
Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200269415

Vítima: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

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, contados 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



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200269415 Vítima: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 10/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue.
Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 15988271

Pag. 01663/01664 - carta_03 - INVALIDEZ



PREZADOS,

NÃO RECEBEMOS O BOLETIM DE
OCORRÊNCIA, NECESSÁRIO O
PENDENCIMENTO DO MESMO.

CONFORME DOC.MÉDICA, FATO
10/06/2019.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

MATRÍCULA

0709120155 2000 1 00007 052 0006073 95

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) sefe de dezembro de um mil novecentos e noventa e nove	DIA 07	MÊS 12	ANO 1999
HORA DE NASCIMENTO 07:00	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Borborema-PB		
MUNICÍPIO DE REGISTRO Borborema-PB	LOCAL DE NASCIMENTO BORBOREMA		
SITUAÇÃO JOSUE DE OLIVEIRA e GRACIETE DOS SANTOS OLIVEIRA	SEXO masculino		
AVÓS			
PATRINO(S): SEVERINO VITORINO DE OLIVEIRA e EUGÊNIA BRAZ DE OLIVEIRA ; MATRINO(S): GABRIEL FELIPE DOS SANTOS e AMÉRICA LIRA DOS SANTOS.			
GENES NÃO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊNEO(S) NÃO POSSUI		
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) doze de março de dois mil (09/03/2000)	DNV (DEC. NASC. VIVO) NÃO INFORMADO		

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. - Ois: Registro lavrado em 09/03/2000, no livro A-00007, Nº 6073, folha 52. Não consta averbação à margem do livro.

NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil e Notas de Borborema
CARTEIRO REGISTRADOR Regiane de Lourdes Alcororado de Sena
DATA DO REGISTRO 09/03/2000
ENDEREÇO Avenida Afonso Ramalho nº235 Centro Borborema-PB - CEP - 55940-001 FONE: (83) 3361-1062

O conteúdo da certidão é verdadeiro, Dou fé.

Borborema, PB, 04 de novembro de 2011.

Regiane de Lourdes Alcororado de Sena
Regiane de Lourdes Alcororado de Sena
Oficial do Registro Civil

Cartório do Registro Civil e Notas
REJANE ALCORORADO

Borborema - PB
Regiane de Lourdes Alcororado de Sena
Tabela

Entre em contato por um dos nossos canais e vamos trabalhar juntos para melhorar a sua experiência.

[illegible]

5/03/2019
Histórico de Consumo (kWh)
RS 49,74

7306 cca8.6c4f.a684.e20d.0261.6bd5.2b61.

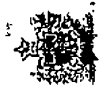
Indicadores de Qualidade

[illegible]

TERM 00114299 AGENTE 114299 AUTE 65469
COBAN:068174 L.O.R:0601 PIV:114299
08/04/2019 BANCO DO BRASIL 14:41:46
269017401 CURR SPONDIENTE BRANCO:0 0272
COMPONDENTE PARAFRASES COM LEO BARBA

CONVENIO: EMERGENCIA PARATIBA

856-908080000	197106154000	05732612019	14.299	82.867-X	08/04/2019	19.71
0350407819						
HR. CONVENIO						
DATA DO PAGAMENTO						
VLR DO PAGAMENTO						
HR AUTENTICADO						



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Joel Santos de Oliveira
DATA DE NASCIMENTO	07/12/99
NOME DA MÃE	Graciete dos Santos Oliveira
DADOS EXTRAÍDOS	
PRONTUÁRIO N.º	116248
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1169637
DATA DO ATENDIMENTO	10/06/19
HORA DO ATENDIMENTO	01:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + fratura de mandíbula
CID 10	S06.9 S02.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, entubado em VM, com trauma facial e TCE, Glasgow 12, pupilas iso/foto, Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e Internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, face, cervical, tórax
RX bacia
USG (fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: fratura de mandíbula

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula

ALTA HOSPITALAR:

17/06/19

DATA DA EMISSÃO:

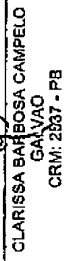
06/12/19

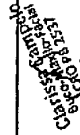
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

Documento de Alta

Nome		Número Prontuário:	
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA		118248	
Data de	Sexo:	Data de Internação:	Data de Alta:
07/12/1998	Masculino	10/06/2019 10:30:31	17/06/2019 09:26:54
Motivo da alta:			
ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
conduta=PACIENTE MELHORADO APTO PARA ALTA			
Resumo da Internação:			
resumo=INTERCENSO=PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO FERIMENTOS EXTENSOS NA FACE E FRATURA EXPOSTA DE MANDIBULA, SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGENCIA PARA RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR E SUTURA DOS FERIMENTOS.			
Resultado de Exames:			
resultadoExames=TC FACE			
Tratamento:			
tratamento=TRATAMENTO CIRURGICO DE EMERGENCIA SOB ANESTESIA GERAL PARA RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR E SUTURA DE MÚLTIPLOS FERIMENTOS NA FACE			
Diagnóstico:			
S02.6 - Fratura de mandibula			
Recomendações:			
recomendações=EM ANEXO			

Data: 17/06/2019


CLARISSA BARBOSA CAMPELO
GALVÃO
CRM: 2837 - PB


HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
Sede: Rua Humberto Lucena, 100 - Centro - João Pessoa - PB

THESE

Sector: Conf. U.S. 02

O(a) portador(a) deste documento está autorizado(a) a acompanhar o(a) paciente Paulo Roberto Santos internado neste Hospital. O acompanhante foi orientado com relação às normas e rotinas do Hospital, bem como os respectivos horários de troca de acompanhante (das 07:00 às 09:00hs e das 17:00 às 20:00hs) e sobre as refeições.

Critério de Autorização: Ud4 polibutir.... (Ex.: paciente idoso, paciente restrito ao leito, paciente criança/adolescente, etc).

