
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), ALLAN 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, 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



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:

Documentação médico-hospitalar	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



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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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.



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 ULNA 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 ULNA ESQUERDOS, SENDO REALIZADA OSTEOSSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA MANDIBULAR COM OSTEOSSÍNTESE COM USO DE 02 MINIPLAS + 01 PLACA + 13 PARAFUSOS E REALIZADA OSTEOSSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDAS COM REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO COM USO DE PLACA DCP + 06 PARAFUSOS CORTICAIS E REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DA ULNA 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
Total			43,75 %	R\$ 5.906,25

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 EVARISTO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ALLAN EVARISTO DA SILVA	122.586.294-97	
Profissão:	Endereço:	Número:
TRUOANTE	LUA PADRE FERREIRA	300
Bairro:	Cidade:	CEP:
POPULAI	SANTA RITA	58.301-265
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PB	(83) 97811-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1914 ☐ CONTA: 138005 ☒	AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vitima 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: J. Paulo 07 06/05/2020

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.



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 RADIO (S52.3) E TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO (T14.9). De onde permaceu 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, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

x 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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



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 EVARISTO DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ALLAN EVARISTO DA SILVA	122.586.294-97	
Profissão:	Endereço:	Número:
TRUOANTE	LUA PADRE FERREIRA	300
Bairro:	Cidade:	CEP:
POPULAI	SANTA RITA	58.301-265
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PB	(83) 97811-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1914 ☐ CONTA: 138005 ☒	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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____	Vitima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: _____
Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: J. Paulo 07 06/05/2020

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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.



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Saneador Humberto Lyra



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: ALLAN EVARISTO DA SILVA		Número Prontuário: 122362	
Data de Nascimento: 31/10/2000	Sexo: Masculino	Data de Internação: 27/04/2020 03:07:32	Data de Alta: 04/05/2020 09:30:36
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: CD: 1- AVALIAÇÃO BMF; 2-ORIENTAÇÕES; 3- PRESCRIÇÃO PARA CASA; 4- ALTA HOSPITALAR COM RETORNO PARA O DIA 13/05/2020 AS 13H.			
Resumo da Internação: #BMF# PACIENTE NO 2º DPO DE OSTEOSSÍNTESE 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 PÉRVIAS, 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.			
Resultado de Exames: CLÍNICO E IMAGINOLÓGICO			
Tratamento: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: TOMAR MEDICAÇÕES COMO PRESCRITO; COMPRESSA MORNHA 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

EVANDRO SALES HONFI JUNIOR
Cirurgião Bucal, Maxilo Facial
Implantodontia
CRO-PB/3985



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



Seus testes
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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. Russo **30/04/2020**
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

Dr. Clementino Alexandre de C. Neto
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
Médico
CRM/PB 7596

CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
(7596/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

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

UBIRATAN SEVERINO DE ANDRADE
RUA PE FERREIRA, 300 - POPULAR
SANTA RITA / PB CEP: 58301-265 (AG. 1)

Ligação MONOFÁSICO
Cis/Sbe RES.MTC B1/RESIDENCIAL - BAIXA RENTUA
Roteiro 5-9-60-7140 Referência Fev/2020
Medidor 00008385508 Emissão 07/02/2020

ENERGISA PARAIBA - LIGADORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cústo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-630
CNPJ 06.908.133/0001-40 - Insc. Est. 16.015.023-40

Nota Fiscal/Cópia de Energia Elétrica Nº 008 530 547
Cód. para Deb. Automático: 00001158366

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: 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

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/118836-6

Canal de contato

- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Consulte a Tabela Social de Energia Elétrica.

 **energisa**



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Saneador Humberto Lyra



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: ALLAN EVARISTO DA SILVA		Número Prontuário: 122362	
Data de Nascimento: 31/10/2000	Sexo: Masculino	Data de Internação: 27/04/2020 03:07:32	Data de Alta: 04/05/2020 09:30:36
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: CD: 1- AVALIAÇÃO BMF; 2-ORIENTAÇÕES; 3- PRESCRIÇÃO PARA CASA; 4- ALTA HOSPITALAR COM RETORNO PARA O DIA 13/05/2020 AS 13H.			
Resumo da Internação: #BMF# PACIENTE NO 2º DPO DE OSTEOSSÍNTESE 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 PÉRVIAS, 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.			
Resultado de Exames: CLÍNICO E IMAGINOLÓGICO			
Tratamento: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA			
Diagnóstico: S02.6 - Fratura de mandíbula			
Recomendações: 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

EVANDRO SALES HONFI JUNIOR
Cirurgião Bucal, Maxilo Facial
Implantodontia
CRO-PB/3985



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



Seus testes
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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. Russo **30/04/2020**
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

Dr. Clementino Alexandre de C. Neto
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
Médico
CRM/PB 7596

CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
(7596/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



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 MUNICIPIO	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 1000008760066		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				
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA						Tempo

