



Número: **0848187-28.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.593,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALLAN EVARISTO DA SILVA (AUTOR)	PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)
MAPFRE (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38367 679	13/01/2021 15:36	<a href="#"><u>2775233_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200169219** Vítima: ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

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

**Senhor(a) ALIAN EVARISTO DA SILVA**

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

Carta n° 15755016



220 00841/00842 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Núm. 38367679 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200169219      Vítima: ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALLAN EVARISTO DA SILVA

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

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois 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.

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

Pag. 00945/00946 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040473

Carta nº 13755848



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200169219      Vítima: ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALLAN EVARISTO DA SILVA

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

Pag. 00981/00982 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15000520



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200169219 Vítima: ALLAN EVARISTO DA SILVA

**Data do Acidente: 26/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ**

## **Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a). ALLAN EVARISTO DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 01129/01130 - carta 25 - INVALIDEZ

00020565



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131536253120000036590171>  
Número do documento: 2101131536253120000036590171

Núm. 38367679 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200169219      Vítima: ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2020      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLAN EVARISTO DA SILVA

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\$ 5.906,25

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 leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%  
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%  
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: ALLAN EVARISTO DA SILVA

Valor: R\$ 5.906,25

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000094895435-6

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, retorno 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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200169219      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALLAN EVARISTO DA SILVA      **Data do acidente:** 26/04/2020      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA BILATERAL DO ÂNGULO DA MANDÍBULA. FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E AO MASTIGAR. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR ARTICULAR E REDUÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO. REDUÇÃO DA ABERTURA DA BOCA COM DÉFICIT MASTIGATÓRIA, CREPITAÇÃO E ASSIMETRIA FACIAL.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM QUEIXA ÁLGICA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR DIREITO, APRESENTANDO CREPITAÇÃO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA COM ABAULAMENTO DA REGIÃO, SENDO SOLICITADO EXAMES DE IMAGEM, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA BILATERAL DO ÂNGULO DA MANDÍBULA E FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS, SENDO REALIZADA OSTEOSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA MANDIBULAR COM OSTEOSÍNTESE COM USO DE 02 MINIPLAS + 01 PLACA + 13 PARAFUSOS E REALIZADA OSTEOSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO E URNA ESQUERDAS COM REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO COM USO DE PLACA DCP + 06 PARAFUSOS CORTICais E REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DA URNA COM USO DE PLACA DCP + 04 PARAFUSOS CORTICais, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 04/05/2020.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do punho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/08/2020

**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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>43,75 %</b>	<b>R\$ 5.906,25</b>





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	122.586.294-97	ALLAN EVANILSTO DA SILVA	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo: ALLAN EVANILSTO DA SILVA		CPF: 122.586.294-97	
Profissão: ESTUDANTE	Endereço: AV. PAULISTA FERREIRA	Número: 300	Complemento: 0000
Bairro: Populor	Cidade: SANTA LÉIA	Estado: RS	CEP: 58.301-265
E-mail:		Tel. (DDDI): (93) 99811-5088	

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1914	CONTA: 138005
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (**assinalar uma das opções**):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou
			Vivos:	nascituro (vai nascer)?			pais/avós vivos?
			Falecidos:				

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

impressão digital da víma ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: 17/09/2020 Nome: Allan Evanilsto da Silva CPF: 122.586.294-97	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
 Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 7

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
Nº 019455.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 019455.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 18:36 min do dia 05/05/2020, na Delegacia Online, Allan Evaristo da Silva, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Estudante, nascido(a) em 31/10/2000, idade 19, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de Josilene Evaristo do Nascimento e Arnou Guilhermino da Silva Filho, CPF 122.586.294-97, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Ferreira, nº 300, complemento Casa, bairro Popular, na cidade de Santa Rita/PB. CEP: 58301265, telefone(s) (83)9 8626-6173, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 26/04/2020 23:30h; Tipificação: Boletim Emergencial; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Rua Professor Severo Rodrigues, Alto das Populares, Santa Rita/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

O NOTIFICANTE, noticiou que no dia 26/04/2020 por volta das 23:30 horas, no endereço acima mencionado, sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), onde o mesmo relata que estava conduzindo a moto HONDA/POP 110I, ANO/MOD: 2018/2018, COR: BRANCA, PLACA: QFX8383/PB, CHASSI: 9C2JB0100JR031964, DE PROPRIEDADE: ALISSON EVARISTO DA SILVA, CPF: 119.541.744-62. O noticiante relata que estava descendo a rua quando foi surpreendido por uma moto grande e que foi tão rápido, não dando para desviar da mesma, com isso batendo frontalmente, vindo a cair ao SOLO, não tendo conhecimento do outro condutor da moto ao qual provocou o acidente, com isso foi socorrido por moradores do local que acionaram o CORPO DE BOMBEIROS e que ao chegarem ao local fui encaminhado imediatamente para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na capital, dando entrada nesta unidade na madrugada do dia, 27/04/2020 por volta das 03:07:32 horas, sendo atendido por médicos de plantão e que ao passar por exames foi DIAGNOSTICADO: FRATURA DE MANDIBULA (S02.6), FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO (S52.3) E TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO (T14.9). De onde permaneceu no HOSPITAL internado para procedimentos cirúrgicos, vindo a receber alta no dia, 04/05/2020 às 09:30:36 horas.

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 ( 8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

*Allan Evaristo da Silva*  
Allan Evaristo da Silva

F2A3D0921DCFD331B5474C87CB8C7498  
Código de Controle



**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 019455.01.2020.0.00.704 2/2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 9



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	122.586.294-97	ALLAN EVANILSTO DA SILVA	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo: ALLAN EVANILSTO DA SILVA		CPF: 122.586.294-97	
Profissão: ESTUDANTE	Endereço: AV. PAULISTA FERREIRA	Número: 300	Complemento: 0000
Bairro: Populor	Cidade: SANTA LÉIA	Estado: RS	CEP: 58.301-265
E-mail:		Tel. (DDDI): (93) 99811-5088	

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1914	CONTA: 138005
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (**assinalar uma das opções**):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou
			Vivos:	nascituro (vai nascer)?			pais/avós vivos?
			Falecidos:				

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

impressão digital da víma ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: 17/09/2020 Nome: Allan Evanilsto da Silva CPF: 122.586.294-97	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)		Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
 Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 10



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Sétimo Poder



Documento de Alta

<b>Nome:</b> ALLAN EVARISTO DA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 122362
<b>Data de Nascimento:</b> 31/10/2000	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 27/04/2020 03:07:32	<b>Data de Alta:</b> 04/05/2020 09:30:36
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> CD: 1- AVALIAÇÃO BMF; 2-ORIENTAÇÕES; 3- PRESCRIÇÃO PARA CASA; 4- ALTA HOSPITALAR COM RETORNO PARA O DIA 13/05/2020 AS 13H.			
<b>Resumo da Internação:</b> #BMF# PACIENTE NO 2º DPO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA. AO MOMENTO ENCONTRA-SE EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. DIURESE E EVACUAÇÃO ESPONTÂNEA, ACEITANDO BEM A DIETA PROPOSTA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEME EM TERÇO INFERIOR DA FACE COMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, DISCRETA PARESTESIA EM REGIÃO DE MENTO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, CAVIDADES NASAIS PERTIVIAS, ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES LIMITADOS, BOA OCLUSÃO (SIC), SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE DEISCÊNCIA E INFECÇÃO, BOA HIGIENE ORAL, MÍMICA FACIAL PRESERVADA. CD: 1- AVALIAÇÃO BMF; 2-ORIENTAÇÕES; 3- PRESCRIÇÃO PARA CASA; 4- ALTA HOSPITALAR COM RETORNO PARA O DIA 13/05/2020 AS 13H.			
<b>Resultado de Exames:</b> CLÍNICO E IMAGINOLÓGICO			
<b>Tratamento:</b> OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA			
<b>Diagnóstico:</b> S02.6 - Fratura de mandíbula			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES COMO PRESCRITO; COMPRESSA Morna EM FACE POR 20MIN A CADA 2H; HIGIENE ORAL RIGOROSA; DIETA LÍQUIDA PASTOSA POR 45 DIAS; RETORNO DIA 13/05/2020 PARA REAVALIAÇÃO.			