Período:

Reavalição:

Reavaliação:

Observações: O acompanhante deverá comparecer **DIARIAMENTE** à Recepção Administrativa para registrar a entrada ou permanência.

Não é permitido fumar e ingerir bebida alcoólica nas dependências do Hospital.

João Pessoa, 03/06/2001.

8603-10-58
SOUTHERN
SOUTHERN

Assistente Sociale

F(NG).APC5OC,014-1,



0425122-2
1310074

RELATÓRIO DE CIRURGIA

1999

[illegible]

~~Bruma do Silva Mesquita
Cirurgia Bucodental e Odontol
CRP 0085.28~~

Médico/CRM:

João Pessoa.

10/06/19



RELATÓRIO DE CIRURGIA

7:45 AM

NOME:	JOEL	DOS SANTOS	BE/PRONTUÁRIO	1169837
IDADE:	19	SEXO: M	COR:	DATA: 10/06/19
CLÍNICA/SETOR:	BMF	EMP:	LR:	
CIRURGIA:	OSTEOSSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA			
CIRURGIÃO:	DR BRUNO MESQUITA	1º ASS:	ANDRE RESIDENTE	
2º ASS:	GLAUCY RESIDENTE	3º ASS:		
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:		
TIPO DE ANESTÉSIA:	GERAL	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:	

[illegible]

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:	N
DESCRIÇÃO:	N
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:	N

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 TERAPIA INTENSIVA _____
 ENFERMARIA _____
 RESIDÊNCIA _____
 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO _____
 DATA: 10/03/19 _____
 MÉDICO/CRM: _____

~~Clergy~~ - ~~Mariakidal~~

CRO-PE: 93

三

1-1-1

6119 07:56
Horsehair
Mouth
-
Cannibal
-
BBB - C
PAB

619-2844-
Soni Ch O. Jeyaraj, 16030

106/19-1812 Jesseame Santos de Oliveira 3.699.913

106(19) 09.55
VORREDE V.
JANUAR 4 160030

06-14 19.74 Joseane Santos pleo 3699914

1967-1980 - 1980-1981



RELATÓRIO DE CIRURGIA

4554

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL	
ANTISEPSIA INTRA E EXTRA ORAL + POSICIONAMENTO DOS CAMPOS	
ANESTESIA TERMINAL INFILTRATIVA EM ÁREA ABOARDADA	
ACESSO AOS COITOS FRATURADOS	
OSTEOSSÍNTESE COM: SISTEMA 2.4 D1 PLACA RETA 10F 2.4 + 08 PARAFUSOS LOCKING 13MM	
SISTEMA 2.6/1.5 PLACA RETA 8F SEI INTERVENIÁRIO CORTADA P/4F + 4 PARAFUSOS DE 3MM + 1 PARAFUSO 1.5 10/4	
SUTURA	
CURATIVO	
PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS	
PCTE ENCAMINHANDO PARA URPA	
AOS CUIDADOS DA ANESTESIA	
Condução:	
Fechamento:	
Observação:	

~~சுயம்மேல்வருவது~~
~~சுயம்மேல்வருவது~~

João Pessoa,

10/06/19

Médico/CRM:

[illegible]

QBS: O café da manhã é sempre autorizada pelo dia anterior.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

4552-73-5



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual do Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O(A) SR(A)
JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

RG (IDENTIDADE)
4428701

FOI ATENDIDO (A) POR CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

DO(A) POSTO IB - ENF 12

NO DIA 10/06/2019 01:21:00

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S06.9
T14.9

OBSERVACÃO
 CID S02.6

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTÓLOGO

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.112 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

CLARISSA BARBOSA CARTEIRA Nº 100
(253771) - 08/11/2011
Clad. 100

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

~~Bruno de Silva Mesquita
Cirurgião Dentista~~

João Pessoa,

10/06/19

Médico/CRM:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Discussion

NOME:	JOEL DOS SANTOS	BE/PRONTUÁRIO	1169637
IDADE:	19	SEXO:	M
CLÍNICA / SETOR:	BMF	COR:	
CIRURGIA:	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA		
CIRURGIÃO:	DR BRUNO MESQUITA	1º ASS:	ANDRE RESIDENTE
2º ASS:	GLAUCY RESIDENTE	3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	
TIPO DE ANESTESIA:	GERAL	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:

CID
S026
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CÓDIGO

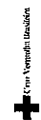
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:	N
DESCRIÇÃO:	N
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:	N

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA _____
RESIDÊNCIA _____ ÓRITO DURANTE ATO CIRÚRGICO _____
MÉDICO/CRM: Bruno da Silva Mesquita DATA: 10/06/19
Cirurgia bucal e de face
CRM 55.26



Hospital Estadual de Emergência • Yaguajay



Receituário

Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA
Data: 17/05/2019 09:23:05
Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1159637
Idade: 19

ORIENTACIÖES

RETORNAR DIA 20/06
DIETA LIQUIDA PASTOSA
HIGIENE ORAL RIGOROSA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma



Receituário

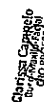
Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA
Data: 17/06/2019 09:23:05
Sexo: Masculino CPF: Nºº Informado BAE: 11699537
Idade: 19

ORIENTACÕES

RETORNAR DIA 20/06
DIETA LIQUIDA PASTOSA
HIGIENE ORAL RIGOROSA



Dr.^a CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO



Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
2537/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, SIN Conj. Pedro Gondim João Passoa - Paraliba - Cep:58031-090

