SEM SOPROS

AP: MV+ ES IMÉTRICO SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

CONDUTA: AGUARDA MELHORA CLÍNICA PARA REALIZAR CORREÇÃO DE FRATURA DE MANDÍBULA  
D10 DE CLINDAMICINA  
SOLICITO NOVOS EXAMES

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: MARIANA SARMENTO PIRES

Número Conselho: 11481

CS



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 11/10/2018 09:50:37

|                                                |                                               |                                                |                                                 |                                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>       | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saida                             |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                       | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b>                  |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                         | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                                             |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>3d 16h 12min</b> |                                                 | Permanência no Leito:<br><b>4d 8h 31min</b> |

**EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 11/10/2018 09:50:25)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA DE CONDILO MANDIBULAR BILATERAL

#FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL EM PUNHO ESQUERDO

APRESENTA INDICAÇÃO CIRURGICA PELA CBMF E ORTOPEDIA

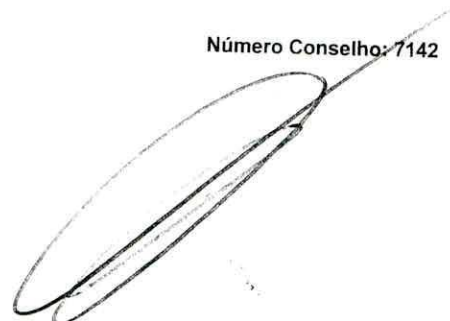
OPME : FK 1,5

HB 8,5

PRESCREVO 02 CONCENTRADOS DE HEMACIAS

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03  
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: MARIANA  
SARMENTO PIRES  
Em: 18/10/2018 12:52:38

|                                                |                                               |                                           |                                                 |                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>  | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saída            |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                  | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b> |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                    | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                            |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>1h 3min</b> | Permanência no Leito:<br><b>11d 11h 33min</b>   |                            |

**EVOLUÇÃO MÉDICA (MARIANA SARMENTO PIRES - 18/10/2018 12:52:24)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**#CLÍNICA MÉDICA#**

FRATURA DE MANDÍBULA

HÉRNIA INCISIONAL SUPRA-UMBILICAL

DOR ABDOMINAL À ESCLARECER(íleo paralítico? úlcera gástrica perfurada?)

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 10 DIAS, TENDO APRESENTADO FRATURA DE MANDÍBULA. AGUARDAVA CORREÇÃO CIRÚRGICA. EVOLUI COM DOR EPIGÁSTRICA INTENSA ASSOCIADA À DISTENSÃO ABDOMINAL, HÁ 6 DIAS. NEGA FEBRE, VÔMITOS OU DIARRÉIA. DIURESE PRESERVADA. JÁ REALIZOU GASTRECTOMIA PREVIAMENTE APÓS PERFURAÇÃO DE ÚLCERA GÁSTRICA. NAS ÚLTIMAS 24 HORAS APRESENTOU MELHORA DA DISTENSÃO ABDOMINAL APÓS DIETA ZERO.

\*USG DE ABDOME REVELOU PRESENÇA DE LÍQUIDO LIVRE EM CAVIDADE ABDOMINAL NA REGIÃO PÉLVICA, DIFICULDADE DE ANÁLISE DOS ÓRGÃO EM DECORRÊNCIA DO METEORISMO INTESTINAL.

\*EXAME: HB:10,7; HT:31; LEUCO:16000(83% SEGMENTADOS); PLAQUETAS:323000;TGO:4; TGP:33; PT:4,3;GLOBULINA:2,1;ALBUMINA:2,2;BT: 0,5; PCR: 174,30; AMILASE:20; GLICEMIA:135; CR:0,77; UR: 53; NA:131; K:3,7

AO EXAME FÍSICO:

REG, EUPNÉICO, HIDRATADO, ACIANÓTICO, HIPOCORADO(+/-4+)

AC:RCR, EM 2T, BNF. SEM SOPROS.

AP: MV+ E SIMÉTRICO SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

ABDOME DISTENDIDO, HIPERTIMPÂNICO, HÉRNIA INCISIONAL SUPRAUMBILICAL. SEM VISCEROMEGALIAS PALPÁVEIS. SINAL DE BLOOMBERG NEGATIVO.