Data: 04/05/2020

EVALDO SALES HONFI JUNIOR  
Cirurgião Dentista  
CRM: Euco Henrilo Fonfi Jr.  
Implante Facial  
CRO-PB: 3985

Digitalizado com CamScanner





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

### Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)  
**ALLAN EVARISTO DA SILVA**

CNH

**12258629497**

FOI ATENDIDO (A) POR **CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**

DO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **26/04/2020 19:17:47**, NECESSITANDO DE **45** - quarenta cinco

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S52.3**

**S02.6**

**T14.9**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*J. L. Lucena 30/09/2020*  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO *Dr. Clementino Alexandre de C. Neto*  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO  
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E  
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO

*Dr. Clementino Alexandre de C. Neto*  
CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO  
(7596/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 12

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.906,25

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

CLIENTE: ALLAN EVARISTO DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000094895435-6

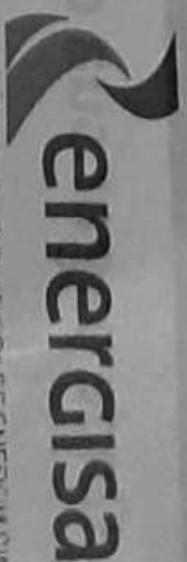
---

Nr. da Autenticação 621FD6E760D01DCC



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 13



Digitalizado com CamScanner

**UBIRATAN SEVERINO DE ANDRADE**  
RUA FERREIRA, 300 - POPULAR  
SANTARITA/PB CEP 58301-265 (AG 1)

Ligação MONOFÁSICO  
Cis/Sbt RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro 5 - 9 - 60 - 7140 Referência Fev / 2020  
Medidor 00008385508

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br-200 Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-620  
CNPJ 00.000.123/0001-40 inst. Est. 16015.22-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 038.520.547  
Cód. para Débito Automático: 00001168366

**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
Fev / 2020	07/02/2020	10/03/2020	011.169.414-06

**UC (Unidade Consumidora):**

**5/118836-6**

**canal de contato**

Tanta Sócial de Energia Elétrica - TSEE licenciada pela Eletrobrás  
1º 10.438, de 26 de abril de 2002  
Comiteira Gás - Unidade de Negócios





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Sétimo Poder



Documento de Alta

Nome: <b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>			Número Prontuário: <b>122362</b>
Data de Nascimento: <b>31/10/2000</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Data de Internação: <b>27/04/2020 03:07:32</b>	Data de Alta: <b>04/05/2020 09:30:36</b>
<b>Motivo da alta:</b> <b>ALTA HOSPITALAR</b>			
<b>Conduta:</b> <b>CD: 1- AVALIAÇÃO BMF; 2-ORIENTAÇÕES; 3- PRESCRIÇÃO PARA CASA; 4- ALTA HOSPITALAR COM RETORNO PARA O DIA 13/05/2020 AS 13H.</b>			
<b>Resumo da Internação:</b> <b>#BMF# PACIENTE NO 2º DPO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA. AO MOMENTO ENCONTRA-SE EM BEG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. DIURESE E EVACUAÇÃO ESPONTÂNEA, ACEITANDO BEM A DIETA PROPOSTA. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEME EM TERÇO INFERIOR DA FACE COMPATÍVEL COM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, DISCRETA PARESTESIA EM REGIÃO DE MENTO, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES, CAVIDADES NASAIS PERTIVIAS, ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES LIMITADOS, BOA OCLUSÃO (SIC), SUTURAS EM POSIÇÃO SEM SINAL DE DEISCÊNCIA E INFECÇÃO, BOA HIGIENE ORAL, MÍMICA FACIAL PRESERVADA. CD: 1- AVALIAÇÃO BMF; 2-ORIENTAÇÕES; 3- PRESCRIÇÃO PARA CASA; 4- ALTA HOSPITALAR COM RETORNO PARA O DIA 13/05/2020 AS 13H.</b>			
<b>Resultado de Exames:</b> <b>CLÍNICO E IMAGINOLÓGICO</b>			
<b>Tratamento:</b> <b>OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA</b>			
<b>Diagnóstico:</b> <b>S02.6 - Fratura de mandíbula</b>			
<b>Recomendações:</b> <b>TOMAR MEDICAÇÕES COMO PRESCRITO; COMPRESSA Morna EM FACE POR 20MIN A CADA 2H; HIGIENE ORAL RIGOROSA; DIETA LÍQUIDA PASTOSA POR 45 DIAS; RETORNO DIA 13/05/2020 PARA REAVALIAÇÃO.</b>			

Data: 04/05/2020

EVALDO SALES HONFI JUNIOR  
Cirurgião Dentista  
CRM: Euco Henrilo Fonfi Jr.  
Implante Facial  
CRO-PB: 3985

Digitalizado com CamScanner





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

### Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)  
**ALLAN EVARISTO DA SILVA**

CNH

**12258629497**

FOI ATENDIDO (A) POR **CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**

DO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **26/04/2020 19:17:47**, NECESSITANDO DE **45** - quarenta cinco

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S52.3**

**S02.6**

**T14.9**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

*J. L. Lucena 30/09/2020*  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO *Dr. Clementino Alexandre de C. Neto*  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

*Médico*  
CRM/PB 7596

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO  
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E  
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO

*Dr. Clementino Alexandre de C. Neto*  
CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO  
(7596/PB)

*Médico*  
CRM/PB 7596

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 16



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1234865



Identificação do paciente					
ID 1503245	Nome ALLAN EVARISTO DA SILVA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19 anos 6 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 122362	
Mãe JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO				Pai ARNOU GUILHERME DA SILVA FILHO	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - TIO (A)	
DDD Celular 83	Celular 988635129			DDD Telefone	
Tipo documento CNH	Número documento 12258629497			Nº Cns. 708106532930139	
Local de procedência SANTA RITA				Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA			CBO/R	
Endereço					
CEP 58301265	Município de residência SANTA RITA		UF PB	Logradouro PADRE FERREIRA	
Número 243	Complemento			Bairro POPULAR	
Admissão					
Data e Hora 26/04/2020 18:51:21	Número da pulseira <b>1000008760066</b>			Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clínica	
Classificação de risco				Origem do paciente: RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Meio de transporte ESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou				
Dados Vitais					
PA X	mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos					
Diagnóstico					CID
Atendido por <b>ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA</b>					Tempo

[Imprimir](#)



26/04/2020

- Timed



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1234865



Identificação do paciente				
ID 1503245	Nome <b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19 anos 5 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO</b>	Pai <b>ARNOU GUILHERME DA SILVA FILHO</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>JOSICLEIDE EVARISTO DO NASCIMENTO - TIO (A)</b>			
DDD Celular 83	Celular 988635129	DDD	Telefone	
Tipo documento CNH	Número documento 12258629497	Nº Cns: 708106532930139		
Local de procedência <b>SANTA RITA</b>	Tipo <b>MUNICÍPIO</b>		UF <b>PB</b>	
email	Naturalidade <b>SANTA RITA</b>		CBO/R	
Endereço				
CEP 58301265	Município de residência <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>PADRE FERREIRA</b>	
Número 243	Complemento		Bairro <b>POPULAR</b>	
Admissão				
Data e Hora 26/04/2020 18:51:21	Número da pulseira <b>1000008760066</b>	Convênio <b>SUS</b>		
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente <b>RUA</b>
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>			Detalhe do acidente <b>MOTO X MOTO</b>
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>RESGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos  Paciente veio de um acidente de moto. Foi socorrido pelo Samu. Após avaliação foi encaminhado ao CDS.				
Diagnóstico Atendido por <b>ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA</b>				CID Tempo

Maria Mayra L.N. Oliveira  
Enfermeira  
03646537.781  
CORPO





Validade  
INDETERMINADA

**MINISTÉRIO DA DEFESA**

**Tipo de Documento**

Certificado de Dispensa de Incorporação

**RA**  
32.000.104591-4

**CPF**  
122.586.294-97

**Nome**  
ALLAN EVARISTO DA SILVA

**Filiação**  
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO  
ARNOU GUILHERMINO DA SILVA FILHO

**Local e Data de Nascimento**  
JOAO PESSOA - PB  
31/10/2000

**Situação Serviço Militar**  
Excesso de contingente, por exceder as necessidades de  
conscritos nas Forças Armadas.

**Informações Complementares**

Válido com a apresentação do documento de identidade.

Expedido(a) em: 24/04/2019

*[Signature]*  
JOSE ALEXANDRE FIGUEIREDO - 2º TEN/ 2T

Del SM/Cmt/Ch/Dir

**C5EBE2C6A873092A05000B2AB8F3FDF8**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 19



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Endereço: Rua Orestes Lisboa, S/N, Pedro Gondim, João Pessoa - PB



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA-PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Balsa
<b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 26d	Masculino	(83) 988635129
Mãe			Prontuário
<b>JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO</b>			
Endereço	Bairro	Município	UF
<b>PADRE FERREIRA, 243</b>	<b>POPULAR</b>	<b>SANTA RITA</b>	<b>PB</b>
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>MOTO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO</b>	<b>13004/PB</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/04/2020 18:51:21		26/04/2020 19:09:20	

### ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR EM MSE E MID. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL, PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEA E VÔMITO. APRESENTA CREPITACAO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA, COM ABALAMENTO DA REGIÃO. AO EXAME: EGR: LOTE: EUPNEICO AR E ACV SEM ALTERAÇÕES ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL EXTREMIDADES: DOR A PALPAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO E JOELHO DIREITO CD: TC DE FACE: USG FAST: RX DE JOELHO DIREITO E BRAÇO ESQUERDO. PARECEM DA ORTO E BUCO

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 2 INCIDENCIAS)