1945

Public Service
Employees' Union
Local 1000

URPA S/A N°:
CHES: 125674 - 75

Nome	JOEL DOS SANTOS	Estado de Assunto	118567	País de origem	BRASIL	País de origem	BRASIL
Data de nascimento	01/01/2000	Data de nascimento	01/01/2000	País de origem	BRASIL	País de origem	BRASIL
Tempo de internação	4h 46min	Tempo de internação	4h 46min	País de origem	BRASIL	País de origem	BRASIL
Data de entrada	10/08/2019 10:30:31	Data de entrada	10/08/2019 10:30:31	País de origem	BRASIL	País de origem	BRASIL

EVOLUÇÃO MÉDICA (MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS - 10/05/2019 14:30:38)

EVOLUÇÃO	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO.
		#Anestesiologia: RPA 14:00 - 1.50 O Tratamento cirurgico foi interrompido devido a EGG. Intubação chegou ao Yossipal já intubado. Vtl-PCV separado e colocado em 2.º e 3.º espaços. Hemocritimização venite estável a 37,4.
		EM uso: CEFAZOLINA
		Sinais vitais: PA 130 X 80; FC 100; SPO2 98. Diátese e 1.º e 2.º.
		Monitorização: física + SVD. Acesso venoso periférico.

Ap exame: ECG: freq. de 74 bpm. Pulso bem palpável, adequado, sem edemas. Ausc. pulmão: r. v. e a. norm. r. c. v. e a. norm. r. abd.: RHA - s/VMG
AP e ACV: NDN

Exames laboratoriais: não encontrados

CD: * Solicito exames laboratoriais/ gasometria arterial
vigilância intensiva
medidas de neuroproteção
Aguardando vaga de UTI

Seção: AFEA LARANJA - LDC B Leito: LEITO-001
Profissional responsável pela internação: MARCUS VINÍCIUS DE SOUZA, RA 401

ဒုတိယ ဝိသုဒ္ဓိသုတ္တံ၊ သုဒ္ဓါယနနိ

 <p>GOVERNO DA PARAGUAI</p> <p>Asociación Nacional de Empleados de Teatros Sindicato Nacional de Actores</p>  <p>Cruz Vermella Paraguaya</p>	 <p>GOVERNO DA PARAGUAI</p> <p>Asociación Nacional de Empleados de Teatros Sindicato Nacional de Actores</p>  <p>Cruz Vermella Paraguaya</p>
--	--

Recitatório	
Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Idade: 19
Data: 17/05/2019 09:22:03	Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1165537
RETORNO	
RETORNAR QUINTA FEIRA DIA 20/05	
1000 HORAS	
PROCURAR DR ANDRE (RESIDENTE)	
HOSPITAL DE TRAUMA	

Recitatório	
Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Idade: 19
Data: 17/05/2019 09:22:03	Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1165537
RETORNO	
RETORNAR QUINTA FEIRA DIA 20/05	
1000 HORAS	
PROCURAR DR ANDRE (RESIDENTE)	
HOSPITAL DE TRAUMA	

HEETSIL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:55031-090



GOVERNO DO PARÁ

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DO PARÁ

Impresso por: YVON ROMMEL
FISUEIRA DE LUNA
Em: 10/05/2019 22:31:39

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CRES: 454533 - TM: 8332165703

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Idade	19	Sexo	Masculino	Procedido	11024	Raça	BRANCO	Permanência no Leito	BRANCO
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19	Sexo	Masculino	Procedido	11024	Raça	BRANCO	Permanência no Leito	BRANCO
Forma de internação	13h 11min	Idade	19	Sexo	Masculino	Procedido	11024	Raça	BRANCO	Permanência no Leito	BRANCO
Data de entrada	10/05/2019 01:20:23	Idade	19	Sexo	Masculino	Procedido	11024	Raça	BRANCO	Permanência no Leito	BRANCO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (YVON ROMMEL FISUEIRA DE LUNA - 10/05/2019 22:31:39)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDEMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE PROVENIENTE DA URPA EM 1 DPO CORREÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA APÓS AC AUTOMOBILÍSTICO (MOTO X TUBO EM TRATAMENTO CONSERVADOR PELO NEURO CIRURGIÃO). CHEGA A UTI ENTUBADO, SEDADO, VIM, PUPILAS MÓTICAS, ISOCÓRICAS, HEMODINÂMICA ESTÁVEL.

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. POS OP CORREÇÃO FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA 2. TCE TIO CONSERVADOR 3. AC MOTO X MURO

MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. SUPORTE INTENSIVO 2. SUPORTE HEMODINÂMICO 3. SUPORTE NEUROLÓGICO

IMPRESSÃO CLÍNICA

DESCRIÇÃO:

PACIENTE GRAVE EM POS OP CIRURGIA BUCOMAXILO

ANTIBIÓTICOS

1. CEFTRIAXONA

SONDAS, DRENOS E CATERETES

1. SVO

2. TOT

CHECAAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DECÓRTO ELEVADO. PROFUNDIDADE DE GLCERA DE ENTRESSA INÍCIO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: 10.00.19

ESCALA DE RASS: 3 SEDADO MODERADO

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ESPONTÂNEA: 500 TOT

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC 88.00

DIPOAS: 98K

SISTEMA NEUROLÓGICO

AO: MÃO ABRE 1

EVOLUÇÃO: TC CRÂNIO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: EXTERNA

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA PERIODICA

EVOLUÇÕES FINAIS

OUTROS EXAMES:

GOVERNO DO PARÁ	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
GOVERNO DO PARÁ	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Paciente: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Idade: 19
Data: 17/05/2019 08:18:42	Sexo: Masculino CPF: 1165637

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

USO INTERNO	USO EXTERNO
DIPRONA COMP. TOMAR 01 COMP VO DE 68 HORAS EM CASO DE DOR	PERICARDIO (COLUTORIO) - 01 FR
FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA	FAZER BOCHECHOS 3 X AO DIA

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

Dr. CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVÃO

2537/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

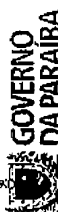
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Passos - Parailha - Cps:58031-090