MMII SEM EDEMAS

CONDUTA: MODIFICO ANTIBIOTICOTERAPIA

SOLICITO COLOCAÇÃO DE SNG ABERTA

MANTENHO DIETA ZERO

AGUARDO AVALIAÇÃO DO LAUDO DA TC DE ABDOME

SOLICITO NOVOS EXAMES

ACOMPANHAMENTO JUNTO COM A CIRURGIA GERAL

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0015

Profissional responsável pela informação: MARIANA SARMENTO PIRES

Número Conselho: 11481



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 18/10/2018 08:09:25

|                                                |                                               |                                               |                                                 |                                              |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>      | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saída                              |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                      | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b>                   |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                        | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                                              |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>6d 10h 7min</b> |                                                 | Permanência no Leito:<br><b>11d 6h 50min</b> |

**EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 18/10/2018 08:09:10)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA DE MANDÍBULA

#FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL

# ÍLIO PARALÍTICO?

PACIENTE EM ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM BMF E CLINICA MÉDICA

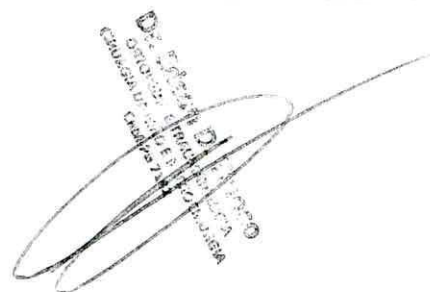
EVOLUI COM SUSPEITA DE ÍLIO PARALÍTICO

CD: SEGUIMENTO COM CLÍNICA MÉDICA / CIRURGIA GERAL PARA RESOLUÇÃO DO QUADRO OBSTRUTIVO  
INTESTINAL

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0002

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

  
Edson Delgado Tinoco  
CRM: 10.100.000-0  
Rég. Prof. 10.100.000-0





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 6121221 - Tel.:Impresso por: ALDENIO  
AMORIM DE LIMA  
Em: 18/10/2018 19:11:15

|                                                |                                               |                                          |                                                 |                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b> | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saída            |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                 | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b> |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                   | Plantão<br><b>NOTURNO</b>                       |                            |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>4h</b>     | Permanência no Leito:<br><b>11d 17h 52min</b>   |                            |

**EVOLUÇÃO MEDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 18/10/2018 19:10:37)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

C #CIR. GERAL

PACIENTE SUBMETIDO À LE TENDO SIDO VERIFICADOS MÚLTIPLOS ABSCESSOS E DESCÊNCIA DE ANASTOMOSE GASTROENTÉRICA ANTIGA CAUSANDO O QUADRO DE ABDOME AGUDO. ASSIM, FOI REALIZADA AMPLA DRENAGEM COM IRRIGAÇÃO EXAUSTIVA DE SF0,9% MORNO, DESBRIDAMENTO DA ÁREA DA DESCÊNCA DA ANASTOMOSE E RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA, COM POSICIONAMENTO DE CATETER NASOENTERAL ULTRAPASSANDO O FINAL DO Y DE ROUX, NÃO DEVENDO SER RETIRADO ATÉ AUTORIZAÇÃO DA EQUIPE DE CIR. GERAL.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 002

Profissional responsável pela informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815

ALDENIO AMORIM DE LIMA  
CIR. GERAL e CIR. VASCULAR  
CRM-PB 5815

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 11/10/2018 09:50:37

|                                                |                                               |                                                |                                                 |                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>       | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saída            |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                       | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b> |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                         | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                            |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>3d 16h 12min</b> | Permanência no Leito:<br><b>4d 8h 31min</b>     |                            |

**EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 11/10/2018 09:50:25)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