Imprimir



**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 ALLAN EVARISTO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19 anos 5 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO		Pai ARNOU GUILHERME DA SILVA FILHO		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) JOSICLEIDE EVARISTO DO NASCIMENTO - TIO (A)		
DDD Celular 83	Celular 988635129	DDD	Telefone	
Tipo documento CNH	Número documento 12258629497	Nº Cns 708106532930139		
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
E-mail	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 1000008760066	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 RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto, trazido pelo Samu. Após avaliação foi encaminhado ao CDI.				
Diagnóstico				CID
Atendido por ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA				Tempo

Maya Maya L. A. Oliveira
Enfermeira
CORP 537.781

Imprimir



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

JOSE ALEXANDRE FIGUEIREDO - 2º TEN/ 2T

Del SM/Cmt/Ch/Dir

C5EBE2C6A873092A05000B2AB8F3FDF8

ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data Nasc.: 31/10/2000

Sexo: M

708 1065 3293 0139



COPIAR PARA O ARQUIVO

VALIDO EM TODOS OS TERRELOS E REGISTROS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

PRADO - RIO GRANDE DO NORTE



Governo do Estado
RIO GRANDE DO NORTE

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baza
ALLAN EVARISTO DA SILVA	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		CNS	Prontuario
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO		708106532930139	
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO	13004/PB
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 VOMITO. APRESENTA CREPITAÇÃO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA, COM ABAULAMENTO 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. PARECER DA ORTO E BUCO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE BRACO 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



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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	CNS	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	700006532930139	(83) 988635129
Mãe	Sexo		Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO	Masculino		
Endereço	Barrio	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 ABAULAMENTO 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; PARECER DA ORTO E BUCO AO TEMPO AS 22:45. PACIENTE EVOLUI ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL. OBS: EXAMES FAST SEM LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL. ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. CD= ALTA DA CIRURGIA GERAL SEGUE AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima
Cirurgião Geral / Visão Laparoscopia
CRM PB 9766 RQE 5425

Enfermeiro

THYAGO DUAVY FERRER LIMA
(CRM: 9766/PB)

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	SAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALLAN EVARISTO DA SILVA	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	708406532930139	(83) 988635129
Mãe			Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Qualidade	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	5762/PB
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 AXILOPALMAR ESQUERDA
RADIOGRAFIAS DE ANTEBRAÇO.

EXAME DE IMAGEM

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(CRM: 5762/PB)

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

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

Tel: 32165700 - CNES: 2563262



Paciente
ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data de nascimento
31/10/2000

Idade

19a 5m 27d

Mãe

JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO

Endereço
PADRE FERREIRA, 243

Acidente
MOTO X MOTO

Data/Hora Classificação
26/04/2020 18:51:21

BAE
1234865
Sexo
Masculino

Bairro
POPULAR

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
26/04/2020 18:51:21
CNS
708106532930139

Município
SANTA RITA
Profissional
AUTRAN DA NOBREGA ALVES

Data/Hora Prescrição
27/04/2020 02:27:07

Data Saída

Telefone de Contato
(83) 988635129
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
4072/

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 OCLUSAO. AO EXAME IMAGEM APRESENTA FRATURA BILATERAL DE ANGULO DE MANDIBULA. CD: 1-AVALIACAO BMF 2-INTERNAMENTO 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., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAUSEA (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°

SSVV + 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 mandibula

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro



AUTRAN DA NOBREGA ALVES
(: 4072:)

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Seus filhos
PARAIBA
Governo do Estado

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

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

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
Tempo de Internação 6d 4h 55min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	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 MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 03/05/2020 08:02:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1F#

ACIENTE 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
CSO - 3267



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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	Prontuario 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 MEDICA (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 02/05/2020 12:07:18)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA.
PROCEDIEMTO 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

[Handwritten signature]
PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

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

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 4d 6h		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 26/04/2020 18:51:21	Data Internação 27/04/2020 03:07:32	Permanência na Unidade: 4d 14h 16min	Permanência no Leito: 2d 19h 30min	

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 01/05/2020 09:07:30)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PACIENTE NO 4 DIH, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, 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 MANDÍBULA 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
Impedimento
CRO - 3267



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Em: 26/04/2020 08:13:59

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

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/04/2020 08:13:47)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DE UMERIO 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

Assinado digitalmente por Augusto Gonçalves Sarmiento Junior

Número Conselho: 12411



HEETSHL

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: ALLAN EVARISTO DA SILVA

BE: 1234865

IDADE: 19

SEXO: MASC

DATA: 02/05/2020

SETOR: POSTO 1

ENFERM.: 16

LEITO: 03

CIRURGIA: OSTEOSINTESE DE FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA

CIRURGIÃO: DR PATRICIO

1º AUX: DR LUCAS

2º AUX: DR DANILO

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:

OSTEOSINTESE 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: ()

Dr. Patricio Oliveira
Cirurgião Bucal - F.O. 10.000
10.000

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 MUCOPERISOTEO
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

CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL /CRO

Dr. Patrício
Miguel B. S. Xavier
Miguel B. S. Xavier

JOÃO PESSOA 02/05/20

Nota de Sala Cirúrgica

RESUMO

NOME DO PACIENTE		Alfonso Guisado da Silva	
IDADE	19	123/86	
CURUGIA	Prat. Otorrino e Prat. Bilateral Mandibula		
CIRURGIÃO	Patricio	TAUX	TAUX
ANESTESIA	Genal		
ANESTESISTA	Roberto Botelho		
INSTRUMENTADOR			
DATA	25/02/2020	TEMPO CIRURGICO	08:30/11:50
		ANESTESIA INICIO	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: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	
ALFENTANIL			
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			
BUPIVACAÍNA PESADA			
ETANIDIA			
PROPERIDOL			
ADATO			
URBITAL			
FLA			
FLUMAZENIL			
ISOFLURANO			
LEVOPROPOLANO			
LEVOPROPOLANO			
LIDOCAÍNA C/ VASO			
LIDOCAÍNA S/ VASO			
MIDAZOLAM			
MORFINA			
NOBILUM			
PANCURONIO			
PETIDINA			
PROPOFOL			
RAMFENTANIL			
ROCURONIO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETONIO			
TIOPENTAL			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
TRA			
OLDNA			
GETASONA			
DIPTRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 10%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASETRONA			
PLASO			
PROSTIGMINE			
PROTANDIA			
TENOXCAN			
SOLUÇÕES		QTD.	
ALCOOL ETILICO 70%			
PVP DEGERMANTE			
PVP TINTURA			
PVP TÓPICO			
SABÃO ANTISÉPTICO			
MATERIAIS		QTD.	
AGULHA 13X4,5			
AGULHA 25X07			
AGULHA 25X08			
AGULHA 40X12			
AGULHA PERIDURAL N°16			
AGULHA PERIDURAL N°17			
AGULHA PERIDURAL N°18			
AGULHA RAQUI N°25G			
AGULHA RAQUI N°26G			
AGULHA RAQUI N°27G			
ALGODÃO ORTOPÉDICO			
ATADURA DE CREPOM			
ATADURA GESSADA			
BOLSA P/ COLOSTOMIA			
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA			
CATETER DE OXIGÊNIO			
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°			
CATETER EPIDURAL N°16			
CATETER EPIDURAL N°17			
CATETER EPIDURAL N°18			
CERA PARA OSSO			
COLET. URINA FECHADO			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
DRENO DE PENROSE			
DRENO DE SUÇÃO			
ELETRODOS			
EQUIPO MACROGOTAS			
EQUIPO TRANSF. SANGUE			
EQUIPO MICROGOTAS			
ESPONJA DE PVP			
ESPARADRAPO			
GAZES			
GAZES ALGODOADAS			
GEL ELETROLÍTICO			
ELCO N°14			
ELCO N°16			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
ELCO N°18			
ELCO N°20			
ELCO N°22			
ELCO N°24			
KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°			
LÂMINA BISTURI N°11			
LÂMINA BISTURI N°13			
LÂMINA BISTURI N°23			
LÂMINA BISTURI N°24			
LÂMINA DE DERMATOMO			
LÂMINA DE ENOCERTO			
LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.			
LUVAS ESTÉRIL N°10			
LUVAS ESTÉRIL N°13			
LUVAS ESTÉRIL N°18			
LUVAS ESTÉRIL N°19			
LUVAS ESTÉRIL N°23			
MÁSCARA CIRÚRGICA			
MULTIVIAS			
PERFURADOR DE SORO			
SCALP N°18			
SCALP N°21			
SERINGA 3ML			
SERINGA 5ML			
SERINGA 10ML			
SERINGA 20ML			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°8			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°10			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°12			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°14			
SONDA ASP. TRAQUEAL N°16			
SONDA FOLEY 2VIAS N°12			
SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
SONDA NASOG. CURTA			
SONDA NASOG. LONGA			
SONDA URETRAL N°			
TORNEDINHA			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO ENDOTRAQUEAL N°			
TUBO SILICONE (LATEX)			
FIOS		QTD.	
FIO CAT. GUT CROMADO N°			
FIO CAT. GUT CROMADO N°			
FIO DE AÇO N°			
FIO DE AÇO N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO DE NYLON N°			
FIO POLYLACTINA N°			
FIO POLYLACTINA N°			
FIO POLYLACTINA N°			
FIO POLIPROPILENO N°			
FIO POLIPROPILENO N°			
FIO POLILECAPROXONE N°			
FIO SEDA N°			
FITA CARDÍACA			
MATERIAL ESPECIAL		QTD.	
CATETER DE PIC			
CONCRETO CIRÚRGICO			
CLIP TITÂNIO LIGADURA			
FIO DE KIRSCHNER N°			
FIO DE KIRSCHNER N°			
FIO STEINMAN N°			
FIO STEINMAN N°			
GRANDEADOR CIRÚRGICO			
HEMOST. ABSORVÍVEL			
KIT DERIVA. VENTRICULAR			
PRÓTESE VASCULAR			
KIT. FAM			
FIXADOR EXTERNO			
EQUIPAMENTOS			
ASPIRADOR			
BISTURI ELÉTRICO			
CARDIOGRAFO			
CARDIOMONITOR			
DEFIBRILADOR			
FOCO ALUXIAL			
FOCO CENTRAL			
MICROSCOPIO			
OXÍMETRO DE PULSO			
PA. INVASIV. INVASIVA			
PERFUSOR ELÉTRICO			
RESPIRADOR			

