
Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200182426

Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Data do Acidente: 02/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 111.879.044-81 4 - Nome completo da vítima: Wallace da Silva Ribeiro

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

5 - Nome completo: Wallace da Silva Ribeiro 6 - CPF: 111.879.044-81
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: Rua das Amélias 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Afonidia 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58320-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83988551045

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (semente 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: Bradesco
AGÊNCIA: 2108 CONTA: 54102 4

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 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.

Peço 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Informação digital da vítima ou beneficiário não assinado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 18/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00206.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00206.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:24 horas do dia 14 de maio de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Wallice da Silva Ribeiro**, conhecido(a) por Wallice, CPF nº 111.879.044-81, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Izabel Moreno da Silva e Severino dos Ramos Ribeiro Pereira, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 05/05/1995 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Rosendo Batista, Nº S/N, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo da Antena da Operadora "vivo", na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Pessoa, nº S/N, Via Pública, Próximo da Farmácia Central, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/01/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo XTZ 150 CROSSER Z, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor AZUL, ano 2018/2018, UF: PB, placa QSB-3113, chassi 9C6DG2540J0013638, renavam 0118480042-9, características gerais: Nº. C.R.I.V.: 014666596751; nº. P.R.L.: 20190000278180-0; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária; Sem Reserva de Domínio; em Nome de Jorge da Silva Henrique.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NA HORA, DATA E LOCAL JÁ DESCRITOS TODOS ANTERIORMENTE ACIMA, APARECEU REPENTINAMENTE NA SUA FRENTE, UMA MOTOCICLETA E CONDUTOR QUE NÃO FORAM IDENTIFICADOS AMBOS, E NÃO DEU TEMPO DE DESVIAR, VINDO A COLIDIR COM OS MESMOS, E PERDER O CONTROLE E EQUILÍBRIO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, LOCALIZADO NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, CAPITAL DO ESTADO DA PARAÍBA, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDOS MÉDICOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

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

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-6

x WALLICE

Procedimento Policial: 00206.01.2020.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria
Segurança

Lucena/PB, 14

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula: 157.958-0

WALLICE DA SILVA
WALLICE DA SILVA RE
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 111.879.044-81 4 - Nome completo da vítima: Wallace da Silva Ribeiro

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

5 - Nome completo: Wallace da Silva Ribeiro 6 - CPF: 111.879.044-81
7 - Profissão: RECURSO 8 - Endereço: Rua das Amélias 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Afonidia 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58320-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83988551045

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (semente 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: Bradesco
AGÊNCIA: 2108 CONTA: 54102 4

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 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.

Peço 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Informação
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 18/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

Boletim de Atendimento: 1214172



Identificação do paciente					
ID 1472511	Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 120303	
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA	Pai SEVERINO DO RAMO RIBEIRO				
Escolaridade	Responsável (Parentesco)				
DDD Celular 83	Celular 991643086	DDD	Telefone		
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 708604181427190			
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICIPIO			UF PB	
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro LAURA LIMA DA SILVA		
Número 55	Complemento	Bairro CENTRO			
Admissão					
Data e Hora 02/01/2020 20:26:22	Número da pulseira 100007180216			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 AMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por TELMO FIGUEIREDO QUIRINO					CID
					Tempo 44seg

Imprimir

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000057102-4

Nr. Autenticação

BRDESCO2605202005000000000023702108000000057102371250 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nova fatura da energia elétrica - Nº 642.752.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 10.815.823-8

DADOS DO CLIENTE

IZABEL MORENO DA SILVA
RUA DAS AMÉLIAS S/N
ALHANDRA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1127629-2

REFERÊNCIA

ABR/2020

APRESENTAÇÃO

27/04/2020

CONSUMO

172

VENCIMENTO

05/05/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 49,58

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/05/2020

Pagador: IZABEL MORENO DA SILVA CNPJ/CPF: 798.868.504-00

RUA DAS AMÉLIAS S/N - CENTRO - ALHANDRA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014938975	001127629202004	05/05/2020	R\$ 49,58	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1214172



Identificação do paciente						
ID 1472511	Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24 anos 7 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA	Pai SEVERINO DO RAMO RIBEIRO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A GENITORA					
DDD Celular 83	Celular 981643086	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICÍPIO			UF PB		
E-mail	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R				
Endereço						
CEP 5320590	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro LAURA LIMA DA SILVA			
Número 55	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 02/01/2020 20:26:22	Número da pulseira 100007180216	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	Velo de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos 0210120 Paciente deu entrada neste setor trazido por equipe do Samu vítima de acidente de moto. Relata não estar no momento de consciência usando capacete, segue correntemente orientada, em uso de collar cervical e com fratura exposta de punho E. medicado do CPM e em uso de analgésico. Diagnóstico Fratura de punho E. Atendido por TELMO FIGUEIREDO GUIRINO CD 5						
Assinado por Erica Dal Bianco COREN/PB 124615-EMF						Tempo 44seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador H. Cavalcanti