#FRATURA DE CONDILO MANDIBULAR BILATERAL

#FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL EM PUNHO ESQUERDO

APRESENTA INDICAÇÃO CIRURGICA PELA CBMF E ORTOPEDIA

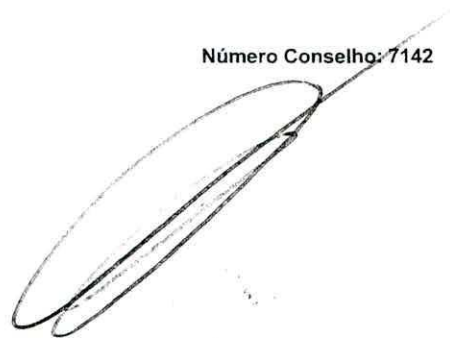
OPME : FK 1,5

HB 8,5

PRESCREVO 02 CONCENTRADOS DE HEMACIAS

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03  
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142



AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: CLARISSA  
BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
Em: 10/10/2018 10:28:35

|                                                |                                               |                                                |                                                 |                            |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------|
| Paciente<br><b>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS</b> |                                               | Boletim de Atendimento<br><b>1113604</b>       | Data/Hora Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b> | Data/Hora Saida            |
| Data de nascimento<br><b>24/11/1991</b>        | Idade<br><b>26</b>                            | Sexo<br><b>Masculino</b>                       | CNS<br><b>701203053677513</b>                   | Prontuário<br><b>88173</b> |
| Tempo de Internação                            |                                               | Convênio<br><b>SUS</b>                         | Plantão<br><b>DIURNO</b>                        |                            |
| Data de Entrada<br><b>07/10/2018 01:19:36</b>  | Data Internação<br><b>07/10/2018 17:38:46</b> | Permanência na Unidade:<br><b>2d 16h 50min</b> | Permanência no Leito:<br><b>3d 9h 9min</b>      |                            |

**EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 10/10/2018 10:27:32)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 4º DIH, CURSANDO COM FRATURA DE SÍNSESE E CÔNDILO MANDIBULAR BILATERAL. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO. AO EXAME FÍSICO: EDEMA EM REGRESSÃO + LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL + SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: 1) PRESCRIÇÃO HOSPITALAR

2) AGUARDA REGRESSÃO DO EDEMA PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

3) ACOMPANHAMENTO CONJUNTO DA ORTOPEDIA

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 03

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Clarissa  
Bucc-Max  
CRO PB 2537



Nome: João Pessoa Oliveira da Silva BE/Prontuário: 88143  
Idade: 26 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: Loiro Data: 28/10/18  
Clínica/Setor: Area Locomo UOB EMP: extre 002 LR:           
Cirurgia: Laparotomia exploradora  
Cirurgião: Dr. Aldemir Amorim 1º Assistente: Dr. Wilson  
2º Assistente: Dr. Sub. Jairo 3º Assistente:           
Instrumentador:          Anestesista: Dr. João Paulo de Castro  
Tipo de Anestesia:  Geral  Horário: Início          Término         

| Diagnóstico Pós-Operatório                  | CID |
|---------------------------------------------|-----|
| <u>Processo séptico abdominal / subilí-</u> |     |
| <u>nico - descontinuação de mestrone</u>    |     |
| <u>gastro-entero</u>                        |     |
|                                             |     |
|                                             |     |
|                                             |     |

| Procedimentos Cirúrgicos                 | Código |
|------------------------------------------|--------|
| <u>Laparotomia exploradora</u>           |        |
| <u>Lavagem de cavidade</u>               |        |
| <u>Suporte de mestrone gastro-entero</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: Paulo Marcelo F. Rangel  
CRM 11560

João Pessoa, 28/10/18



03

04 16 COMPRESSAS

132 TWH

PACIENTE: João Carlos Oliveira dos Santos  
 IDADE: 26 SEX: M N°: 11136041 ENFERMARIA: 1 LEITO: 1  
 CIRURGEÃO: Leopoldo + Exp + Olavagem de cavidade + cultura de  
Aldemio + Walter DATA: de abertura de + gastro-ente  
 ANESTESIA: geral  
 ANESTESISTA: Amorim  
 INSTRUMENTADOR: 18/10/2018 16:10 CIRURGIA INÍCIO: 19:15

| MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS |                             | QTD. | MATERIAIS CONT.           |   | QTD. | FIOS                           | QTD. |
|--------------------------|-----------------------------|------|---------------------------|---|------|--------------------------------|------|
| ALFENTANILA              | 5F 500                      | 1    | JELCO N°18                |   |      | FIO CAT GUT CROMADO N°         |      |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA    | 5N 500                      | 1    | JELCO N°20                |   |      | FIO CAT GUT CROMADO N°         |      |
| BUPIVACAÍNA PESADA       |                             |      | JELCO N°22                |   |      | FIO DE AÇO N°                  |      |
| CETAMINA                 |                             |      | JELCO N°24                |   |      | FIO DE AÇO N°                  |      |
| DIETILÉTER               |                             |      | KIT SIST DREN TORACICA N° |   |      | FIO DE NYLON N°                | 1    |
| ETOMIDATO                | SOLUÇÕES                    | QTD. | LÂMINA BISTURI N°1        |   |      | FIO DE NYLON N°                |      |
| FENOBARBITAL             | ALCOOL ETILICO 70%          | 1    | LÂMINA BISTURI N°2        |   |      | FIO DE NYLON N°                |      |
| FENTANILA                | PVP DEGERMANTE              | 1    | LÂMINA BISTURI N°3        |   |      | FIO POLIGLACTINA N°            |      |
| FLUMAZENIL               | PVP TINTURA                 | 1    | LÂMINA BISTURI N°4        |   |      | FIO POLIGLACTINA N°            | 10   |
| ISOFLURANO               | PVP TOPICO                  |      | LÂMINA DE DERMATOMO       |   |      | FIO POLIGLACTINA N°            |      |
| LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO  | SABÃO ANTISEPTICO           |      | LÂMINA DE ENXERTO         |   |      | FIO POLIPROPILENO N°           | 30   |
| LEVOBUPIVACAÍNA S. VASO  | MATERIAIS                   | QTD. | LUVA DE PROCEDIMENTO PAR  | 1 |      | FIO POLIPROPILENO N°           |      |
| LIDOCAÍNA C. VASO        | AGULHA 18X4.5               |      | LUVA ESTÉRIL N°7.0        |   |      | FIO POLIPROPILENO N°           |      |
| LIDOCAÍNA S. VASO        | AGULHA 25X07                | 1    | LUVA ESTÉRIL N°7.5        | 1 |      | FIO POLIGLECAPRONE N°          |      |
| MIDAZOLAM                | AGULHA 25X08                |      | LUVA ESTÉRIL N°8.0        | 1 |      | FIO SEDAN°                     |      |
| MORFINA                  | AGULHA 40X12                |      | LUVA ESTÉRIL N°8.5        |   |      | FITA CARDIACA                  |      |
| NIUMBUM                  | AGULHA PERIDURAL N°16       |      | MASCARA CIRURGICA         | 1 |      | MATERIAL ESPECIAL              | QTD. |
| PANCURÔNIO               | AGULHA PERIDURAL N°17       |      | MULTIVIAS                 |   |      | CATETER DE PIC                 |      |
| PETIDINA                 | AGULHA PERIDURAL N°18       |      | PERFURADOR DE SORO        |   |      | CIMENTO CIRURGICO              |      |
| PROPOFOL                 | AGULHA RAQUI N°25G          |      | SCALP N°19                |   |      | CLIP TITÂNIO LIGADURA          |      |
| RANFENTANILA             | AGULHA RAQUI N°26G          |      | SCALP N°21                |   |      | FIO DE KIRSCHNER N°            |      |
| ROCURÔNIO                | AGULHA RAQUI N°27G          |      | SERINGA 3ML               |   |      | FIO DE KIRSCHNER N°            |      |
| SEVOFLURANO              | ALGODÃO ORTOPEDICO          |      | SERINGA 5ML               |   |      | FIO STEINMAN N°                |      |
| SUXAMETÔNIO              | ATADURA DE CREPOM           | 1    | SERINGA 10ML              | 1 |      | FIO STEINMAN N°                |      |
| TIOPENTAL                | ATADURA GESSADA             |      | SERINGA 20ML              |   |      | GRAMPEADOR CIRURGICO           |      |
| MEDICAMENTOS             |                             | QTD. | BOLSA P. COLOSTOMIA       |   |      | HEMOST ABSORVIVEL              |      |