ex 2.0
 11 11 8
 11 11 10
 11 11 12

de Souza
 80322

HILL TOP

[illegible]

SEETSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA 02/05/2020

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ALLAN EVARISTO DA SILVA SEXO M COR: IDADE: 13 anos

PRESSÃO ARTERIAL: 88/55 PULSO 88 RESPIRAÇÃO 15 TEMPERATURA 36,8 PESO 88,8 GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL: BOM X REGULAR / MAL / PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM X REGULAR / MAL / PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: Espontânea AP. CIRCULATÓRIO: Estável

ADJUTIVO: 285 ESTADO MENTAL: LOTE DROGA EM USO:

TIPO DE ANESTESIA: TIVA 3004 EST. NEUROMUSCULAR: II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirúrgico de Fratura Complexa de Membro Superior

CIÊNCIAS AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

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

DEFEITOS: 03 Virgúlio CRM-PB:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

RESPIRATÓRIO:

ANESTESIA GERAL ☐ ENDOTRACHEAL ☐ SEDATIVA ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS

ANESTESIA GERAL Balançada 450 ml 6.5. S. aremeto v. m. r. c. v. F10.250/1

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:

1. Entonit 29mg

2. Propofol 160

3. Propofol 160

4. Propofol 160

5. Propofol 160

6. Propofol 160

7. Propofol 160

8. Propofol 160

9. Propofol 160

10. Propofol 160

11. Propofol 160

12. Propofol 160

13. Propofol 160

14. Propofol 160

15. Propofol 160

16. Propofol 160

17. Propofol 160

18. Propofol 160

19. Propofol 160

20. Propofol 160

21. Propofol 160

22. Propofol 160

23. Propofol 160

24. Propofol 160

25. Propofol 160

26. Propofol 160

27. Propofol 160

28. Propofol 160

29. Propofol 160

30. Propofol 160

31. Propofol 160

32. Propofol 160

33. Propofol 160

34. Propofol 160

35. Propofol 160

36. Propofol 160

37. Propofol 160

38. Propofol 160

39. Propofol 160

40. Propofol 160

41. Propofol 160

42. Propofol 160

43. Propofol 160

44. Propofol 160

45. Propofol 160

46. Propofol 160

47. Propofol 160

48. Propofol 160

49. Propofol 160

50. Propofol 160

51. Propofol 160

52. Propofol 160

53. Propofol 160

54. Propofol 160

55. Propofol 160

56. Propofol 160

57. Propofol 160

58. Propofol 160

59. Propofol 160

60. Propofol 160

61. Propofol 160

62. Propofol 160

63. Propofol 160

64. Propofol 160

65. Propofol 160

66. Propofol 160

67. Propofol 160

68. Propofol 160

69. Propofol 160

70. Propofol 160

71. Propofol 160

72. Propofol 160

73. Propofol 160

74. Propofol 160

75. Propofol 160

76. Propofol 160

77. Propofol 160

78. Propofol 160

79. Propofol 160

80. Propofol 160

81. Propofol 160

82. Propofol 160

83. Propofol 160

84. Propofol 160

85. Propofol 160

86. Propofol 160

87. Propofol 160

88. Propofol 160

89. Propofol 160

90. Propofol 160

91. Propofol 160

92. Propofol 160

93. Propofol 160

94. Propofol 160

95. Propofol 160

96. Propofol 160

97. Propofol 160

98. Propofol 160

99. Propofol 160

100. Propofol 160

101. Propofol 160

102. Propofol 160

103. Propofol 160

104. Propofol 160

105. Propofol 160

106. Propofol 160

107. Propofol 160

108. Propofol 160

109. Propofol 160

110. Propofol 160

111. Propofol 160

112. Propofol 160

113. Propofol 160

114. Propofol 160

115. Propofol 160

116. Propofol 160

117. Propofol 160

118. Propofol 160

119. Propofol 160

120. Propofol 160

121. Propofol 160

122. Propofol 160

123. Propofol 160

124. Propofol 160

125. Propofol 160

126. Propofol 160

127. Propofol 160

128. Propofol 160

129. Propofol 160

130. Propofol 160

131. Propofol 160

132. Propofol 160

133. Propofol 160

134. Propofol 160

135. Propofol 160

136. Propofol 160

137. Propofol 160

138. Propofol 160

139. Propofol 160

140. Propofol 160

141. Propofol 160

142. Propofol 160

143. Propofol 160

144. Propofol 160

145. Propofol 160

146. Propofol 160

147. Propofol 160

148. Propofol 160

149. Propofol 160

150. Propofol 160

151. Propofol 160

152. Propofol 160

153. Propofol 160

154. Propofol 160

155. Propofol 160

156. Propofol 160

157. Propofol 160

158. Propofol 160

159. Propofol 160

160. Propofol 160

161. Propofol 160

162. Propofol 160

163. Propofol 160

164. Propofol 160

165. Propofol 160

166. Propofol 160

167. Propofol 160

168. Propofol 160

169. Propofol 160

170. Propofol 160

171. Propofol 160

172. Propofol 160

173. Propofol 160

174. Propofol 160

175. Propofol 160

176. Propofol 160

177. Propofol 160

178. Propofol 160

179. Propofol 160

180. Propofol 160

181. Propofol 160

182. Propofol 160

183. Propofol 160

184. Propofol 160

185. Propofol 160

186. Propofol 160

187. Propofol 160

188. Propofol 160

189. Propofol 160

190. Propofol 160

191. Propofol 160

192. Propofol 160

193. Propofol 160

194. Propofol 160

195. Propofol 160

196. Propofol 160

197. Propofol 160