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO  
(CRM: 13004/PB)

Boletim registrado por: ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 20



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

www.saude.pb.gov.br



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALLAN EVARISTO DA SILVA	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento:	Idade	Sexo	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	Masculino	(83) 988635129
Mãe			Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	THYAGO DUAVY FERRER LIMA	9766/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/04/2020 18:51:21		26/04/2020 22:47:15	

### ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR EM MSE E MID. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL, PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEA E VOMITO. APRESENTA CREPITAÇÃO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA, COM ABALAMENTO DA REGIÃO. AO EXAME: EGR, LOTE, EUPNEICO AR E ACV SEM ALTERAÇÕES ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL EXTREMIDADES: DOR A PALPAÇÃO DO BRACO ESQUERDO E JOELHO DIREITO CD/TC DE FACE; USG FAST, RX DE JOELHO DIREITO E BRACO ESQUERDO. PARECE DA ORTO E BUCO AO TEMPO AS 22:45 PACIENTE EVOLUI ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL. OBS: EXAMES FAST SEM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL. ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. CD= ALTA DA CIRURGIA GERAL SEGUO AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

THYAGO DUAVY FERRER LIMA  
(CRM: 9766/PB)

Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima  
Cirurgião Geral / Urologista Endoscópico  
CRM-PB #9766 ROE 5425

Boletim registrado por: ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 21



Hospital Estadual de Emergência e Trauma



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente		SAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>		1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	Masculino	70820532930139	(83) 988835129
Mãe				Proritário
<b>JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO</b>				
Endereço	Bairro	Município		UF
<b>PADRE FERREIRA, 243</b>	<b>POPULAR</b>	<b>SANTA RITA</b>		<b>PB</b>
Motivo	Profissional		Nº Cons. Regional	
<b>MOTO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>STEFFERSON PINHEIRO DINIZ</b>		<b>5762/PB</b>
Data-Hora Classificação	Data/Hora Prescrição			
26/04/2020 18:51:21	26/04/2020 23:00:55			

## ANAMNESE

PACIENTE COM DEFORMIDADE E DOR EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. SINAL CLÍNICO DE FRATURA FECHADA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO. SERÁ INTERNADO PELA BUCOMAXILOFACIAL PARA PROCEDIMENTO. CD: TALA AXIOPALMAR ESQUERDA. RADIOGRAFIAS DE ANTEBRAÇO.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PA E PERFIL)

### **Conducta**

### **Em observação**

Enfermeiro

**STEFFERSON PINHEIRO DINIZ**  
(CRM: 5762/PB)

Boletim registrado por ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131536253120000036590171>  
Número do documento: 2101131536253120000036590171

Núm. 38367679 - Pág. 22



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Endereço: Rua Orestes Lisboa, S/N, Pedro Gondim, João Pessoa - PB, 58031090



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2563262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALLAN EVARISTO DA SILVA	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	Masculino	(83) 986635129
Mãe			Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	AUTRAN DA NOBREGA ALVES	40721
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/04/2020 18:51:21		27/04/2020 02:27:07	

## ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +/- 4 HORAS CURSANDO TRAUMA DE FACE. NEGA SINCOPE, EPISODIOS EMETICOS, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, NORMOCORADO. EM BEG. AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA BILATERAL NA REGIAO MANDIBULAR COM DESLOCAMENTO E CREPITACAO. SEM PERDA DE PROJECAO OSSEA. ACUIDADE VISUAL MANTIDA. AUSENCIA DE CREPITACAO E OBSTRUCAO NASAL. MOVIMENTOS MANDIBULARES ACOMETIDO. PERDA DA OCCLUSAO. AO EXAME IMAGEM APRESENTA FRATURA BILATERAL DE ANGULO DE MANDIBULA. CD: 1-AVALIACAO BMF 2-INTERNAÇÃO HOSPITALAR E CONJUNTO COM A ORTOPEDIA 3-PRESCRICAO MEDICAMENTOSA 4-SOLICITACAO DE EXAMES DE SANGUE 5-AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLINICO PARA PROGRAMACAO CIRURGICA.

## DIETA

DIETA: VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H. COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 6/6H

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

## CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

## EXAME LABORATORIAL



COAGULOGRAMA COMPLETO  
CREATININA  
GLICOSE  
HEMOGRAMA COMPLETO  
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)  
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)  
UREIA

**CID10**

S02.6 - Fratura de mandíbula

**Conduta**

Internar Paciente

Enfermeiro

AUTRAN DA NOBREGA ALVES

( 4072)

Boletim registrado por: ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 24



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



José Lúcio  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO  
Em: 03/05/2020 08:02:51

Nome <b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento: 1234865	Data/Hora Entrada: 26/04/2020 18:51:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento: 31/10/2000		Idade: 19	Sexo: Masculino	CNS: 708106532930139
Tempo de Internação: 6d 4h 55min		Convênio: SUS		Prontuário: 122362
Data de Entrada: 26/04/2020 18:51:21	Data Internação: 27/04/2020 03:07:32	Permanência na Unidade: 6d 13h 11min		Permanência no Leito: 4d 18h 25min

### Evolução médica (Francisco Nunes de Assis Filho - 03/05/2020 08:02:38)

#### Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:

1F#

CONSCIENTE NO 1 DPO, APÓS TER SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA COM ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, NORMOCORADO, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. AO EXAME FÍSICO, EDEMA BILATERAL EM REGIÃO GENIANA PRÓPRIO DO PÓS CIRÚRGICO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL.

CD:

1. Prescrição diária
2. Alta prevista para o próximo dia 04.05

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho  
Cirurgião BMF  
Implantodontista  
CRM - 3267



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 25



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Saúde  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO  
Em: 02/05/2020 12:09:27

Nome ALLAN EVARISTO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1234865	Data/Hora Entrada 26/04/2020 18:51:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 708106532930139	Prontuário 122362
Tempo de Internação 5d 9h 2min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 26/04/2020 18:51:21	Data Internação 27/04/2020 03:07:32	Permanência na Unidade 5d 17h 18min		Permanência no Leito: 3d 22h 32min

#### Evolução médica (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 02/05/2020 12:07:18)

##### Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:  
#BMF#

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA.  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS.

CD:

1. PRESCRIÇÃO
2. ORIENTAÇÕES A ENFERMAGEM
3. AOS CUIDADOS DA ANESTESIOLOGIA

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 003  
Profissional responsável pela informação: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>

Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 26



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Enderço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO  
Em: 01/05/2020 09:07:55

Nome <b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1234865</b>	Data/Hora Entrada <b>26/04/2020 18:51:21</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>31/10/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708106532930139</b>	Prontuário <b>122362</b>
Tempo de Internação <b>4d 6h</b>		Convênio <b>SUS</b>		
Data de Entrada <b>26/04/2020 18:51:21</b>	Data Internação <b>27/04/2020 03:07:32</b>	Permanência na Unidade: <b>4d 14h 16min</b>		Permanência no Leito: <b>2d 19h 30min</b>

### **Evolução médica (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 01/05/2020 09:07:30)\***

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#BMF#

PACIENTE NO 4 DIH, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA BILATERAL EM REGIÃO DE MANDIBULA COM DESLOCAMENTO E CREPITAÇÃO, SEM PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA, ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, LIMITAÇÃO NA ABERTURA BUCAL, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO E OBSTRUÇÃO NASAL, AGUARDANDO REGRESSÃO DO EDEMA PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

CD:

1. PRESCRIÇÃO DIÁRIA
2. ORIENTAÇÃO DE COMPRESSA MORNA EM REGIÃO DE FACE

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho  
Cirurgia BMF  
Implanteodontologia  
CRO - 3267



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>

Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 27



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR  
Em: 26/04/2020 08:13:59

Nome <b>JALLISSON ANTONIO SOARES</b>		Boletim de Atendimento <b>1234675</b>	Data/Hora Entrada <b>25/04/2020 03:16:42</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>09/08/1988</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702308196564013</b>	Prontuário <b>122330</b>
Tempo de Internação <b>1d 1h 50min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>25/04/2020 03:16:42</b>	Data Internação <b>25/04/2020 06:23:27</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 4h 57min</b>		Permanência no Leito: <b>18h 16min</b>

#### Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/04/2020 08:13:47)

##### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:  
**#ORTOPEDIA**

**#FRATURA DE UMERO DIAFISARIO DIR**

PACIENTE BEM CLINICAMENTE

CD: AGUARDA PRE OP PARA MARCACAO CIR

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 28



HEETSHL

## DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ALLAN EVARISTO DA SILVA BE: 1234865  
IDADE: 19 SEXO: MASC DATA: 02/05/2020  
SETOR: POSTO 1 ENFERM.:  LEITO: 03  
CIRURGIA: OSTEOPROTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA

CIRURGIÃO: DR PATRICIO 1º AUX: DR LUCAS  
2º AUX: DR DANILIO 3º AUX: DRA GLAUCY  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR JOAO  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 12:00

## DIAGNÓSTICO INICIAL

CID:

FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA (BILATERAL)

## PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CID:

OSTEOPROTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA

ACIDENTE DURANTE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SIM: ( ) NÃO: ( X )  
PROJÉTIL SIM: ( ) NÃO: ( X )  
BIÓPSIA SIM: ( ) NÃO: ( X )  
EXODONTIA SIM: ( ) NÃO: ( X )  
ELEMENTO(S):

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

URPA: ( X )

ENFERMARIA: ( )

TERAPIA INTENSIVA: ( )

ÓBITO: ( )



**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

1. PCTE EM DDH, SOB ANESTESIA GERAL, INT
2. ANTISSEPSIA INTRA E EXTRA ORAL
3. APOSICAO DOS CAMPOS CIRURGICOS
4. INTRODUÇÃO DO TOF
5. INFILTRAÇÃO LOCAL COM NOVABUPIVACAINA COM EPINEFRINA
6. ACESSO INTRAORAL
7. INCISAO E DESCOLAMENTO MUCOPERISOTE
8. BLOQUEIO MM. ESTABILIZACAO DA OCLUSAO
9. REDUÇÃO DAS FRATURAS + FIXAÇÃO DAS PLACAS
10. RETIRADA DO TOF
11. IRRIGAÇÃO
12. SINTESE
13. CURATIVO
- 14 AOS CUIDADOS DA ANESTESIOLOGIA

**MATERIAL UTILIZADO**

**EMPRESA:** A. COSTA                    **SISTEMA:** 2.0  
02 MINIPLACAS 04 F COM PONTE  
01 PLACA 6F COM PONTE CORTADA PARA 5F  
3 PARAFUSOS AP 6MM  
7 PARAFUSOS AP 8MM  
02 PARAFUSOS AP 10MM  
01 PARAFUSO AP 12MM

**OBSERVAÇÃO**

01 BROCA LONGA FRATURADA  
01 PARAFUSO 10MM FRATURADO



Dr. SUELIO MOREIRA TORRES  
Cirurgião Dentista  
CRM 1200000036590171

JOÃO PESSOA 02/05/20

CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL / CRO



## Nota de Sala Cirúrgica

THE TSHI

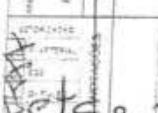
NO ME DO PACIENTE	Allom Euclides da Silva				
IDADE	59	B 123-1865 PONTUARIA			
CIRURGIA	Prof. Dr. Eng. & Nat. Bileteud Mandibula				
CRM/PROFISSÃO	Patrício ITALX Z AUX				
ANESTESIA	Genol				
ANESTESISTA	Ivone Botelho				
INSTRUMENTADOR					
DATA	25/2020	TEMPO CIRÚRGICO ANESTESIA INICIO 08:30/11/50 FIM 09:00/12:00			
(ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS))					
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CITANIDINA		JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DIAZEPÍDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	4.0 F
EDAT		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURÍ N°11	5.0 F
ERBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURÍ N°15	
FLA		FVPI DEGERMANTE	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURÍ N°20	
FLUMAZENIL		FVPI TINTURA	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURÍ N°24	
ISOFLURANO		FVPI TÓPICO	<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA DE DERMATÔMO	
LEVOBUPIVACAÍNA CI/VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENDOERTO	
LEVOBUPIVACAÍNA CI/VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LIDOCAYNA CI/VASO		AGULHA 12X4,5		LUVA ESTERL. N°1,0	<input checked="" type="checkbox"/>
LIDOCAYNA SI/VASO		AGULHA 23X07	<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERL. N°1,5	<input checked="" type="checkbox"/>
MIDAZOLAN		AGULHA 23X08	<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERL. N°2,0	<input checked="" type="checkbox"/>
MORFINA		AGULHA 40X12	<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERL. N°3	
NTMBUTUM		AGULHA PERIODURAL N°16		MÁSCARA CIRÚRGICA	<input checked="" type="checkbox"/>
PANCURONIO		AGULHA PERIODURAL N°17		MULTIVIAS	
PETIDINA		AGULHA PERIODURAL N°18		PENTURADOR DE SORO	
PROPÓFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SCALP N°18	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21	
ROCUKOMBO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO		ALODDÃO ORTOPÉDICO	<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 5ML	<input checked="" type="checkbox"/>
SUX AMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML	<input checked="" type="checkbox"/>
TIGEPITAL		ATADURA GESSADA	<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 20ML	<input checked="" type="checkbox"/>
MEDICAÇÕES	QTD.			SONDA ASP TRAQUEAL N°6	
ADRENALINA		BOLSA PI COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL N°10	
ÁGUA DESTILADA	<input checked="" type="checkbox"/>	CÂNULA PI TRAQUEDOSTOMIA N°		SONDA ASP TRAQUEAL N°12	
ATROFOPINA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP TRAQUEAL N°14	
TRA		CATETER ENBOLECA AXERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
OLINA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER EPIDURAL N°16		SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
HETASONA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
DIMTRONA SÓDICA	<input checked="" type="checkbox"/>	CATETER EPIDURAL N°18		SONDA NASOG. CURTA	
EFEPRINA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. LONGA	
FUROSEMIDA		COLET. URINA FECHADO		SONDA URETRAL N°	
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<input checked="" type="checkbox"/>	TORNEDINHA	
GLUCONATO DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	615
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENNOSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
LIDOCAYNA GELEIA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
ONDASENTRÔMICA		ELETRODOS	<input checked="" type="checkbox"/>	TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASQ.		EQUIPO MACROGOTAS	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
PROSTOMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE	<input checked="" type="checkbox"/>		
PROTAMINA		EQUIPO MICROGOTAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
TENOXICAN		ESPONJA DE PVPI	<input checked="" type="checkbox"/>		
		ESPARADRAGO	<input checked="" type="checkbox"/>		
		GAZES	<input checked="" type="checkbox"/>		
		GAZES ALGODOADAS	<input checked="" type="checkbox"/>		
		GEL ELETROLÍTICO	<input checked="" type="checkbox"/>		
		ELCO N°14			
		ELCO N°16			
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				
EQUIPAMENTOS					
EX 2.0					
Perf. n.º 6	03	2- Seringa 60 ML			
11 11 8	06	Cx. 2.0 b 26			
11 11 10	02	Cx. 2.4 A costela			
11 11 12	01				



## Nota de Sala Cirúrgica

三三三



SEUETRISI		FICHA DE ANESTESIA			
		DATA 20/05/2020		PRONTUÁRIO:	
PACIENTE: ALLAN EVARISTO DA SILVA		SEXO: M	COR:	IDADE: 19 anos	
PRESSÃO ARTERIAL: 150x80 mmHg		PULSO: 88	RESPIRAÇÃO: 15	TEMPERATURA: FESO: 88	GRUPO SANGUÍNEO:
ESTADO GERAL: BOM		REGULAR	MAL	PESSIMO	NÍSCO CIRÚRGICO: BOM
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM					
AP. RESPIRATÓRIO: Expiratória		AP. CIRCULATÓRIO: Estavel			
AP. METABÓLICO: 78%		ESTADO MENTAL: LOTE		BROGAS EM USO:	
ESTADO PSÍQUICO:					
DISE: Dura					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		Tratamento cirúrgico de Fratura Complexa de mandíbula			
CIRURGIA REALIZADA:		Dr. Patrício			
CIRURGIA: Craniotomia		Auxiliares			
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00		TÉRMINO DA ANESTESIA:			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE CH:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:	
ESTESESTA: Dr. José B. Viegas		CF		VALORES RS:	
				CRM-PB:	
					
  					
					
<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA INFECTOANESTÉSICA <input type="checkbox"/> ANESTESIA INTRAVENOSA		<input type="checkbox"/> ENDOTRÓQUIA <input type="checkbox"/> EJUVA <input type="checkbox"/> BLOCO PLEXO <input type="checkbox"/> BLOCO NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS			
Anestesia geral Balanceada, INT tubo 6. Sarceno 1000ml, rrcv F10/250ml		Narcolese 5-7 Dexamet 20 Gétopifex 200 Fent 100 Jard 100			
TOTAL: 11					
DIRETO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> APTO <input type="checkbox"/> ENFERMAGA <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS: UCPA					
ESERVIÇOS DE APERTO: <input type="checkbox"/> UCPA					
ASSINATURA DO ANESTETISTA: José Belisário Viegas Médico Especialista em Anestesiologia CRM-PB 80000					

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

NOME: ALLAN EVARISTO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1234865  
 IDADE: 19 ANOS SEXO: MAS COR: \_\_\_\_\_ DATA: 28/4/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS  
 CIRURGIÃO: DR SAVIO BRUNO 1º ASS: DR CARLOS ALBERTO  
 2º ASS: MR1 THAYSA 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA: GIL VANDRO  
 TIPO DE ANESTESIA: LOCAL E SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_  
(BLOQUEIO DE PLEXO)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA      \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA  
 \_\_\_\_\_ RESIDÊNCIA      \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Dr. Paulo G. Almenes DATA: 28/4/2020CRM-PB 12412