| ADRENALINA               | CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°  | 1    | SONDA ASP. TRAQUEAL N°8   |   |      | KIT DERIVA VENTRICULAR         |      |
| ÁGUA DESTILADA           | CATETER DE OXIGÊNIO         | 1    | SONDA ASP. TRAQUEAL N°10  |   |      | PROTESE VASCULAR               |      |
| ATROPINA                 | CATETER EMBOLEC ARTERIAL N° |      | SONDA ASP. TRAQUEAL N°12  |   |      | KIT PAM                        |      |
| BENTRA                   | CATETER EPIDURAL N°16       |      | SONDA ASP. TRAQUEAL N°14  |   |      | FIXADOR EXTERNO                |      |
| CEFALOTINA               | CATETER EPIDURAL N°17       |      | SONDA ASP. TRAQUEAL N°16  |   |      | EMPRESA                        |      |
| DEXAMETASONA             | CATETER EPIDURAL N°18       |      | SONDA FOLEY 2VIAS N°12    |   |      |                                |      |
| DIPIRONA SÓDICA          | CERA PARA OSSO              |      | SONDA FOLEY 2VIAS N°14    |   |      |                                |      |
| EFEDRINA                 | COLET. URINA FECHADO        | 1    | SONDA NASOG. CURTA        |   |      | PARAFUSOS CORTICAIS            |      |
| FUROSEMIDA               | COMPRESSAS CIRURGICAS       | 1    | SONDA NASOG. LONGA        |   |      | PARAFUSOS CORTICAIS            |      |
| GLICOSE 50%              | COMPRESSAS CIRURGICAS       | 1    | SONDA URETRAL N°          |   |      | PARAFUSOS ESPONJOSO            |      |
| GLUCONATO DE CALCIO      | DRENO DE PENROSE            |      | TORNEIRINHA               |   |      | PARAFUSOS ESPONJOSO            |      |
| HIDROCORTISONA           | DRENO DE SUÇÃO              |      | TUBO ENDOTRAQUEAL N°      | 1 |      | PARAFUSOS MALEOLAR             |      |
| LIDOCAÍNA GELEIA         | ELETRODOS                   | 1    | TUBO ENDOTRAQUEAL N°      |   |      | PARAFUSOS MALEOLAR             |      |
| ONDASENTRONA             | EQUIPO MACROGOTAS           | 1    | TUBO ENDOTRAQUEAL N°      |   |      | PLACA                          |      |
| PLASIL                   | EQUIPO TRANSF. SANGUE       |      | TUBO SILICONE (LATEX)     | 1 |      | PLACA                          |      |
| PROSTIGMINE              | EQUIPO MICROGOTAS           |      |                           |   |      | EQUIPAMENTOS                   |      |
| PROTAMINA                | ESPONJA DE PVP              |      | FIOS                      |   | QTD. | ( ) ASPIRADOR                  |      |
| TENOXICAN                | ESPARADRAPO                 | 1    | FIO ALGODÃO S/A N°        | 1 |      | ( ) BISTURI ELETRICO           |      |
|                          | GAZES                       | 1    | FIO ALGODÃO S/A N°        |   |      | ( ) CAPNOGRAFO                 |      |
|                          | GAZES ALGODOADAS            |      | FIO ALGODÃO C/A N°        |   |      | ( ) CARDIOMONITOR              |      |
|                          | GEL ELETROLITICO            | 1    | FIO ALGODÃO C/A N°        |   |      | ( ) DESFIBRILADOR              |      |
|                          | JELCO N°14                  |      |                           |   |      | ( ) FOCO AUXILIAR              |      |
|                          | JELCO N°16                  |      |                           |   |      | ( ) FOCO CENTRAL               |      |
|                          | Filtro                      | 1    |                           |   |      | ( ) MICROSCOPIO                |      |
|                          |                             |      |                           |   |      | ( ) OXIMETRO DE PULSO          |      |
|                          |                             |      |                           |   |      | ( ) T.A. INVASIVA NÃO INVASIVA |      |
|                          |                             |      |                           |   |      | ( ) PERFURADOR ELÉTRICO        |      |
|                          |                             |      |                           |   |      | ( ) SERRA                      |      |
|                          |                             |      |                           |   |      | CIRCULANTE                     |      |