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



INTERNO, SIN -
CNES: 454652 - Tel:
Impresso por: WHANNY
CRISTINA DOS SANTOS
ALBUQUERQUE
Em: 17/06/2019 21:15:02

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento	1169637	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/12/1959	Idade	19	Sexo	Masculino	CNS	116248
Tempo de Internação	1d 10h 45min	Convênio	SUS	Plantão	NOTURNO		
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data Internação	10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade:	1d 19h 55min	Permanência no Leito:	22h 42min

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Recatatório de Controle Especial

Unidade de Saúde

Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena - Av. Odebrecht Lúcia, SN Conj. Pedro

Coordenador Local P. Especial - Paraíba - Cep: 55031-930

Paciente

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Idade

19

Sexo

M

CPF

1169637

Endereço do Paciente

Rua Manoel de Araújo, 100 - Jd. do Bonfim - CEP: 55031-930

Unidade de Saúde

Hospital Estadual de Emergência e Trauma - Senador Humberto Lucena - Av. Odebrecht Lúcia, SN Conj. Pedro

Coordenador Local P. Especial - Paraíba - Cep: 55031-930

USO INTERNO

CLINICA INTERNA 300KG

01 CX

Tomar 100mg de 800mg durante 07 dias

USO INTERNO

CLINICA INTERNA 300KG

01 CX

Tomar 100mg de 800mg durante 07 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo:

CPF:

Endereço:

Cidade:

UF:

Data:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome completo:

CPF:

Endereço:

Cidade:

UF:

Data:

INTERCORRÊNCIAS MEDICAS WHANNY CRISTINA DOS SANTOS ALBUQUERQUE - 17/06/2019 21:02:59

INTERCORRÊNCIA

DESCRIÇÃO:

EVOLUÇÃO NOTURNA

PACIENTE GRAVE, SOB SEDACÃO E ANALGESIA, PUPILAS ISOMIOTICAS, INTUBADO EM VMI, SEM SECREÇÃO PULMONAR, AFEBRIL E HEMODINÂMICA ESTÁVEL, SEM DVA, DIURESE REGULAR, EM BOA QUANTIDADE E COM SINAIS VITAIS DENTRO DA NORMALIDADE.
CD: SUGIRO REALIZAÇÃO DE TQT

Sessão: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: LETO - 002

Profissional responsável pela informação: WHANNY CRISTINA DOS SANTOS ALBUQUERQUE

Número Conselho: 8518

Dr. Wilson Albuquerque
Médico Intensivo
Núcleo de Hemodinâmica
Cardiologia - CRM 8518

NOME: JOSELENE VARELA BILQUENICO		Data/Hora Entrada: 10/06/2019 01:20:23		Data/Hora Saida	
Data de nascimento: 07/12/1989		CNS: 116248		Preenchimento: 11/02/48	
Tempo de internação: 23h 42min		Sexo: Masculino		Paciente: DIURNO	
Data de Entrada: 10/06/2019 01:20:23		Convênio: SUS		Permanência no Leito: 11h 39min	
Data Intermédio: 10/06/2019 10:30:31		Permanência na Unidade: 1d 8h 52min			

AC: NÃO ABRE 1	RV: TUBO
EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO	CABEÇA NEUTRA, TC CRÂNIO DROGAS: DORIGNITO + FENTANIL
PUPILAS: ISÓPTORREGENTES	PARESES: NÃO
EXAME FÍSICO:	LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA
SEDADO	

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL	ABDOMEN: PLANO, FLACIDO
DIETA: ENTERAL	
EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO	
EXAME FÍSICO:	
AINDA NÃO INICIOU DIETA	

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO	
EVOLUÇÃO: ANTIBIOTOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: NÃO	
EXAME FÍSICO:	
AFEBRIL	

SISTEMA RENAL/METABÓLICO	
DIURÉTICO, QUAL? NÃO	DIURESE PARA ÚTILMAS 24HS: 650.00
EDEMA: SEM	
EVOLUÇÕES FINAIS	
CONCLUSÕES:	
CUIDADOS INTENSIVOS	
ACOMPANHAMENTO COM O NEURO E BUCOMAXILA	
INICIAR DIETA ENTERAL	

Seção: UPO - ENF 30 SALA 03 Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela internação: DARCY SANTOS DELFINO

Dra. Darcy Delfino
Médica
CRM: 1538-PB
Número Conselho: 4533

Identificação do paciente									
ID	1417144	Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA			Sexo	Masculino		
Data de nascimento	07/12/1989	Idade	19 anos 6 meses 14 dias			Religião			
Nas	GRACIETE DOS SANTOS OLIVEIRA								
Escolaridade	JOSUE DE OLIVEIRA								
DDD Celular	83	Celular	988841634			Responsável (Parentesco)	- ACOMPANHANTE		
Tipo documento	RG (IDENTIDADE)		Número documento		4428701	DDD			
Local de procedência	HOSPITAL REGIONAL DE QUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO								
UF	PB								
Unidade de Saúde	NOVA ESPERANÇA								
CPF	709108515699638								
Local de residência	Município de residência								
UF	PB								
Complemento	BORBOREMA								
Admissão	Número da pulsoira								
1000007584557									
Data e Hora	10/06/2019 01:20:23								
Especialidade	Clínica								
Classificação de risco	ACIDENTE DE MOTOCICLETA								
Cardiologia	Motivo do atendimento								
ACIDENTE DE MOTOCICLETA									
Indicadores e Transporte									
Caso potencial	Plano de saúde		Valor de ambulância		Trauma				
Não	Não		Não		Não				
Motivo do transporte	Quem transportou								
ULANCIA									
Sinais Vitais									
PA	X		mmHg		Pulso		Temperatura		
Exames complementares									
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []			
Dados clínicos									
Diagnóstico									
Atendido por	VIRGINIO DA SILVA								
CID									
Tempo	11seg								