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
 Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 34

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH + MESA DE APOIO SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>PASSAGEM DE GARROTE NO MSE</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
<b>ANTIBIOTICO PROFILAXIA</b>	
Incisão:	
<b>VIA DE ACESSO SOBRE O RÁDIO E A URNA ESQUERDA</b>	
<b>DIVULSAO POR PLANOS</b>	
<b>CUIDADOS COM HEMOSTASIA</b>	
Achados:	
<b>FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO</b>	
<b>FRATURA DE DIÁFISE DA URNA ESQUERDA</b>	

Conduta:	
<b>CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA</b>	
<b>REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO ESQUERDO</b>	
<b>FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 7 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3 PROXIMAS E 3 DISTAIS</b>	
<b>CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPA</b>	
<b>REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DA URNA ESQUERDA</b>	
<b>FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 5 FUROS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 2 PROXIMAS E 2 DISTAIS</b>	
<b>CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPA</b>	
Fechamento:	
<b>SUTURA POR PLANOS</b>	
<b>CURATIVOS ESTEREIS</b>	
<b>RETIRADA DE GARROTE DO MSE APÓS 85 MINUTOS</b>	
Observação:	
<b>TIPOIA SIMPLES</b>	
<b>RAIO-X DE CONTROLE</b>	

Médico/CRM:

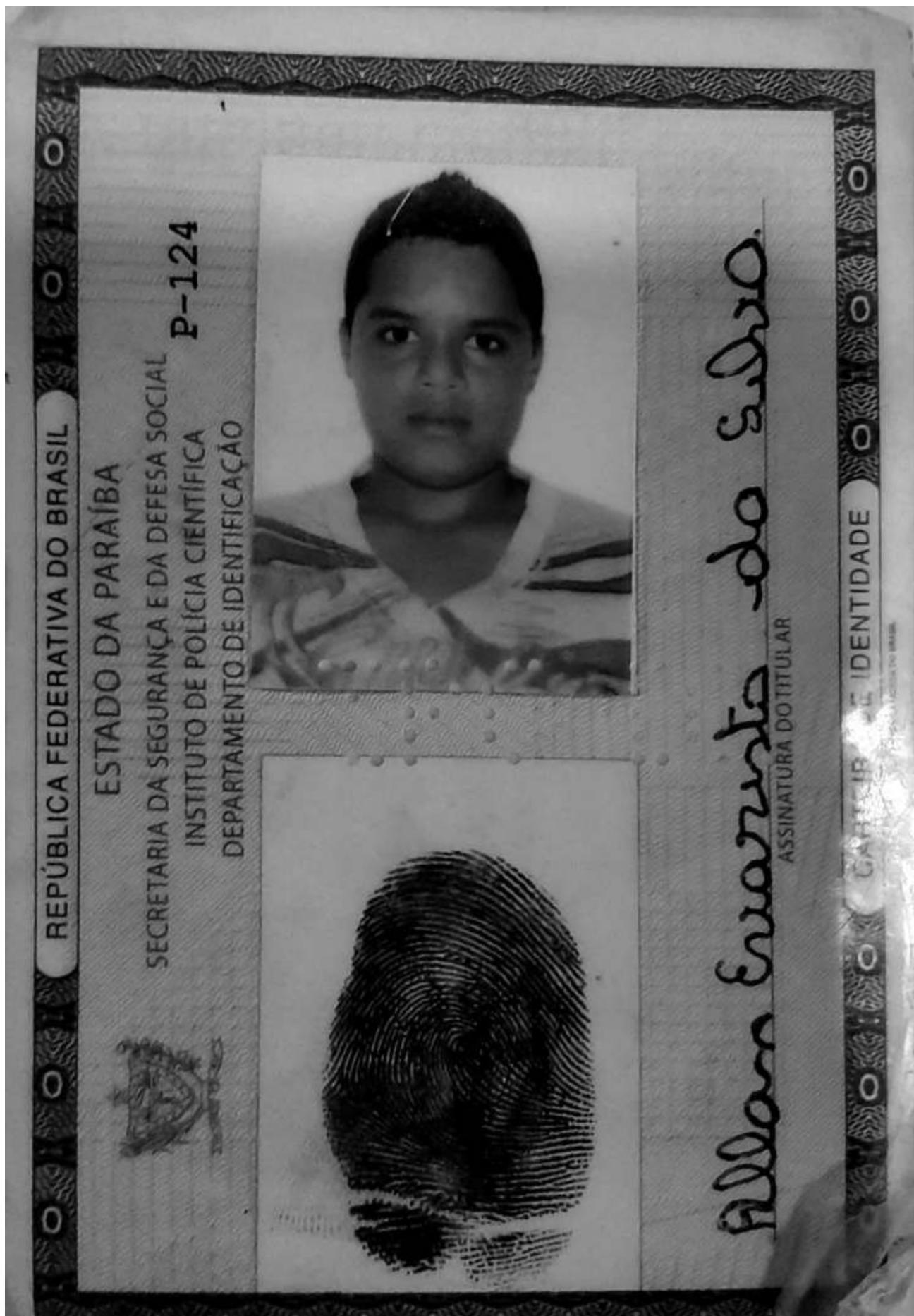
Dr. André D. S. Ximenes  
Médico  
CRM-PB 12412

João Pessoa,

28/4/2020







Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 37

O  
O

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
O  
O

REGISTRO  
GERAL

4.184.916

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

26/08/2013

NOME

ALLAN EVARISTO DA SILVA

FILIAÇÃO

ARNOU GUILHERMINO DA SILVA FILHO  
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

31/10/2000

DOC ORIGEM

NASC. N. 63975 FLS. 1 LIV.A-65

CARTÓRIO SANTA RITA PB

CPF

122.586.294-97

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

LEIA NA MOEDA DO BRASIL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>

Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 38

Digitalizado com CamScanner

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DENATRAN**

L A C R E  0 0 4 6 1 8 6 2 5 5	DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO VIA CÓD. RENAVAM P.R.T. 20190000237314-1 EXERCÍCIO 1 0114873995-2 00/00000000 2019	Nº 014798843462 RNTRC
ALISSON EVARISTO DA SILVA		NOME
11954174462		PLACA QFX8383/PB
NOVO PB		CHASSI 9C2JB0100JR031964
HONDA / POP 110I		MARCA / MODELO
2 P/109 /CI		CATEGORIA PARTIC
COTA ÚNICA IPVA **** * A *****		VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 PARCELAMENTO / COTAS 0
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** SEGUR		IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) P A G O DATA DE PAGAMENTO 03/06/2019
OBSERVAÇÕES A. F ADM DE CONCEPCION HONDA LTDA NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0		
LOCAL SANTA RITA - PB		DATA 04/06/2019
9999999		40550



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
 Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 39



## 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:

3 - CPF da vítima:

102.586.294-97 Allan Evandro da Silva

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Allan Evandro da Silva

6 - CPF: 102.586.294-94

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua Pe. Ferreira

9 - Número: 300

10 - Complemento: Casa

11 - Bairro:

Populor

12 - Cidade:

Santa Rita

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58.301.265

15 - E-mail:

16 - Tel(DDD): (83) 99851-5088

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  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 91895435

6

(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 atende 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 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

v/l da vítima:

 Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vívio.

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

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer (varascer):

 Sim Não Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim Não

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

Iniciativa

declarada

Nº 001

Inscrito

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 18.08.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Allan Evandro da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





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

Boletim de Atendimento: 1234865



Identificação do paciente					
ID 1503245	Nome ALLAN EVARISTO DA SILVA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19 anos 6 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 122362	
Mãe <b>JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO</b>				Pai <b>ARNOU GUILHERME DA SILVA FILHO</b>	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) - TIO (A)	
DDD Celular 83	Celular 988635129			DDD Telefone	
Tipo documento CNH	Número documento 12258629497			Nº Cns 708106532930139	
Local de procedência <b>SANTA RITA</b>				Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade <b>SANTA RITA</b>			CBO/R	
Endereço					
CEP 58301265	Município de residência <b>SANTA RITA</b>		UF PB	Logradouro <b>PADRE FERREIRA</b>	
Número 243	Complemento			Bairro <b>POPULAR</b>	
Admissão					
Data e Hora 26/04/2020 18:51:21	Número da pulseira <b>1000008760066</b>			Convênio SUS	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>				Clínica	
Classificação de risco				Origem do paciente: <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>			Detalhe do acidente <b>MOTO X MOTO</b>	
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Meio de transporte <b>ESGATE - BOMBEIROS</b>				Quem transportou	
Sinais Vitais					
PA X	mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos					
Diagnóstico					CID
Atendido por <b>ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA</b>					Tempo

[Imprimir](#)