Manoel Américo  
384-328



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/10/18

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS SEXO: M COR: IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR (X) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR (X) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO ESTADO FÍSICO (ASA)

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

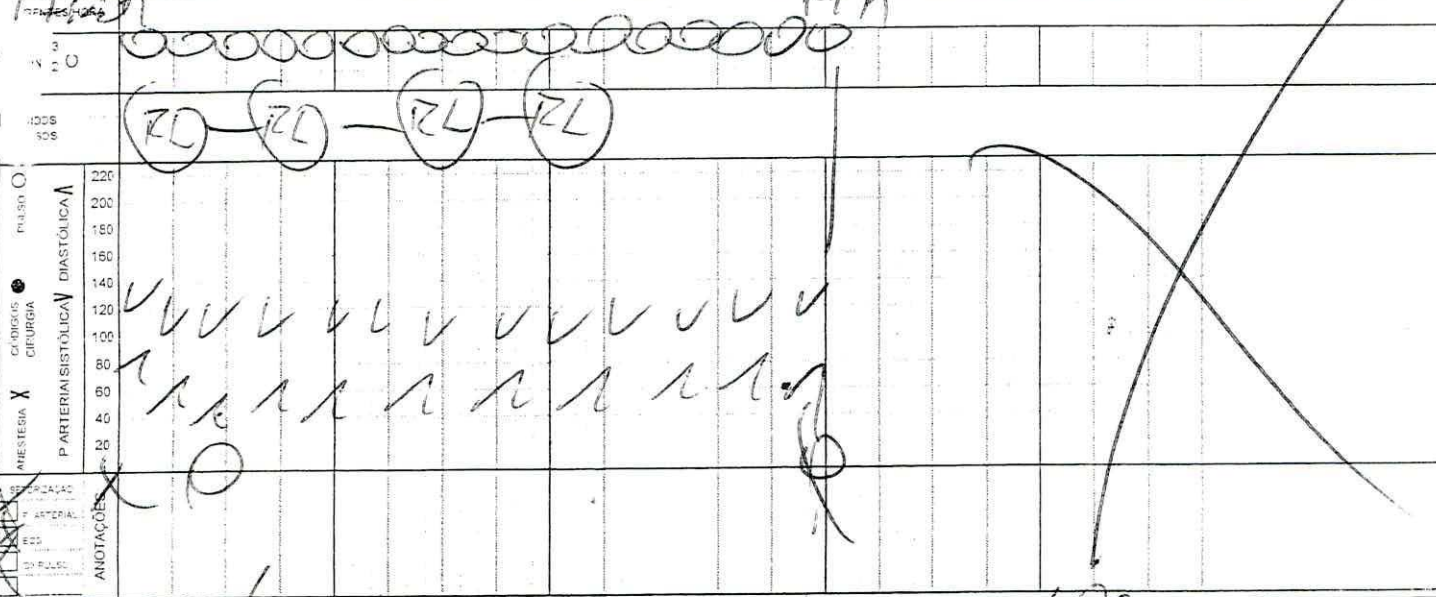
CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA

CIRURGIÃO: Dr. João Batista Fernandes AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA: Médico Anestesiologista CRM. 6812 CAMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: CRM. 6812 QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: CPF CRM-PB 6812



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Propofol - 20mg 2. Fentanyl - 20mcg 3. Midazolam - 10mg 4. Atropina - 1mg 5. Succinilcolina - 100mg 6. Rocuronio - 10mg 7. Vecuronio - 10mg 8. Fentanyl - 20mcg 9. Midazolam - 10mg 10. Atropina - 1mg 11. Propofol - 20mg 12. Fentanyl - 20mcg 13. Midazolam - 10mg 14. Atropina - 1mg 15. Succinilcolina - 100mg 16. Rocuronio - 10mg 17. Vecuronio - 10mg 18. Fentanyl - 20mcg 19. Midazolam - 10mg 20. Atropina - 1mg

SANGUE

RINGER

TOTAL

DESTINO DO PACIENTE

☐ APT ☒ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Dr. João Batista Fernandes  
Médico Anestesiologista  
CRM. 6812