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIR
o trabalho

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

Paciente: WALLACE DA SILVA RIBEIRO	BAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 29d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991643086
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA			Prontuário
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS	Data/Hora Prescrição 02/01/2020 22:08:36	Nº Cons. Regional 6005/PB

ANAMNESE

COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO. FOTORREAGENTES CASEÇA. PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL + CEF. NEGA CERVICALGIA À PALPAÇÃO/MOBILIZAÇÃO. RAIO X DE COLUNA CERVICAL SEM SINAIS DE FRATURA. CIRURGIA GERAL, LIBERADO PARA PROCEDIMENTO DA ORTOPEDIA. SEGUIMENTO PELA NCR.

Em observação

Dr. Erickson Duarte B. de Assis
Neurocirurgião
CRM 6005

Enfermeiro

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS
(CRM: 6005/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 02/01/2020 20:27:06



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sevidar: Nuntiato Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

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

Paciente WALLACE DA SILVA RIBEIRO	BAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 23d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991643086
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA			Prontuário
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR	Nº Cons. Regional 4087/PB
Data/Hora Classificação 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 20:46:05	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, TRAZIDO PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA. AO EXAME: EGR, CORADO, PUPILA FOTORREAGENTES CABEÇA: PRESENÇA DE FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO OCCIPITAL + NA CAVIDADE ORAL, SANGRAMENTO NASAL TORAX: NDN ABDOMEN: NDN MMSS: FRATURA EXPOSTA NO PUNHO E MÃO ESQUERDAS NDI NDN CONDUZA: SOLICITO RAIOS X DE COLUNA CERVICAL, FACE, E PUNHO, MÃO ESQUERDAS

DICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

457 especificado

Enfermeiro

Dr. Roberto C. Ciraulo Junior
Médico
CRM-PB 4087
ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR
(: 4087/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 02/01/2020 20:27:06



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente WALLACE DA SILVA RIBEIRO	BAE 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Baixa
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24a 7m 29d	CNS	Telefone de Contato (83) 991543085
Mãe ISABEL MORENO DA SILVA	Sexo Masculino		Prontuário
Endereço LAURA LIMA DA SILVA, 55	Bairro CENTRO	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 02/01/2020 20:26:22		Data/Hora Prescrição 02/01/2020 23:44:20	

ANAMNESE

#ortopedia PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE EVOLUI COM FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO CD:
INTERNAMENTO TTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

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., 8/8H

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 10 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Em: 18/01/2020 08:26:30

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 15d 7h 57min	Convênio SUS	Prontuário 120303	Plantão DIURNO
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 15d 12h	Permanência no Leito: 14d 7h 45min

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 18/01/2020 08:26:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE NO 1 DPO, APÓS TER SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE. NO MOMENTO EM BEG E LOTE.

CD:

1. ORIENTAÇÕES

2. ALTA HOSPITALAR

* RX PÓS OPERATÓRIO JÁ SOLICITADO.

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO

Número Conselho: 3267


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRO - 3267



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO
Em: 17/01/2020 10:28:04

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO		Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190	Prontuário 120303
Tempo de Internação 14d 9h 59min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 14d 14h 2min	Permanência no Leito: 13d 9h 47min	

EVOLUÇÃO MEDICA (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 17/01/2020 10:27:58)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO DE FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DE FACE, NO MOMENTO EM EGB, EXTUBADO, ENCAMINHADO A URPA.

CD:

1- PRESCRIÇÃO

2- REAVALIAÇÃO PELA BMF

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO

Número Conselho: 4400

Dr. Patrício Oliveira
Cirurgião Geral-Maxilo-Facial
CRM-PB - 4400



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

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

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO
Em: 09/01/2020 10:57:39

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO		Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190	Prontuário 120303
Tempo de Internação 6d 10h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 6d 14h 31min	Permanência no Leito: 5d 10h 16min	

EVOLUÇÃO MEDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO - 09/01/2020 10:57:33)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO POR DR LAURI SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM + RÁIO-X DE CONTROLE + TIPOIA EM MSE