Imprimir

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente: JOEL DOS SANTOS
Data de nascimento: 07/07/2009
Idade: 19m 5m 9d
Sexo: Masculino
Mão: NÃO IDENTIFICADO
Endereço: PROJETADA, SN
Município: GUARABIRA
UF: PB
Nº Cons. Regional: 5126PB
Data/Hora Prescrição: 10/06/2019 09:29:10

Anamnese

PACIENTE EXIPIO IMEDIATO FOI PRESCRITO PELA BMF. MAS, O PACIENTE FOI INTERNO PELA NEUROCIRURGIA, NO MOMENTO INTUBADO SOB INTRATECA, TENDO A BMF DE CONDUZIR O CASO. SERÁ ACOMPANHADO PELA BUCA APÓS ALTA DAS DEVAIS ESPECIALIDADES S/ ZIRO E INTER DIETA SÓ SNE E HIGIENE ORAL RIGOROSA.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 51461PB)

JOEL DOS SANTOS

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34

YSLA
SAS

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Apelido de Atendimento	118337	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/07/1999	Idade	19	Sexo	Masculino	Prontuário	118248
Tempo de internação	2d 8h 27min	Convênio	SUS			Plano	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data Internação	10/06/2019 10:30:34	Permanência na Unidade:	2d 17h 37min	Permanência no Leito	1d 20h 24min

DESCRIÇÃO:

GRAVE ESTÁVEL

ANTIBIÓTICOS

1: CEFTRIAXONA

SONDAS, DRENOS E CATETERES

1: SVD

2: TOT (ATE 12/06)

CHECAGEM DE METAS

EVOLUÇÃO: DÉBITO ELEVADO, PROFILAXIA PARA TYP, PROFILAXIA DE ÚLCERA DE ESTRESSE, LIMPEZA DE CAVIDADE ORAL 30HRS

INÍCIO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA; 10% ESCALA DE PASS: 2 AGITADO

EXAME FÍSICO: MV FANT SRA

RX TORAX: ANEXO

SISTEMA RESPIRATÓRIO

FR: 12,00

SECREÇÕES: SEM ALTERAÇÃO

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: 72,00

PA: 128/78

SPO2: 95,00

DROGAS: SEM

EVOLUÇÃO: PULSOS PERIFÉRICOS

EXAME FÍSICO: RCR EM 2T S/S

SISTEMA NEUROLÓGICO

AC: NÃO ABRE 1

RV: TUBO

EVOLUÇÃO: SEDAÇÃO, CABEÇA NEUTRA, TC CRÂNIO DROGAS: DORMIDON + FENTANIL

PUPILAS: ISÓFOTOREAGENTES

PARESES: NÃO

LAUDO TC CRÂNIO: NO SISTEMA

EXAME FÍSICO:

SEDADO

SISTEMA DIGESTIVO/NUTRICIONAL

DIETA: ENTERAL

EVACUAÇÃO: SEM RELATO

ABDÔMEN: PLANO, FLACIDO

EVOLUÇÃO: RHA POSITIVO

EXAME FÍSICO:

AINDA NÃO INICIOU DIETA

SISTEMA TÓXICO/INFECIOSO

EVOLUÇÃO: ANTIBIOTICOTERAPIA, ANTIBIOTICOTERAPIA ADEQUADA FERIDA: NÃO

EXAME FÍSICO:

AFEBRIL

SISTEMA RENAL/METABÓLICO

DIURÉTICO, QUAL: NÃO

EDEMA: SEM

EVOLUÇÃO: GLUCEMIA CONTROLADA


Siglo: UPO - ENF 30 Sala 03

Profissional responsável pela informação: BRENO GRACIOSO CARDOSO

Número Conselho: 7851

CUIDADOS
CABECEIRA ELEVADA A 30°
HIGIENE ORAL RIGOROSA
OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

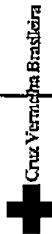
EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA DE SEIOS DA FÁCE
Conduta
Em observação


Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Bucodentofacial
CRM: 5126

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 5126/PB)

JOEL DOS SANTOS

Atim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Humberto Lucena



INTERNO, SIN -
CNES: 4545454 - Tel.:

Impresso por: BRENO
GRACIOSO CARDOSO
Em: 12/06/2019 18:57:38

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento	1169937	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data da nasc/menlo	07/12/1993	Idade	19	Sexo	Masculino
Tempo de internação	24 8h 27min			Convênio	SUS
Data da Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data internação	10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade:	24 17h 37min
				Permanência no Leito	14 25h 24min

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRENO GRACIOSO CARDOSO - 12/06/2019 18:57:21)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE TAVA LASCADO, MAS NOS CONSEGUIMOS EXTUBAR E FAZER UM MONTE DE COISAS, ISSO SO PARA QUE EU NÃO TIVESSE QUE PASSAR O ACESSO CENTRAL NEM TROCAR O TUBO ... PUTZ, DETES-C TROCAR TUBO DE PACIENTE GOGUENTO!

PACIENTE COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO, SEDADO, EM USO DE DORMONID, FENTANIL E PROPOFOL (AGITAÇÃO NO DIA ANTERIOR), REAGE AOS ESTÍMULOS, PUPILAS ISÓFOTAS, INTUBADO SOB VMI, BEM ADAPTADO APESAR DO CUFF FURADO, COM ESCAPE AEREO, AUSCULTA RESPIRATORIA COM RUIDOS DE TRANSMISSÃO; ACESSO VENOSO PERIFÉRICO (MSE) EM USO DE NORADRENALINA EM BAIXAS DOSES. POLI ESCÓRIADO, FERIDA OPERATORIA EM FACE ESQUERDA.