198. Propofol 160

199. Propofol 160

200. Propofol 160

201. Propofol 160

202. Propofol 160

203. Propofol 160

204. Propofol 160

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

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 ULNA 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
FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS	

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. André C. S. Ximenes
CRM-SP 12412

DATA:

28/4/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH + MESA DE APOIO SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

PASSAGEM DE GARROTE NO MSE

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Incisão:

VIA DE ACESSO SOBRE O RÁDIO E A ULNA ESQUERDA

DIVULSÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO

FRATURA DE DIÁFISE DA ULNA ESQUERDA

Conduta:

CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA

REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO ESQUERDO

FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 7 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3 PROXIMAIS E 3 DISTAIS

CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPIA

REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DA ULNA ESQUERDA

FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 5 FUROS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 2 PROXIMAIS E 2 DISTAIS

CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTEREIS

RETIRADA DE GARROTE DO MSE APÓS 85 MINUTOS

Observação:

TIPOIA SIMPLES

RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

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

João Pessoa,

28/4/2020

HERE ISHIT

ROSA MARIA A. MUNDAS
COREL-PB 36303-10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-124



Albano Evangelista do S. do

ASSINATURA DO TITULAR

IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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
CARTORIO SANTA RITA PB

CPF

122.586.294-97

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L
A
C
R
E

0
0
4
6
1
8
6
2
5
5

DETRAN - PB

Nº 014798843462

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20190000237314-1

VIA 1 COD. RENAVAM 0114873995-2 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME

ALISSON EVARISTO DA SILVA

CPF / CNPJ

11954174462

PLACA

QFX8383/PB

PLACA ANT / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2JB0100JR031964

ESPECIE TIPO

MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/POP 110I

ANO FAB.

2018

ANO MOD.

2018

CAP / POT / CIL

2 P/109 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

I
P
V
A

00/00/0000

1º
2º
3º

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

03/06/2019

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

0

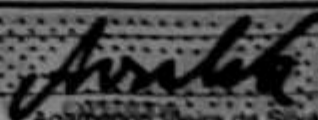
LOCAL

SANTA RITA-PB

DATA

04/06/2019

99999999


Assismon Vieira da Silva

40550

CONTRAN

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: 192.586.994-94 3 - CPF da vítima: 192.586.994-94 4 - Nome completo da vítima: Allan Evaristo da Silva

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 Evaristo da Silva 6 - CPF: 192.586.994-94
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Pe. Ferreira 9 - Número: 300 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Popular 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: RS 14 - CEP: 58.301-265
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 99811-5088

DADOS CADASTRAIS

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: Nulbank

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

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 94895435 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (variação)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pessoa, PB 18-08-2020.

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 MUNICIPIO	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 1000008760066		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				
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA						Tempo

Imprimir



**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 ALLAN EVARISTO DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 31/10/2000	Idade 19 anos 5 meses 25 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO	Pai ARNOU GUILHERME DA SILVA FILHO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JOSICLEIDE EVARISTO DO NASCIMENTO - TIO (A)					
DDD Celular 83	Celular 988635129	DDD	Telefone			
Tipo documento CNH	Número documento 12258629497	Nº Cns 708106532930139				
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB				
E-mail	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 1000008760066	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 RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto, trazido pelo Samu. após avaliação foi encaminhado ao CDI.						
Diagnóstico						CID
Atendido por ALAN BENJAMIN NORONHA DA COSTA						Tempo