ASSINATURA DO ANESTESISTA

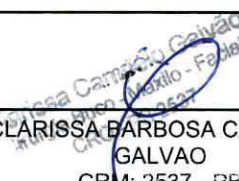




## Documento de Alta

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                   |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Nome</b><br>JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                   | <b>Número Prontuário:</b><br>88173          |
| <b>Data de</b><br>24/11/1991                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Sexo:</b><br>Masculino | <b>Data de Internação:</b><br>07/10/2018 17:38:46 | <b>Data de Alta:</b><br>23/11/2018 10:06:54 |
| <b>Motivo da alta:</b><br>ALTA HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Conduta:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resumo da Internação:</b><br># CIRURGIA TORÁCICA 7º DPO DECORTICAÇÃO PULMONAR DIREITA POR VIDEO E BRONCOSCOPIA PACIENTE SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. DRENO TORÁCICO: SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO. CD: - Retiro dreno de tórax. - VPM. - ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA BMF PACIENTE VITIMA DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA SUBMETIDO A CIRURGIA PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA |                           |                                                   |                                             |
| <b>Resultado de Exames:</b><br>TC DE FACE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                   |                                             |
| <b>Tratamento:</b><br>TRATAMENTO CIRURGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MANDIBULA CIRURGIA REALIZADA POR DR TALVANE DIA 20/11/18                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                                   |                                             |
| <b>Diagnóstico:</b><br>S02.6 - Fratura de mandíbula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                   |                                             |
| <b>Recomendações:</b><br>EM ANEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                   |                                             |

Data: 23/11/2018

  
CLARISSA BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
CRM: 2537 - PB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA.  
TRAUMA FECHADO TORÁCICO.  
TRAUMA FECHADO ABDOMINAL COM DEISCÊNCIA DE ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA PRÉVIA.  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM MANDÍBULA; DRENAGEM TORÁCICA; LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA REALIZAÇÃO DE RECONSTRUÇÃO DA ANASTOMOSE ENTEROGÁSTRICA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.2,6,13-15,18(BAM) P.4(RELATÓRIO) P.10(ALTA) P.29(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA+FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO+DERRAME PLEURAL + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO DE ALÇA INTESTINAIS.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA E TORACOTOMIA, EXAME TORACICO PRESERVADO. DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO (APROX 45 GRAUS), LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM < 1,5CM, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

**Resultados terapêuticos:** HOUE RESOLUÇÃO DO TRAUMA ABDOMINAL E TORÁCICO. CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RADIO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2020

**Conduta mantida:**

**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          |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos                                                                                                                                                                                                          | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                      | <b>22,5 %</b> | <b>R\$ 3.037,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200007769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEMAR OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA+FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO+DERRAME PLEURAL + TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LESÃO DE ALÇA INTESTINAIS.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA E TORACOTOMIA, EXAME TORACICO PRESERVADO. DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO (APROX 45 GRAUS), LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL EM < 1,5CM, DIFICULDADE PARA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS.

**Resultados terapêuticos:** HOUE RESOLUÇÃO DO TRAUMA ABDOMINAL E TORÁCICO. CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RADIO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Em grau residual - 10 %                              | 10%       | R\$ 1.350,00          |
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos                                                                                                                                                                                                          | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                      | 22,5 %    | R\$ 3.037,50          |

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA**  
**IDENTIDADE DE ADVOGADO**

**Nome**  
**FLAVIANA DA SILVA CÂMARA**

**Filiação**  
**CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA**  
**ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA**

**Naturalidade**  
**JOÃO PESSOA-PB**

**RG**  
**2671198 - SSP/PB**

**CPF**  
**048.079.624-69**

**Data de Nascimento**  
**15/03/1984**

**Assinatura**  
*Flaviana da Silva Câmara*

**01 12/01/2009**

**Assinatura do Titular**  
**JOSE MARIO PORTO JESUS**

**14540**

**TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL** **07841734**

**USO OBRIGATÓRIO**  
**IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS**  
**(Art. 13 da Lei nº 8.142/91)**

**Foto**

**Assinatura do Portador**  
*Flaviana da Silva Câmara*

**Observações**

**Barcode**