RECUPERADA TC DE CRÂNIO FEITA ONTEM (COM NOME DE JOEL DOS SANTOS), SEM SINAIS DE EVENTOS NEUROLÓGICOS AGUDOS. BOA EVOLUÇÃO AO DESMAME DA SEDACÃO, PORÉM PIORA DO PADRÃO RESPIRATORIO DEVIDO AO CUFF FURADO, ENTRE SEDAR E TROCAR TOT, OPTAMOS POR REALIZAR EXTUBAÇÃO, COM SUCESSO.

EXAMES DE 12/06: HB 10.7, L 14930 (4 BASTÕES), PQT 255000; Na 138, K 3.3; U 22, C 1,12.

#EVOLUÇÃO NOTURNA#

PACIENTE COM QUADRO ESTAVEL, SEM SEDATIVOS. CONSCIENTE, ALGO ORIENTADO, AGITADO #4+ SEM DEFICIT MOTOR APARENTE; VENTILA ESPONTANEAMENTE SEM OZ SUPLEMENTAR (RETRADA VENTURI À TARDE), MANTEM PADRÃO RESPIRATORIO CONFORTAVEL, AUSCULTA RUDE SRA; ACESSO VENOSO PERIFÉRICO, PERVIO.

CDT

1. VIGILANCIA DO QUADRO RESPIRATORIO
2. PROGRAMAR ALTA DENTRO DAS 48H SE ESTABILIDADE.
3. ACOMPANHAMENTO COM A BMF (APESAR DE NÃO HAVER MAIS CONDUTA A ADOTAR)
4. SUPORTE CLÍNICO
5. LIBERO DIETA ORAL DE PROVA (JÁ ACEITOU LÍQUIDOS E PASTOSOS)

MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

1. PÓ DE CORREÇÃO DE FRATURA DA MANDIBULA 2. TCE TRAT. CONSERVADOR
3. AC. DE MOTORISTO

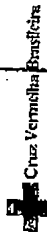
MOTIVO DE PERMANÊNCIA (INTERCORRÊNCIAS)

1. SUPORTE INTENSIVO
2. S. VENTILATORIO

DOENÇA MÓRBIDA / PRÉVIA

1. SEM RELATO

IMPRESSÃO CLÍNICA



Crux Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impressa por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO
GALVAO
Em: 14/06/2019 11:20:34

INTERNO, SN -
CNES: 45547 - Tel:

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento	1166637	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Dela/Hora Saída	
Data de nascimento	07/12/1993	Idade	19	Sexo	Masculino	CNS	705108515899538
Tempo de fila: espera	4d 30min	Idade	19	Convênio	SUS	Plano	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data de Internação	10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade:	4d 5h 40min	Permanência no Leito:	17h 28min

EVOLUÇÃO MÉDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 14/06/2019 11:00:22)

EVOLUÇÃO

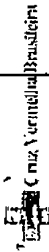
PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO SDO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA, SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS DE DOR, ABERTURA BUCAL NORMAL. FERIMENTOS SUTURADOS EM POSIÇÃO SEM SINAIS DE DEISCÊNCIAS, INFECÇÃO OU SANGRAMENTO ATIVO
CD PERMANECER COM ATB ATE TERMINO DO CICLO
SOLICITO CURATIVOS COM A COMISSAO ODONTOLOGIA HOSPITALAR
SOLICITO EXAMES DE CONTROLE

Sessão: POSTO IA - ENF 2 - Leitor: LEITO - 002
Profissional responsável: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

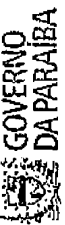
Número Conselho: 2337

Clarissa Campelo
Belo Horizonte - MG
CPF: 034.253.715



Crux Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Boletim	JOEL DOS SANTOS	RAE	1166637	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data Saída	
Data de nascimento	07/12/1993	Idade	19	Sexo	Masculino	CNS	705108515899538
Tempo de fila: espera	4d 30min	Idade	19	Convênio	SUS	Plano	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data de Internação	10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade:	4d 5h 40min	Permanência no Leito:	17h 28min

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO CURSANDO COM FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA, OPERADO DE URGÊNCIA EM UPE PLANTONISTA SOB ANESTESIA GERAL PARA OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA, PROCEDIMENTO SEM COMORBIDADES. PACIENTE ENCAMINHADO PARA UPPA, AOS CUIDADOS DA ANESTESIA.

Conduta

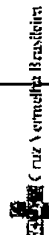
Em observação

Silvio da Silva Mesquita
Cirurgião Buciomaxilo-facial
CRM: 31261/PB

JOEL DOS SANTOS

BRUNO DA SILVA MESQUITA
(CRM: 31261/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Paciente JOEL DOS SANTOS

Data de nascimento 07/07/2000

Idade 19a Anos

Sexo Masculino

Mãe NÃO IDENTIFICADO

Endereço PROJETA DA SN

Assdente ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Motivo X OBJETO

Data/Hora Classificação 10/06/2019 01:20:23

RAE 1169637

Data/Hora Entrada 10/06/2019 01:20:23

CNS 853 000090000

Telefone de Contato 853 000090000

Plano de Saúde

UF PB

Nº Cont. Regional 6800013

Profissional GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA

Data/Hora Prescrição 10/06/2019 01:05:29

Anamnese

NEUROCIRURGIA TCE GRAVE AO EXAME COM PAINACOLÓGICO IOT + VN PUPILAS ISO MÓTICAS TC COLUNA CERVICAL NORMAL TC RANTO NORMAL FRATURA FACE ASSOCIADA CONDUTA: APÓS CIRURGIA BUCO SUSTENDEDO, AO PARA ANALISAR DESFRASE - NEUROLÓGICO

DIETA DIETA ZERO, VITA NENHUMA

MEDICAÇÃO SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA EV., 24H

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA EV., 888T, POR 7 DIAS

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV., 66H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV., 888T, DURANTE 8 HORAS(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