Maya Maya L. A. Oliveira
Enfermeira
CORP 537.781

Imprimir



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

JOSE ALEXANDRE FIGUEIREDO - 2º TEN/ 2T

Del SM/Cmt/Ch/Dir

C5EBE2C6A873092A05000B2AB8F3FDF8

ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data Nasc.: 31/10/2000

Sexo: M

708 1065 3293 0139



COPIAR PARA O ARQUIVO

VALIDO EM TODOS OS TERRELOS E REGISTROS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

PRADO - RIO GRANDE DO NORTE



Governo do Estado
RIO GRANDE DO NORTE

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baza
ALLAN EVARISTO DA SILVA	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		CNS	Prontuario
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO		708106532930139	
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALINNE MIRLANIA SABINO DE ARAUJO	13004/PB
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 VOMITO. APRESENTA CREPITAÇÃO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA, COM ABAULAMENTO 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. PARECER DA ORTO E BUCO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE BRACO 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



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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	CNS	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	70006532930139	(83) 988635129
Mãe	Sexo		Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO	Masculino		
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 ABAULAMENTO 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; PARECER DA ORTO E BUCO AO TEMPO ÀS 22:45 PACIENTE EVOLUI ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL. OBS: EXAMES FAST SEM LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE ABDOMINAL. ABD= FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. CD= ALTA DA CIRURGIA GERAL SEGUE AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

Dr. Thyago Duavy Ferrer Lima
Cirurgião Geral / Visão Laparoscópica
CRM PB 9766 RQE 5425

Enfermeiro

THYAGO DUAVY FERRER LIMA
(CRM: 9766/PB)

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	SAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALLAN EVARISTO DA SILVA	1234865	26/04/2020 18:51:21	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
31/10/2000	19a 5m 27d	708406532930139	(83) 988635129
Mãe			Prontuário
JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO			
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE FERREIRA, 243	POPULAR	SANTA RITA	PB
Qualidade	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	STEFFERSON PINHEIRO DINIZ	5762/PB
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 AXILOPALMAR ESQUERDA
RADIOGRAFIAS DE ANTEBRAÇO.

EXAME DE IMAGEM

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

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5762

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ
(CRM: 5762/PB)

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

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

Tel: 32165700 - CNES: 2563262



Paciente
ALLAN EVARISTO DA SILVA

Data de nascimento
31/10/2000

Idade

19a 5m 27d

Mãe

JOSILENE EVARISTO DO NASCIMENTO

Endereço
PADRE FERREIRA, 243

Acidente
MOTO X MOTO

Data/Hora Classificação
26/04/2020 18:51:21

BAE
1234865
Sexo
Masculino

Bairro
POPULAR

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
26/04/2020 18:51:21
CNS
708106532930139

Município
SANTA RITA
Profissional
AUTRAN DA NOBREGA ALVES

Data/Hora Prescrição
27/04/2020 02:27:07

Data Saída

Telefone de Contato
(83) 988635129
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
4072/

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 OCLUSAO. AO EXAME IMAGEM APRESENTA FRATURA BILATERAL DE ANGULO DE MANDIBULA. CD: 1-AVALIACAO BMF 2-INTERNAMENTO 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., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAUSEA (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°

SSVV + 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 mandibula

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro


AUTRAN DA NOBREGA ALVES
(: 4072:)

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Seus filhos
PARAIBA
Governo do Estado

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

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

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 6d 4h 55min		Convênio SUS	Plantão: DIURNO	
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 MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 03/05/2020 08:02:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1F#

ACIENTE 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
CSO - 3267



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO 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	Prontuario 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 MEDICA (PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - 02/05/2020 12:07:18)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
#BMF#

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA.
PROCEDIEMTO 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

[Handwritten signature]
PATRICIO JOSE DE OLIVEIRA NETO
02/05/2020 12:09:27



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

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

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 4d 6h		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 26/04/2020 18:51:21	Data Internação 27/04/2020 03:07:32	Permanência na Unidade: 4d 14h 16min	Permanência no Leito: 2d 19h 30min	

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCISCO NUNES DE ASSIS FILHO - 01/05/2020 09:07:30)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF#

PACIENTE NO 4 DIH, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, 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 MANDÍBULA 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
Impedimento
CRO - 3267



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Impresso por: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Em: 26/04/2020 08:13:59

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

EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 26/04/2020 08:13:47)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DE UMERIO 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

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 MUCOPERISOTEO
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