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO DE MACEDO

Número Conselho: 12265


Laiana Barreto
Médica
CRM/PB 12265



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: WALLACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1214172
IDADE: 24 SEXO: M COR: DATA: 17.01.2020
CLÍNICA/SETOR: BMF EMP: LR:
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTIKOMAXILAR
CIRURGIÃO: DR PATRICIO NETO 1º ASS:
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: DR TIERRES
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 8:00 TÉRMINO: 10:00

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTIKOMAXILAR	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO
DESCRIÇÃO: SIM
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Patricio Oliveira
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM/SP - 4400

DATA: 17.01.2020

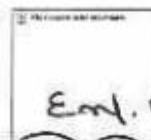
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
1 PACIENTE EM DDH SOB INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL
2 ANTISSEPSIA COM PVPI TÓPICO INTRA E EXTRA-ORAL
3 APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRURGICOS
4 APOSIÇÃO DO TAMPÃO OROFARINGEO
5 INFILTRAÇÃO EM FUNDO DE VESTÍBULO MAXILAR
6 INCISÃO PARA ACESSO LE FORT I
7 DESCOLAMENTO MUCOPERIOSTEAL
8 REDUÇÃO DAS FRATURAS
9 BMM COM FIO DE AÇO Nº 01 E PARAFUSOS 1.5
01 PARAFUSOS AUTOPERFURANTE 1.5 X 10MM (DESCARTADOS)
07 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 1.5 X 14 MM (DESCARTADOS)
01 PARAFUSO AUTORROSCANTE 1.5 X 15 MM (DESCARTADOS)
01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 1.8 X 13 MM (DESCARTADOS)
Conduta:
10 REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACA E PARAFUSOS
02 MINIPLACAS "Y" COM INTERVALO
01 PARAFUSO AUTOPERFURANTE 2.0 X 5 MM (DESCARTADO)
02 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 2.0 X 5 MM
04 PARAFUSOS AUTORROSCANTE 2.0 X 7 MM (1 DESCARTADOS)
01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 2.3 X 5 MM
01 PARAFUSOS DE EMERGÊNCIA 2.8 X 7 MM
01 PARAFUSO DE EMERGÊNCIA 2.8 X 7 MM
Fechamento:
11 REMOÇÃO DO BMM COM OS FIO DE AÇO E PARAFUSOS
12 IRRIGAÇÃO COPIOSA
13 SUTURA
Observação:
14 REMOÇÃO DOS CAMPOS
15 REMOÇÃO DO TAMPÃO

Ver OPMs.


 Girlene Correia Alves
 COREN-PB 139.180-TE

FINC35 ASCX 0214

RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: **WALLACE DA SILVA RIBEIRO** BE/PRONTUÁRIO: **1203339**
 IDADE: **24** SEXO: **M** COR: DATA: **9/1/2020**
 CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** LEITO **2**
 CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ**
FRATURA DE GALEAZZI
 CIRURGIÃO: **DR LAURI** 1º ASS: **DR JAQUES**
 2º ASS: **MR2 LAIANA** 3º ASS:
 INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
 TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNOSTICO PÓS OPERATÓRIO		CIG
FRATURA DIAFISARIA DE RADIO ESQ		
COMINUTA		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CODIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE GALLEAZZI		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Lauri F. C. Junior
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM - PA 00112/TEOT - 13839

DATA:

9/1/2020

Nota de Sala Cirúrgica

BIS TSHL

NOME DO PACIENTE Wallace da Silva Ribeiro

IDADE 25 SEXO M DATA 12/11/2020 ENTREVISTA 06 LEITO 03

CLINICA Amst. Contêineres (LSC)

PROFESSOR Dr. Douglas PADE Dr. Alvine

ANESTESIA Alveolar de Vago

ANESTESISTA Dr. Rosanna

INSTRUMENTADOR Alcicleia

DATA 09/12/20 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA 08:50m CIRURGIA INICIA PM 10:55