OMEPRAZOL 40MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA EV., 1X AO DIA

CUIDADOS CABECEIRA ELEVADA A 30°

AFERIR PA E FC

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

EXAME LABORATORIAL

CREATININA

UREIA

POTÁSSIO

SÓDIO

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAFIA COMPLETO

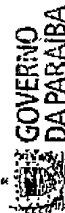
CID10

Código

Descrição



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CINES: 443565 - Tel: 8332165700

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento	1169637	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23
Data de nascimento	07/07/1999	Idade	19	Sexo	Masculino
Tempo de internação	5d 3min	Convênio	SUS	CNS	705105515899538
Data da Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data de Internação	10/06/2019 10:30:31	Plano de Saúde	DIURNO
		Remanejo na Unidade:	6d 9h 13min	Remanejo no Leito:	1d 17h 1min

EVOLUÇÃO MÉDICA (RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU - 15/06/2019 10:24:09)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE NO 6 DPO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS DE DOR, ABERTURA BUCAL NORMAL, FERIMENTOS SUTURADOS EM POSIÇÃO SEM SINAIS DE DEISCÊNCIAS, INFECÇÃO OU SANGRAMENTO ATIVO
CD PERMANECER COM ATB ATÉ TÉRMINO DO CICLO
SOLICITO CURATIVOS COM A COMISSÃO ODONTOLÓGICA HOSPITALAR

Sessão: POSTO 1A - ENF 2 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela Informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU

Assinatura de Rodolfo Torres Soares Boulitreau
CRO-PB 3171
Número Conselho: 3777

AV. ORESTES LUSO, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel: 8332165700

Impresso por: RODOLFO
TORRES SOARES
BOULTREAU
Em: 16/06/2019 10:45:03

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Bolém de Atendimento	1166537	Data/Hora Entrada	10/06/2019 05:20:23	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19	CNS	70810851589638	Previdência	116248
Tempo de internação		Sexo	Masculino				
		Convênio	SUS				
Data da Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data Internação	10/06/2019 10:30:31	Remissão na Unidade:	68 9h 25min	Plantão	DIURNO
							2d 17h 13min

EVOLUÇÃO MÉDICA (RODOLFO TORRES SOARES BOULTREAU - 16/06/2019 10:40:03)

EVOLUÇÃO
PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
BMF
PACIENTE NO 7 DPO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, SUBMETIDO A RECONSTRUÇÃO INTRAÓSSEA, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS DE DOR, ABERTURA BUCAL N. 4. AL. FERIMENTOS SUTURADOS EM POSIÇÃO SEM SINAIS DE DEISCÊNCIAS, INFECÇÃO OU SANGRAMENTO ATIVO
OD PERMANECER COM ATB ATÉ TÉRMINO DO CICLO
SOLICITO CURATIVOS COM A COMISSÃO ODONTOLÓGICA HOSPITALAR

Seção: POSTO IA - ENF 2 - Leito: LEITO - 002
Profissional responsável: pelo: Informação: RODOLFO TORRES SOARES BOULTREAU

Número de Registro: 3777
Rodolfo Torres Soares Boultreau
Cirurgia e Traumatologia
Estado da Paraíba
CRO-PB 3777

CENTRO CIRÚRGICO
Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58075210
Tel:
CNPJ: 122332

Paciente	JOEL DOS SANTOS	RAE	1166537	Data/Hora Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data/Hora Saída	
Data de nascimento	07/12/1999	Idade	19	CNS	70810851589638	Previdência	116248
Tempo de internação		Sexo	Masculino				
		Convênio	SUS				
Data da Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data Internação	10/06/2019 10:30:31	Remissão na Unidade:	68 9h 25min	Plantão	DIURNO
							2d 17h 13min

Apamense
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTORVEICULAR, ORIBUNDO DE GUARABIRA, E TRANSPORTADO EM AMBULÂNCIA PARA O HOSPITAL, COM QUEIXAS DE DOR, ABERTURA BUCAL N. 4. AL. FERIMENTOS SUTURADOS EM POSIÇÃO SEM SINAIS DE DEISCÊNCIAS, INFECÇÃO OU SANGRAMENTO ATIVO
OD PERMANECER COM ATB ATÉ TÉRMINO DO CICLO
SOLICITO CURATIVOS COM A COMISSÃO ODONTOLÓGICA HOSPITALAR

MEDICAÇÃO
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTRIA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000 ML VIA C.V. CONTÍNUA, 08 A 12/24H

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/C CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX
LITRASSONOGRAFIA - FAST
RADIOGRAFIA DE BACIA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10			
Código			Descrição
7149			Transtorno da especificidade

Conduta
em observação

Dr. Rodolfo Torres Soares Boultreau
Cirurgia e Traumatologia
Estado da Paraíba
CRO-PB 3777

Bolém registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34

3069 Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Em observação

JOEL DOS SANTOS

GUSTAVO CARVALHO PATRÍCIA
(: 8800731)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 10/06/2019 01:20:34

Dr. Gustavo Carvalho Patrici
CRM 43.880
Neurologia



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucas

GOVERNO
DA PARAIBA

INTERNO, SIN -
CNES: 451547 - TEL:

Impresso por: CLARISSA
BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 17/06/2019 09:28:19

Nome	JOEL SANTOS DE OLIVEIRA	Boletim de Atendimento	1159537	Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data para Saida	
Data de nascimento	07/12/1980	Idade	19	CNS	708108515599538	Prontuário	116248
Tempo de internação	ed 22h 56min	Sexo	Masculino	Convênio	SUS	Plano	DIURNO
Data de Entrada	10/06/2019 01:20:23	Data Internação	10/06/2019 10:30:31	Permanência na Unidade	7d 2h 0min	Permanência no Leito	de 16h 54min

EVOLUÇÃO MÉDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 17/06/2019 09:28:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