CIRURGIÃO BUCOMAXILOFACIAL /CRO

Dr. Patrício
Miguel B. de
Máximo

JOÃO PESSOA 02/05/20

Nota de Sala Cirúrgica

RESUMO

NOME DO PACIENTE		Alfonso Guaiato da Silva	
IDADE	19	123456	
CURUGIA	Prat. Otorinolaring. e Prat. Bilateral Mandibular		
CIRURGIÃO	Patricio	TAUX	TAUX
ANESTESIA	Genal		
ANESTESISTA	Roberto Botelho		
INSTRUMENTADOR			
DATA	25/02/2020	TEMPO CIRURGICO	08:30/11:50
		ANESTESIA INICIO	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: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	
ALFENTANIL			
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			
BUPIVACAÍNA PESADA			
ETANIDIA			
PROPERIDOL			
ADATO			
URBITAL			
FLA			
FLUMAZENIL			
ISOFLURANO			
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			
LIDOCAÍNA C/ VASO			
LIDOCAÍNA S/ VASO			
MIDAZOLAM			
MORFINA			
HYDRUM			
PANCURÔNIO			
PETIDINA			
PROPOFOL			
RAMFENTANIL			
ROCURÔNIO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETÔNIO			
TIOPENTAL			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
TRA			
OLDNA			
GETASONA			
DIPTRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 10%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASENTRONA			
PLASO			
PROSTIGMINE			
PROTANDIA			
TENOXCAN			
MATERIAIS CONT.		QTD.	
ALCOOL ETILICO 70%			
PVP DEGERMANTE			
PVP TINTURA			
PVP TÓPICO			
SABÃO ANTISÉPTICO			
MATERIAIS			
AGULHA 13X4,5			
AGULHA 25X07			
AGULHA 25X08			
AGULHA 40X12			
AGULHA PERIDURAL N°16			
AGULHA PERIDURAL N°17			
AGULHA PERIDURAL N°18			
AGULHA RAQUI N°25G			
AGULHA RAQUI N°26G			
AGULHA RAQUI N°27G			
ALGODÃO ORTOPÉDICO			
ATADURA DE CREPOM			
ATADURA GESSADA			
BOLSA P/ COLOSTOMIA			
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°			
CATETER DE OXIGÊNIO			
CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°			
CATETER EPIDURAL N°16			
CATETER EPIDURAL N°17			
CATETER EPIDURAL N°18			
CERA PARA OSSO			
COLET. URINA FECHADO			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
COMPRESSAS CIRÚRGICAS			
DRENO DE PENROSE			
DRENO DE SUÇÃO			
ELETRODOS			
EQUIPO MACROGOTAS			
EQUIPO TRANSF. SANGUE			
EQUIPO MACROGOTAS			
ESPONJA DE PVP			
ESPARADRAPO			
GAZES			
GAZES ALGODOADAS			
GEL ELETROLÍTICO			
ELCO N°14			
ELCO N°16			
ELCO N°18			
ELCO N°20			
ELCO N°22			
ELCO N°24			
ELCO N°26			
ELCO N°28			
ELCO N°30			
ELCO N°32			
ELCO N°34			
ELCO N°36			
ELCO N°38			
ELCO N°40			
ELCO N°42			
ELCO N°44			
ELCO N°46			
ELCO N°48			
ELCO N°50			
ELCO N°52			
ELCO N°54			
ELCO N°56			
ELCO N°58			
ELCO N°60			
ELCO N°62			
ELCO N°64			
ELCO N°66			
ELCO N°68			
ELCO N°70			
ELCO N°72			
ELCO N°74			
ELCO N°76			
ELCO N°78			
ELCO N°80			
ELCO N°82			
ELCO N°84			
ELCO N°86			
ELCO N°88			
ELCO N°90			
ELCO N°92			
ELCO N°94			
ELCO N°96			
ELCO N°98			
ELCO N°100			
ELCO N°102			
ELCO N°104			
ELCO N°106			
ELCO N°108			
ELCO N°110			
ELCO N°112			
ELCO N°114			
ELCO N°116			
ELCO N°118			
ELCO N°120			
ELCO N°122			
ELCO N°124			
ELCO N°126			
ELCO N°128			
ELCO N°130			
ELCO N°132			
ELCO N°134			
ELCO N°136			
ELCO N°138			
ELCO N°140			
ELCO N°142			
ELCO N°144			
ELCO N°146			
ELCO N°148			
ELCO N°150			
ELCO N°152			
ELCO N°154			
ELCO N°156			
ELCO N°158			
ELCO N°160			
ELCO N°162			
ELCO N°164			
ELCO N°166			
ELCO N°168			
ELCO N°170			
ELCO N°172			
ELCO N°174			
ELCO N°176			
ELCO N°178			
ELCO N°180			
ELCO N°182			
ELCO N°184			
ELCO N°186			
ELCO N°188			
ELCO N°190			
ELCO N°192			
ELCO N°194			
ELCO N°196			
ELCO N°198			
ELCO N°200			
ELCO N°202			
ELCO N°204			
ELCO N°206			
ELCO N°208			
ELCO N°210			
ELCO N°212			
ELCO N°214			
ELCO N°216			
ELCO N°218			
ELCO N°220			
ELCO N°222			
ELCO N°224			
ELCO N°226			
ELCO N°228			
ELCO N°230			
ELCO N°232			
ELCO N°234			
ELCO N°236			
ELCO N°238			
ELCO N°240			
ELCO N°242			
ELCO N°244			
ELCO N°246			
ELCO N°248			
ELCO N°250			
ELCO N°252			
ELCO N°254			
ELCO N°256			
ELCO N°258			
ELCO N°260			
ELCO N°262			
ELCO N°264			
ELCO N°266			
ELCO N°268			
ELCO N°270			
ELCO N°272			
ELCO N°274			
ELCO N°276			
ELCO N°278			
ELCO N°280			
ELCO N°282			
ELCO N°284			
ELCO N°286			
ELCO N°288			
ELCO N°290			
ELCO N°292			
ELCO N°294			
ELCO N°296			
ELCO N°298			
ELCO N°300			
ELCO N°302			
ELCO N°304			
ELCO N°306			
ELCO N°308			
ELCO N°310			
ELCO N°312			
ELCO N°314			
ELCO N°316			
ELCO N°318			
ELCO N°320			
ELCO N°322			
ELCO N°324			
ELCO N°326			
ELCO N°328			
ELCO N°330			
ELCO N°332			
ELCO N°334			
ELCO N°336			
ELCO N°338			
ELCO N°340			
ELCO N°342			
ELCO N°344			
ELCO N°346			
ELCO N°348			
ELCO N°350			
ELCO N°352			
ELCO N°354			
ELCO N°356			
ELCO N°358			
ELCO N°360			
ELCO N°362			
ELCO N°364			
ELCO N°366			
ELCO N°368			
ELCO N°370			
ELCO N°372			
ELCO N°374			
ELCO N°376			
ELCO N°378			
ELCO N°380			
ELCO N°382			
ELCO N°384			
ELCO N°386			
ELCO N°388			
ELCO N°390			
ELCO N°392			
ELCO N°394			
ELCO N°396			
ELCO N°398			
ELCO N°400			
ELCO N°402			
ELCO N°404			
ELCO N°406			
ELCO N°408			
ELCO N°410			
ELCO N°412			
ELCO N°414			
ELCO N°416			
ELCO N°418			
ELCO N°420			
ELCO N°422			
ELCO N°424			
ELCO N°426			
ELCO N°428			
ELCO N°430			
ELCO N°432			
ELCO N°434			
ELCO N°436			
ELCO N°438			
ELCO N°440			
ELCO N°442			
ELCO N°444			
ELCO N°446			
ELCO N°448			
ELCO N°450			
ELCO N°452			
ELCO N°454			
ELCO N°456			
ELCO N°458			
ELCO N°460			
ELCO N°462			
ELCO N°464			
ELCO N°466			
ELCO N°468			
ELCO N°470			
ELCO N°472			
ELCO N°474			
ELCO N°476			
ELCO N°478			
ELCO N°480			
ELCO N°482			
ELCO N°484			
ELCO N°486			
ELCO N°488			
ELCO N°490			
ELCO N°492			
ELCO N°494			
ELCO N°496			
ELCO N°498			
ELCO N°500			
ELCO N°502			
ELCO N°504			
ELCO N°506			
ELCO N°508			
ELCO N°510			
ELCO N°512			
ELCO N°514			
ELCO N°516			
ELCO N°518			
ELCO N°520			