26/04/2020

- Timed



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1234865



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1503245	Nome <b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>			Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19 anos 5 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO</b>	Pai <b>ARNOU GUILHERME DA SILVA FILHO</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>JOSICLEIDE EVARISTO DO NASCIMENTO - TIO (A)</b>			
DDD Celular 83	Celular 988635129	DDD	Telefone	
Tipo documento CNH	Número documento 12258629497	Nº Cns: 708106532930139		
Local de procedência <b>SANTA RITA</b>	Tipo <b>MUNICÍPIO</b>		UF <b>PB</b>	
mail	Naturalidade <b>SANTA RITA</b>		CBO/R	
<b>Endereço</b>				
CEP 58301265	Município de residência <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>PADRE FERREIRA</b>	
Número 243	Complemento		Bairro <b>POPULAR</b>	
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 26/04/2020 18:51:21	Número da pulseira <b>1000008760066</b>		Convênio <b>SUS</b>	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente <b>RUA</b>
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>			Detalhe do acidente <b>MOTO X MOTO</b>
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>RESGATE - BOMBEIROS</b>	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos  Paciente veio de um acidente de moto. Foi socorrido pelo Samu. Após avaliação foi encaminhado ao CDI.				
Diagnóstico Atendido por <b>ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA</b>				CID Tempo

Imprimir

Maria Mayara L. Oliveira  
Enfermeira  
03646537.781  
CORPO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
 Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 42



Validade  
INDETERMINADA

MINISTÉRIO DA DEFESA

**Tipo de Documento**

Certificado de Dispensa de Incorporação

**RA**  
32.000.104591-4

**CPF**  
122.586.294-97

**Nome**  
ALLAN EVARISTO DA SILVA

**Filiação**  
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO  
ARNOU GUILHERMINO DA SILVA FILHO

**Local e Data de Nascimento**  
JOAO PESSOA - PB  
31/10/2000

**Situação Serviço Militar**  
Excesso de contingente, por exceder as necessidades de  
conscritos nas Forças Armadas.

**Informações Complementares**

Válido com a apresentação do documento de identidade.

Expedido(a) em: 24/04/2019

*[Signature]*  
JOSE ALEXANDRE FIGUEIREDO - 2º TEN/ 2T

Del SM/Cmt/Ch/Dir

**C5EBE2C6A873092A05000B2AB8F3FDF8**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 43



## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Endereço: Rua Orestes Lisboa, S/N, Pedro Gondim, João Pessoa - PB



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA-PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Balsa
<b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 26d	Masculino	(83) 988635129
Mãe			Prontuário
<b>JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO</b>			
Endereço	Bairro	Município	UF
<b>PADRE FERREIRA, 243</b>	<b>POPULAR</b>	<b>SANTA RITA</b>	<b>PB</b>
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
<b>MOTO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO</b>	<b>13004/PB</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/04/2020 18:51:21		26/04/2020 19:09:20	

### ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR EM MSE E MID. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL, PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEA E VÔMITO. APRESENTA CREPITACAO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA, COM ABALAMENTO DA REGIÃO. AO EXAME: EGR: LOTE: EUPNEICO AR E ACV SEM ALTERAÇÕES ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL EXTREMIDADES: DOR A PALPAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO E JOELHO DIREITO CD: TC DE FACE: USG FAST: RX DE JOELHO DIREITO E BRAÇO ESQUERDO. PARECEM DA ORTO E BUCO

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: 2 INCIDENCIAS)

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO  
(CRM: 13004/PB)

Boletim registrado por: ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 44



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

www.saude.pb.gov.br



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALLAN EVARISTO DA SILVA	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento:	Idade	Sexo	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	Masculino	(83) 988635129
Mãe			Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	THYAGO DUAVY FERRER LIMA	9766/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/04/2020 18:51:21		26/04/2020 22:47:15	

### ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM QUEIXA DE DOR EM MSE E MID. NEGA DOR TORACICA, ABDOMINAL, PERDA DA CONSCIENCIA, NAUSEA E VOMITO. APRESENTA CREPITAÇÃO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA, COM ABALAMENTO DA REGIÃO. AO EXAME: EGR, LOTE, EUPNEICO AR E ACV SEM ALTERAÇÕES ABDOME INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL EXTREMIDADES: DOR A PALPAÇÃO DO BRACO ESQUERDO E JOELHO DIREITO CD/TC DE FACE; USG FAST, RX DE JOELHO DIREITO E BRACO ESQUERDO. PARECE DA ORTO E BUCO AO TEMPO AS 22:45 PACIENTE EVOLUI ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL. OBS: EXAMES FAST SEM LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL. ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. CD= ALTA DA CIRURGIA GERAL SEGUO AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

THYAGO DUAVY FERRER LIMA  
(CRM: 9766/PB)

Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima  
Cirurgião Geral / Urologista Endoscópico  
CRM-PB #9766 ROE 5425

Boletim registrado por: ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 45



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>		1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	Masculino	708406532930139	(83) 988635129
Mãe				Prontuário
<b>JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO</b>				
Endereço	Bairro	Município		UF
<b>PADRE FERREIRA, 243</b>	<b>POPULAR</b>	<b>SANTA RITA</b>		<b>PB</b>
Motivo	Profissional			Nº Cons. Regional
<b>MOTO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>STEFFERSON PINHEIRO DINIZ</b>		<b>5762/PB</b>
Data-Hora Classificação	Data/Hora Prescrição			
26/04/2020 18:51:21	26/04/2020 23:00:55			

## ANAMNESE

PACIENTE COM DEFORMIDADE E DOR EM ANTEBRAÇO ESQUERDO. SINAL CLÍNICO DE FRATURA FECHADA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO. SERÁ INTERNADO PELA BUCOMAXILOFACIAL PARA PROCEDIMENTO. CD: TALA AXIOPALMAR ESQUERDA. RADIOGRAFIAS DE ANTEBRAÇO.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PA E PERFIL)

## Conducta

### **Em observação**

Enfermeiro

**STEFFERSON PINHEIRO DINIZ**  
(CRM: 5762/PB)

Boletim registrado por: ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131536253120000036590171>  
Número do documento: 2101131536253120000036590171

Núm. 38367679 - Pág. 46



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Endereço: Rua Orestes Lisboa, S/N, Pedro Gondim, João Pessoa - PB, 58031090



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2563262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALLAN EVARISTO DA SILVA	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	Masculino	(83) 986635129
Mãe			Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	AUTRAN DA NOBREGA ALVES	40721
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/04/2020 18:51:21		27/04/2020 02:27:07	

### ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +/- 4 HORAS CURSANDO TRAUMA DE FACE. NEGA SINCOPE, EPISODIOS EMETICOS, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, NORMOCORADO. EM BEG. AO EXAME FISICO APRESENTA EDEMA BILATERAL NA REGIAO MANDIBULAR COM DESLOCAMENTO E CREPITACAO. SEM PERDA DE PROJECAO OSSEA. ACUIDADE VISUAL MANTIDA. AUSENCIA DE CREPITACAO E OBSTRUCAO NASAL. MOVIMENTOS MANDIBULARES ACOMETIDO. PERDA DA OCCLUSAO. AO EXAME IMAGEM APRESENTA FRATURA BILATERAL DE ANGULO DE MANDIBULA. CD: 1-AVALIACAO BMF 2-INTERNAÇÃO HOSPITALAR E CONJUNTO COM A ORTOPEDIA 3-PRESCRICAO MEDICAMENTOSA 4-SOLICITACAO DE EXAMES DE SANGUE 5-AGUARDANDO MELHORA DO QUADRO CLINICO PARA PROGRAMACAO CIRURGICA.

### DIETA

DIETA: VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 6/6H

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

### CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

### EXAME LABORATORIAL



COAGULOGRAMA COMPLETO  
CREATININA  
GLICOSE  
HEMOGRAMA COMPLETO  
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)  
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)  
UREIA

**CID10**

S02.6 - Fratura de mandíbula

**Conduta**

Internar Paciente

Enfermeiro

AUTRAN DA NOBREGA ALVES

( 4072)

Boletim registrado por: ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA em 26/04/2020 18:51:21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 48



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



José Lúcio  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO  
Em: 03/05/2020 08:02:51

Nome <b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento: 1234865	Data/Hora Entrada: 26/04/2020 18:51:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento: 31/10/2000		Idade: 19	Sexo: Masculino	CNS: 708106532930139
Tempo de Internação: 6d 4h 55min		Convênio: SUS		Prontuário: 122362
Data de Entrada: 26/04/2020 18:51:21	Data Internação: 27/04/2020 03:07:32	Permanência na Unidade: 6d 13h 11min		Permanência no Leito: 4d 18h 25min

### Evolução médica (Francisco Nunes de Assis Filho - 03/05/2020 08:02:38)

#### Evolução

Procedimento:

Descrição da evolução:

1F#

CONSCIENTE NO 1 DPO, APÓS TER SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA COM ANESTESIA GERAL, SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, NORMOCORADO, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. AO EXAME FÍSICO, EDEMA BILATERAL EM REGIÃO GENIANA PRÓPRIO DO PÓS CIRÚRGICO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL.