ÍNDICE DE RISCO DE CIRCUL. ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () DOCTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		RELCO Nº18		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1	RELCO Nº20		PIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	RELCO Nº22		PIO DE AÇO Nº	
CETANINA		RELCO Nº24		PIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORAXICA Nº		PIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.	PIO DE NYLON Nº	20
FENOBARBITAL		ALCOOL ETILICO 70%		PIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		PVP DEGERMANTE	1	PIO POLIGLACTINA Nº	1
FLUMAZENIL		PVP TINTURA	1	PIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		PVP TÓPICO		PIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	SABÃO ANTISEPTICO		PIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	1	MATERIAIS	QTD.	PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		PIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		AGULHA 15X07		PIO POLIGLACTONE Nº	
MIDAZOLAM	1	AGULHA 25X08	1	PIO SEDA Nº	
MORFINA		AGULHA 40X12	1	FIJA CARDIACA	
NMBLUM		AGULHA PERIDURAL Nº16	1	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURONIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	1	AGULHA RAQUI Nº25G		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAKUFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		PIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURONIO		AGULHA RAQUI Nº27G		PIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		PIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM	1	PIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		ATADURA CESSADA	1	GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂMULA PI TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTEADIDA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER ENDOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA	1	CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18			
DIPIRONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSE		PARAFUSOS CORTICAIS 2,5x20 16:00	
EFEDRINA	1	COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS 2,5x26 02:00	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	4	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	4	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE	1	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	1	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELIA		ELETRODOS	1	PLACA <u>Acromioclavicular</u> 01/05	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPUNJA DE PVP	1	ASPIRADOR	
TENDONICAM	1	ESPANADRAPO	1	() HISTURI ELÉTRICO	
		GAZES	1	() CAPNÓGRAFO	
		GAZES ALGODADAS	1	() CARDIOMONITOR	
		GEL ELÉTROLÍTICO	1	() DESFIBRILADOR	
		RELCO Nº14		() FOCO AUXILIAR	
		RELCO Nº15		() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVÃO INVASIVA	
				() PERFUSADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

ASSINATURA Dr. Rosanna

FONE ASSIN. Dr. Rosanna



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

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

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 05/01/2020 08:55:58

Nome WALLACE DA SILVA RIBEIRO	Boletim de Atendimento 1214172	Data/Hora Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/05/1995	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 708604181427190
Tempo de Internação 2d 8h 26min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 120303
Data de Entrada 02/01/2020 20:26:22	Data Internação 03/01/2020 00:29:46	Permanência na Unidade: 2d 12h 29min	Permanência no Leito: 1d 8h 14min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 05/01/2020 08:51:55)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF

PACIENTE CURSANDO COM FRATURA DE FACE POR ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

EFG: BEG, CONTACTUATE, EUPNEICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL AO TOQUE

EFEQ: EDEMA EM 1/3 MÉDIO DE FACE, TNA EM POSIÇÃO (+/- 48HCOM SINAL DE SANGRAMENTO ATIVO EM REGRESSÃO

EFIO: DESOCCLUSÃO, EDESLOCAMENTO LINGUAL DE SEGUIMENTO ANTERIOR DE PRÉ MAXILA, EXAME DIFICULTADO POR CONDIÇÃO CLÍNICA, HIGIENE PRECÁRIA (SOLICITO ODONTOLOGIA HOSPITALAR)

CD:

1) AV+OT

2) SUGIRO DIETA LEVE/BATIDA

3) SUGIRO MANUTENÇÃO DE ATB E CORTICOIDE

4) RENOVO CURATIVO SUPERFICIAL DE TNA

5) SEGUE ACOMPANHAMENTO BMF, AGUARDO MELHORA DE QUADRO E REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Dr. Bruno da Silva Mesquita
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM-PB 6126

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOME: WALACE DA SILVA RIBEIRO BE/PRONTUÁRIO 1214172
IDADE: _____ SEXO: MAS COR: _____ DATA: 2/1/2020
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: TTO CIRURGICO DE FRATURAS EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ

CIRURGIÃO: DR. EDSON TINOCO 1º ASS: MR2 DANIEL
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: BLOQ HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

DATA:

2/1/2020

Dr. Edson Tinoco
MÉDICO
CRM 11134

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

FERIMENTO PRE EXISTENTE

Achados:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQ

Conduta:

LMC COM SF0,9% EXAUSTIVA

REDUÇÃO DA FRATURA

FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO DE RADIO DISTAL

AUXILIO DA ESCOPIA

LMC COM SF0,9% EXAUSTIVA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

RAIO-X DE CONTROLE

Observação:

TALA

Médico/CRM:

João Pessoa,

2/1/2020

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

HST III

Germana Cruz Nunes
Téc. de Enfermagem
CRP OR 424976



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/01/20

PRONTUÁRIO: 1214172

PACIENTE: WALLACE DA SILVA ZIBEIRO SEXO: M COR: IDADE: 244

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO.

AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL (NENHUMA)

AP. DIGESTIVO EST. C/HELO

ESTADO MENTAL CONSCIENTE

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA TIRÓIDE CIRURGIA DE FRAT. OXOSTIA DE BASTÃO DE ANTEBOLCO

CIRURGIÃO A. EDSON TINOLO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 22:40h

TERMINO DA ANESTESIA 23:40

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH

VALORES RS

ANESTESISTA A. ANDRÉ

CPF

CRM-PB

AGENTES-HORA

N.º

OS

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

Técnica: RCTE monitorizado, aspiração + antitrombina local. Puncão e bloqueio

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. NOUABUPI 0,5% CIV - 20ml
2. LIDOCANA 1% CIV - 20ml
3. ETACOTILAM - 2g
4. DEXADECETASO - 10g
5. AMUSEDRON - 5g
6. DIPRONA - 2g

Observações importantes: Intubação orotraqueal com auxílio de NRP e Agulha ASD. Anestesia

Dr. André Cavalcanti Scocuglia Médico Anestesiologista CRM-PB 7179

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F. N. ASSINATURA



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lúcio



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

Documento de Alta

Nome: WALLACE DA SILVA RIBEIRO			Número Prontuário: 120303
Data de Nascimento: 05/05/1995	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/01/2020 00:29:46	Data de Alta: 18/01/2020 08:29:24
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta:			
Resumo da Internação: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE E FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DA FACE. O MESMO, SUBMETEU A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA, CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS.			
Resultado de Exames: FRATURA COMPLEXA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
Tratamento: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA FACE			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares			
Recomendações: ALIMENTAÇÃO LÍQUIDO-PASTOSA, TOMAR A MEDICAÇÃO PÓS OPERATÓRIA CORRETAMENTE E RETORNAR NO PRÓXIMO DIA 24.01.20, ÀS 10h PARA AVALIAÇÃO PÓS CIRÚRGICA.			

Data: 18/01/2020

FRANCISCO NUNES DE ASSIS
FILHO
CRM: 3267 - PB


Dr. Assis Filho
Cirurgia BMF
Implantodontista
CRO - 3267



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: WALLACE DA

SILVA RIBEIRO

DATA DO ATENDIMENTO: 17/01/20

Nº PRONTUÁRIO: 13141 FICHA: 73

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: INT. TEND. MÉDIO PRO

PROCEDIMENTO: _____

RECURSO

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<u>17/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>18/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>19/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>20/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>21/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>22/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>23/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>24/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>25/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>26/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>27/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>28/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>29/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>30/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>
<u>31/01/20</u>	<u>INT.</u>	<u>NOT</u>	<u>73</u>

F(NG).APC.035-1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660760018

1660760018

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660760018

NOME
WALLICE DA SILVA RIBEIRO

DOC IDENTIFICAD / CNH EMISSOR UF
3806589 SSOS PB

CPF
111.879.044-81

DATA NASCIMENTO
05/05/1995

FUNÇÃO
SEVERINO DO RAMO
RIBEIRO PEREIRA
IZABEL MORENO DA SILVA

PERMILHAO
1660760018

ICC
1660760018

CAT.VEIC
2

Nº REGISTRO
04882613760

VALIDADE
14/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
21/07/2017

OBSERVAÇÕES

RAR:

WALLICE DA SILVA RIBEIRO

SIGNATURA DO DETENTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
19/09/2018

SIGNATURA DO DETENTADOR

77668524405
PB037580604

PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014666596751

6280858898

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA	PRT	20190000278180-0
1	COD. RENAVAM	RNTC
	0119480042-9	00/00000000

NOME/ENDEREÇO
JORGE DA SILVA HENRIQUE
RUA MANOEL JACOME DE BRITO SN
CRUZ DAS ARMAS
52085650 JOAO PESSOA-PB

CPE/CNPJ	PLACA
70024087475	0SE3113/PB

NOME ANTERIOR
PEDRO JUNHO DA SILVA LAURENTINO

PLACA ANT./UF	CHASSI
NOVO PB	9C6DG2640J0013638

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PBS/MOTOCICLE/HAO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/XZ1100 CROSSER E	2018	2018

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 11/149 7CI	PARTIC	AZUL

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
N. Motor : G305E-094439

JOAO PESSOA - LOCAL	DATA
20320	15/07/2018
40886	



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

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

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
IDENTIDADE _____ NOME _____
ASSINATURA Alice da Silva ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182426 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/01/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DA ULNA E RÁDIO ESQUERDO. PG4,9,11,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MSXILAR E RÁDIO -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO
FACIAIS.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142317/20

Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

CPF: 111.879.044-81

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 02/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALLICE DA SILVA RIBEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WALLICE DA SILVA RIBEIRO : 111.879.044-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/05/2020
Nome: WALLICE DA SILVA RIBEIRO
CPF: 111.879.044-81

WALLICE DA SILVA RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200182426 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALLICE DA SILVA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/01/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.
FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DA ULNA E RÁDIO ESQUERDO. PG4,9,11,12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MSXILAR E RÁDIO -OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO
FACIAIS.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50