BMF

PACIENTE NO 8º DO DE RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR, NO MOMENTO SEM EDEMA, SEM QUEIXAS DE DOR
AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO, DEISCÊNCIAS OU SINAIS DE INFECÇÃO, EXAMES DE CONTROLE
DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE
CD ALTA DA BMF

Setor: POSTO IA - ENFZ Leito: LEITO - 092
Profissional responsável pela Informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

Dr. Gustavo Carvalho Patrici
CRM 43.880
Neurologia

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
713.557.734-58

Nome

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Nascimento
07/12/1999

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO: JOSÉ DE OLIVEIRA
 NASCIMENTO: 07/12/1989
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BOREOREMA - PB
 DOCUMENTO: C. I. 428701 1805/2016 S805 PB
 LEI Nº 9.046 DE 19 DE MAIO DE 1995
 CPF: 713.637.734-58 CNH:
 TIT. ELEITOR: SEÇÃO:
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 2006/2016

Assinatura

100

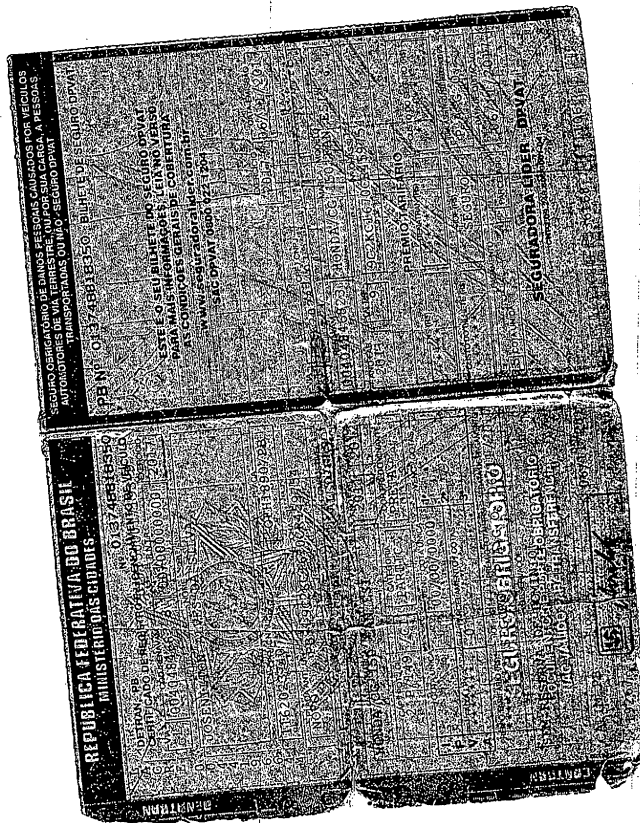
MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

207.03878-37-5

4059371 0050 PB

4059371 0050

03





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: Joel Sampaio De Oliveira

DATA DO ACIDENTE: 10-06-2017 CPF DA VÍTIMA: 313.557.734-58

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM A VÍTIMA E _____

ENDEREÇO DO PORTADOR: _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BARRIO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() INAPROPRIABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO

() BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES ORIGINAIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAS ORIGINAIS E LEGÍVEIS DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTO - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• VALOR DO SEGURO - R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E CINCO CENTOS REAIS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONFORMATAIS.

• O VALOR PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PERÍODO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 0371 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: _____

IDENTIDADE: 314553-5

ASSINATURA: _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: _____

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



17/10/17



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ESTIMULÁRIO / Responder

TELEFONE / Phone Number: _____

ENDEREÇO / Address: Seguradora Líder

CIDADE: Curitiba UF / State: PR PAÍS / Country: Brazil

DATA: 10 de Junho

ATENDIMENTO





O Seguro do Acidente de Trânsito

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:
4020-1596 (regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800 022 12 04 (outras regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

@segu_oficial
 DPVAToficial
 seguradoralider-dpvt

BLOQ: www.vivesequrottransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address		83 994 00 0045	
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
51800-000	Salvador	BA	BRA

REGULAR MATERIAS E PRESENCIA O MEIO AMBIENTE - UPT

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ATENDIMENTO



DEVOLUÇÃO (Return)		(cm?)	
<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> FALTOU (Missing)	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> FALTOU (Missing)
<input type="checkbox"/> RECIPIENTE (Recipient)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient address)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Indicated number does not exist)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INCORRETO (Incorrect address)
<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)
<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)	<input type="checkbox"/> NÃO RECEBIDO (Not received)
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª			
Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
<input type="checkbox"/> Informado (Notified) <input type="checkbox"/> Não informado (Not notified)			
Data / / Responsável			



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: JOEL SALES DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE: 10.06.2019 - CPF DA VÍTIMA: 113.553.334-55
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VÍTIMA É:
ENDERECO DO PORTADOR: Rua Gilvato Lagoas
Nº: 170 COMPLEMENTO: Casa UF: BA CEP: 51235-000
CIDADE: Salvador E-MAIL: selis@segurottransito.com.br TELEFONE: (35) 994 00 0045

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() TABELA DO IMPL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMPL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMPL ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DE VÍTIMA

(X) BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DE VÍTIMA

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, MAIS COMO CÓPIA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OUTRAS
(X) NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, MAIS COMO CÓPIA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 15.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.000,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- VALOR DO SEGURO: R\$ 15.000,00 (QUINZE MIL REAIS) (RETRIBUIÇÃO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 8189

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA: 10/06/2019
NOME: JOEL SALES DE OLIVEIRA
ASSINATURA:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0211540/20

Vítima: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 713.557.734-58

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 10/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA : 713.557.734-58

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 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: 29/07/2020
Nome: JOEL SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 713.557.734-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

JOEL SANTOS DE OLIVEIRA

Alexandre Tavares Belfort