CD:

1. Prescrição diária
2. Alta prevista para o próximo dia 04.05

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho  
Cirurgião BMF  
Implantodontista  
CRM - 3267



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 49



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



*Saúde Pública*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO  
Em: 02/05/2020 12:09:27

Nome ALLAN EVARISTO DA SILVA		Boletim de Atendimento 1234865	Data/Hora Entrada 26/04/2020 18:51:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 708106532930139	Prontuário 122362
Tempo de Internação 5d 9h 2min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 26/04/2020 18:51:21	Data Internação 27/04/2020 03:07:32	Permanência na Unidade 5d 17h 18min		Permanência no Leito: 3d 22h 32min

**Evolução médica (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 02/05/2020 12:07:18)**

**Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:  
#BMF#

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA.  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS.

CD:

1. PRESCRIÇÃO
2. ORIENTAÇÕES A ENFERMAGEM
3. AOS CUIDADOS DA ANESTESIOLOGIA

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 003  
Profissional responsável pela informação: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>

Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 50



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO  
Em: 01/05/2020 09:07:55

Nome <b>ALLAN EVARISTO DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1234865</b>	Data/Hora Entrada <b>26/04/2020 18:51:21</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>31/10/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>708106532930139</b>	Prontuário <b>122362</b>
Tempo de Internação <b>4d 6h</b>		Convênio <b>SUS</b>		
Data de Entrada <b>26/04/2020 18:51:21</b>	Data Internação <b>27/04/2020 03:07:32</b>	Permanência na Unidade: <b>4d 14h 16min</b>		Permanência no Leito: <b>2d 19h 30min</b>

#### **Evolução Médica (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 01/05/2020 09:07:30)\***

##### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

#BMF#

PACIENTE NO 4 DIH, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NORMOCORADO, EUPNEICO. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA BILATERAL EM REGIÃO DE MANDIBULA COM DESLOCAMENTO E CREPITAÇÃO, SEM PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA, ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, LIMITAÇÃO NA ABERTURA BUCAL, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO E OBSTRUÇÃO NASAL, AGUARDANDO REGRESSÃO DO EDEMA PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA.

CD:

1. PRESCRIÇÃO DIÁRIA
2. ORIENTAÇÃO DE COMPRESSA MORNA EM REGIÃO DE FACE

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267

Dr. Assis Filho  
Cirurgia BMF  
Impantodentomax  
CRO - 3267



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 51



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR  
Em: 26/04/2020 08:13:59

Nome <b>JALLISSON ANTONIO SOARES</b>		Boletim de Atendimento <b>1234675</b>	Data/Hora Entrada <b>25/04/2020 03:16:42</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>09/08/1988</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>702308196564013</b>	Prontuário <b>122330</b>
Tempo de Internação <b>1d 1h 50min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>25/04/2020 03:16:42</b>	Data Internação <b>25/04/2020 06:23:27</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 4h 57min</b>		Permanência no Leito: <b>18h 16min</b>

### Evolução médica (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/04/2020 08:13:47)

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:  
**#ORTOPEDIA**

**#FRATURA DE UMERO DIAFISARIO DIR**

PACIENTE BEM CLINICAMENTE

CD: AGUARDA PRE OP PARA MARCACAO CIR

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 52



HEETSHL

## DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ALLAN EVARISTO DA SILVA BE: 1234865  
IDADE: 19 SEXO: MASC DATA: 02/05/2020  
SETOR: POSTO 1 ENFERM.:  LEITO: 03  
CIRURGIA: OSTEOPROTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA

CIRURGIÃO: DR PATRICIO 1º AUX: DR LUCAS  
2º AUX: DR DANILIO 3º AUX: DRA GLAUCY  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR JOAO  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 12:00

## DIAGNÓSTICO INICIAL

CID:

FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA (BILATERAL)

## PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

CID:

OSTEOPROTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA

ACIDENTE DURANTE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SIM: ( ) NÃO: ( X )  
PROJÉTIL SIM: ( ) NÃO: ( X )  
BIÓPSIA SIM: ( ) NÃO: ( X )  
EXODONTIA SIM: ( ) NÃO: ( X )  
ELEMENTO(S):

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

URPA: ( X )

ENFERMARIA: ( )

TERAPIA INTENSIVA: ( )

ÓBITO: ( )



**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

1. PCTE EM DDH, SOB ANESTESIA GERAL, INT
2. ANTISSEPSIA INTRA E EXTRA ORAL
3. APOSICAO DOS CAMPOS CIRURGICOS
4. INTRODUÇÃO DO TOF
5. INFILTRAÇÃO LOCAL COM NOVABUPIVACAINA COM EPINEFRINA
6. ACESSO INTRAORAL
7. INCISAO E DESCOLAMENTO MUCOPERISOTE
8. BLOQUEIO MM. ESTABILIZACAO DA OCLUSAO
9. REDUÇÃO DAS FRATURAS + FIXAÇÃO DAS PLACAS
10. RETIRADA DO TOF
11. IRRIGAÇÃO
12. SINTESE
13. CURATIVO
- 14 AOS CUIDADOS DA ANESTESIOLOGIA

**MATERIAL UTILIZADO**

**EMPRESA:** A. COSTA                    **SISTEMA:** 2.0  
02 MINIPLACAS 04 F COM PONTE  
01 PLACA 6F COM PONTE CORTADA PARA 5F  
3 PARAFUSOS AP 6MM  
7 PARAFUSOS AP 8MM  
02 PARAFUSOS AP 10MM  
01 PARAFUSO AP 12MM

**OBSERVAÇÃO**

01 BROCA LONGA FRATURADA  
01 PARAFUSO 10MM FRATURADO



Dr. SUELIO MOREIRA TORRES  
Cirurgião Dentista  
CRM 1200000036590171

JOÃO PESSOA 02/05/20

CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL / CRO



## Nota de Sala Cirúrgica

THE TSHI



## Nota de Sala Cirúrgica

三三三

NOSSO DO PACIENTE	Album Bucal e traqueal		
IDADE	10	PRONTUARIO	ENTERMÁRIA
CIRURGIA	123	LEITO	
CIRURGÃO	Dr. Eneq. Dr. rat. Roberto e Mandibular		
ANESTESIA	Geral		
ANESTESISTA	Wesley Botelho		
INSTRUMENTADOR			
DATA:	25/05/2020	TEMPO CIRÚRGICO: INÍCIO	FIM
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	08:30	11:50	09:00 12:00
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANILA		JELOCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELOCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUMIVACAÍNA PESADA		JELOCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
CETANINA		JELOCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
DEOPEREDOL		KIT SIST. DREN. TORAJUCA Nº	FIO DE NYLON Nº
EDATO		SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11
VIBRITAL		ALCOOL ETILICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº12
FLA		PPPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23
FLUMAZENIL		PPPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24
ISOFLURANO		PPPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMATÔMO
LEVOBUPIVACAÍNA CI/VASO		SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERITO
LEVOBUPIVACAÍNA SI/VASO		MATERIAIS	LUNA DE PROCEDIMENTO PAR.
LIDOCÁINA CI/VASO		AGULHA 13X4,5	LUNA ESTERIL Nº18
LIDOCÁINA SI/VASO		AGULHA 25X07	LUNA ESTERIL Nº19
MIDAZOLAM		AGULHA 25X08	LUNA ESTERIL Nº18
MORFINA		AGULHA 40X12	LUNA ESTERIL Nº19
MONIBUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA
PANCUMÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVAS
PETEDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO
PROFORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21
ROCURÔMIO		AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML
SUX AMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML
TIOFENTAL		ATADURA GESSADA	SERINGA 10ML
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8
ADRENALINA		CÂNULA PI/TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10
AQUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12
ATROPINA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14
TRIA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16
COLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12
ETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
DIPRIONA SÓDICA		LEIRA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA
EFDORINA		COLET UPINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URINAL Nº
GLICOSE 10%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
LIDOCÁINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº
ONDASENTONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX) 015
PLASMA		EQUIPO TRANSF. SANGUE	TUBO SILICONE (LATEX)
POSITIONING		EQUIPO MICROGOTAS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PPVI	FIOS
TENDONCAN		ESPARADRAGO	FIO ALGODÃO SIA Nº
		GAZES	FIO ALGODÃO SIA Nº
		GAZES ALGODoadas	FIO ALGODÃO SIA Nº
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO CAA Nº
		TELCO Nº14	0.0 F
		TELCO Nº16	0.0 F
6	03	03/05/2020 16:26:11	
10	07	07/05/2020 16:26:11	
12	01	01/05/2020 16:26:11	



SEUETRISI		FICHA DE ANESTESIA			
		DATA 02/05/2020		PRONTUÁRIO:	
PACIENTE: ALLAN EVARISTO DA SILVA		SEXO M COR:		IDADE: 19 anos	
PRESSÃO ARTERIAL 150x80 mmHg PULSO 88		RESPIRAÇÃO 15 TEMPERATURA FESO 88		GRUPO SANGUÍNEO	
ESTADO GERAL: BOM / REGULAR / MAL / PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM / REGULAR / MAL / PESSIMO		EXAMES COMPLEMENTARES VPM			
AP RESPIRATÓRIO 60 respirações/min		AP CIRCULATÓRIO Estavel			
AP OXIGÉNIO 78%		ESTADO MENTAL 2.º P E		BROGAS EM USO	
TEMPERATURA 36.5°C				ESTADO PSÍQUICO II	
DURAÇÃO 1 HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		Tratamento cirúrgico de Fratura Complexa de mandíbula			
CIRURGIA REALIZADA:		Auxiliares			
CIRURGÃO: Dr. Patrício					
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		QUANT. DE CH		VALORES RS	
ESTESTA: Dr. Patrício B. Viegas		CBF		CRM-PB	
<img alt="Handwritten signature of Dr. José Bel					

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HOSPITAL

NOME: ALLAN EVARISTO DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1234865  
 IDADE: 19 ANOS SEXO: MAS COR: \_\_\_\_\_ DATA: 28/4/2020  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS  
 CIRURGIÃO: DR SAVIO BRUNO 1º ASS: DR CARLOS ALBERTO  
 2º ASS: MR1 THAYSA 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA: GIL VANDRO  
 TIPO DE ANESTESIA: LOCAL E SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_  
(BLOQUEIO DE PLEXO)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA  
RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: Dr. Paulo G. Almenes DATA: 28/4/2020CRM-PB 12412

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 15:36:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011315362531200000036590171>  
 Número do documento: 21011315362531200000036590171

Num. 38367679 - Pág. 58

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH + MESA DE APOIO SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>PASSAGEM DE GARROTE NO MSE</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
<b>ANTIBIOTICO PROFILAXIA</b>	
Incisão:	
<b>VIA DE ACESSO SOBRE O RÁDIO E A URNA ESQUERDA</b>	
<b>DIVULSAO POR PLANOS</b>	
<b>CUIDADOS COM HEMOSTASIA</b>	
Achados:	
<b>FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO</b>	
<b>FRATURA DE DIÁFISE DA URNA ESQUERDA</b>	

Conduta:	
<b>CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA</b>	
<b>REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO ESQUERDO</b>	
<b>FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 7 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3 PROXIMAS E 3 DISTAIS</b>	
<b>CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPA</b>	
<b>REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DA URNA ESQUERDA</b>	
<b>FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 5 FUROS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 2 PROXIMAS E 2 DISTAIS</b>	
<b>CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPA</b>	
Fechamento:	
<b>SUTURA POR PLANOS</b>	
<b>CURATIVOS ESTEREIS</b>	
<b>RETIRADA DE GARROTE DO MSE APÓS 85 MINUTOS</b>	
Observação:	
<b>TIPOIA SIMPLES</b>	
<b>RAIO-X DE CONTROLE</b>	

Médico/CRM:

Dr. André D. S. Ximenes  
Médico  
CRM-PB 12412

João Pessoa,

28/4/2020



## Nota de Sala Cirúrgica

25

NOME DO PACIENTE	Allan Elváristo da Silva		
IDADE	19	SEXO	M
CIRURGIA	Tort - Cirurg Frat. dos ossos do Antebraço	DATA	03/03/2020
CIRURGÃO	DR Bruno	DATA	DRº Carlos Alberto
ANESTESIA	Bloqueio de Plexo + sedação		
ANESTESISTA	DR Gilvandro		
INSTRUMENTADOR	ANA Lucia		
DAT	28/04/2020	DATA CIRÚRGICO - ANESTESIA	INÍCIO 09:30 AS 11:00
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA I ( ) ASA II ( ) ASA III ( ) ASA IV ( ) ASA V ( )		
GRAU DE CONTAMINAÇÃO	LIMP ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA		
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS CONT.	QTD
ALFENTANILA	S. F. 500	TELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		TELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA	S. R. L 500	TELCO Nº22	FIO DE ACO Nº
CETANDINA		TELCO Nº24	FIO DE ACO Nº
ROPERIDOL	S. F. 50 ML mantai	KIT EST. DREN. TORAXICA Nº	FIO DE NYLON Nº 2-0
IMIDATO	SOLUÇÕES	LANCHA BISTUR Nº11	FIO DE NYLON Nº
OBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	LANCHA BISTUR Nº15	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	PVP DE DESINFECTANTE	LANCHA BISTUR Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº 2-0
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	LANCHA BISTUR Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO	PVP TÓPICO	LANCHA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVORUPIVACAÍNA CI VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LANCHA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº
LEVORUPIVACAÍNA SI VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAYNA CI VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTERL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAYNA SI VASO	AGULHA 25X6,0	LUVA ESTERL Nº7,5	FIO POLIGLECAPRONE 14º
MIDAZOLAM	AGULHA 25X6,0	LUVA ESTERL Nº8,0	FIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTERL Nº8,5	- FITA CARDIACA
NTMBUTUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL
NUCARÔNTO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MÚTUVAS	QTD.
PETRIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	CATETER DE PIC
PEIOPORPOL	AGULHA RAQUI Nº23G	SCALP Nº19	CONTENTO CIRÚRGICO
KAMFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº24G	SCALP Nº21	CLIP TITÂNIO LIGADURA
KOCURÔNTO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUX-METÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº
TRIPOENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	FIO STEINMAN Nº
MEDICAÇÕES	QTD	BOLSA PI COLOSTOMIA	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
ADRENALINA		CÂNCULA PI TRAUBOSTOMIA Nº	HEMOST. ABSORVÍVEL
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL Nº	PROTESE VASCULAR
EXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	KIT FAM
AZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	FIXADOR EXTERNO
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	EMPRESA
DITRONIA SÓDICA		CERA PARA OSSO	PARAFUSOS CORTICAIS
EFDERINA		COLET. URINA FECHADO	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS EXPANSIVO
GLICOSE 30%		COMPRESSAS CIRÚRGOICAS	PARAFUSOS EXPANSIVO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	PARAFUSOS MALROLAR
HIDROCORTISONA		DREN. DE SUÇÃO	PARAFUSOS MALROLAR
LIDOCAYNA GELÉIA		ELETRODOS	PLACA
ONDASCENTRÔNA		EQUIPO MACRODROTAS	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	PLACA
PROSTOMINE		EQUIPO MICRODROTAS	EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPINHA DE PVP	QTD. X 1 AIREADOR
TENOXICAN		ESPARADRAGO	1 BISTURI ELÉTRICO
		GAZES	1 CLOQUET
		GAZES ALGODoadAS	1 CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	1 DESFIBRILADOR
		TELCO Nº14	1 FOCO AUXILIAR
		TELCO Nº16	1 FOCO CENTRAL
		Gesso Des	1 MICROSCOPIO
		Perf. p/ DS	1 ÓXIMETRO DE PULSO
		Profund	1 A. INVASIVA NÃO INVASIVA
		Aquilha A. 50	1 PERFORADOR ELÉTRICO
		01 (Vygan)	1 RX
			1 CIRCULANTE
			Robat 1000 ml
			Corel PB 1000 ml
			Alcool 1000 ml



**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: **3200169219**

Nome do(a) Examinado(a): **ALLAN EVARISTO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R PE FERREIRA, 300 - Santa Rita - PB - CEP 58301-265**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **4184916**

Data e local do acidente: [ **26/04/2020** ] **SANTA RITA - PARAÍBA**

Data e local do exame: [ **10/08/2020** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA BILATERAL DO ÂNGULO DA MANDÍBULA. FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E AO MASTIGAR. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR ARTICULAR E REDUÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO. REDUÇÃO DA ABERTURA DA BOCA COM DÉFICIT MASTIGATÓRIA, CREPITAÇÃO E ASSIMETRIA FACIAL.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**VÍTIMA ADMITIDA EM UNIDADE HOSPITALAR COM QUEIXA ÁLGICA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E INFERIOR DIREITO, APRESENTANDO CREPITAÇÃO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA COM ABAULAMENTO DA REGIÃO, SENDO SOLICITADO EXAMES DE IMAGEM, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA BILATERAL DO ÂNGULO DA MANDIBULA E FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS, SENDO REALIZADA OSTEOSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA MANDIBULAR COM OSTEOSÍNTESE COM USO DE 02 MINIPLAS + 01 PLACA + 13 PARAFUSOS E REALIZADA OSTEOSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO E URNA ESQUERDOS COM REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO COM USO DE PLACA DCP + 06 PARAFUSOS CORTICIAIS E REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DA URNA COM USO DE PLACA DCP + 04 PARAFUSOS CORTICIAIS, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 04/05/2020.**

**V.** Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Dano crânio facial, Limitação funcional do 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 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 (\*).

() "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

() "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Punho esquerdo**

% do dano: () 10% residual () 25% leve  
() 50% médio () 75% intensa () 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve  
() 50% médio () 75% intensa () 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas crânio faciais**

% do dano: () 10% residual () 25% leve  
() 50% médio () 75% intensa () 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve  
() 50% médio () 75% intensa () 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