HESSTUPEL

[illegible]

SEETSHL

FICHA DE ANESTESIA

DATA 02/05/2020

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: ALLAN EVARISTO DA SILVA SEXO M COR: IDADE: 13 anos

PRESSÃO SANGÜÍNEA: 88/55 PULSO: 88 RESPIRAÇÃO: 15 TEMPERATURA: 36,8 PESO: 88,8 GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM X REGULAR / MAL / PESSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM X REGULAR / MAL / PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: Espontânea AP. CIRCULATÓRIO: Estável

ADJUTIVO: 285 ESTADO MENTAL: LOTE DROGA EM USO:

TIPO DE ANESTESIA: TIVA 3004 EST. NEUROMUSCULAR: II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirúrgico de Fratura Complexa de Membro Superior

CIÊNCIAS AUXILIARES: Da Patologia

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:

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

DEFEITOS: 03 Virgúlio CRM-PB:

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

RESPIRATÓRIO: (RL) (RL) (RL)

ANESTESIA GERAL ☐ ENDOTRACHEAL ☐ SEDATIVA ☐ BLOC. PLEXO ☐ BLOC. NERVOS ☐ OUTROS

ANESTESIA GERAL Balanceada 450 ml 6.5. S. aremeto v. m. r. c. v. F10.250/1

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Entonox 290ml 11. Nausea 57

2. Propofol 160 12. Propofol 20

3. Propofol 160 13. Cetopropil 200

4. Propofol 160 14. Trendelenburg

5. Propofol 160 15. Trendelenburg

6. Propofol 160 16. Trendelenburg

7. Propofol 160 17. Trendelenburg

8. Propofol 160 18. Trendelenburg

9. Propofol 160 19. Trendelenburg

10. Propofol 160 20. Trendelenburg

11. Propofol 160 21. Trendelenburg

12. Propofol 160 22. Trendelenburg

13. Propofol 160 23. Trendelenburg

14. Propofol 160 24. Trendelenburg

15. Propofol 160 25. Trendelenburg

Assinatura do Anestesiologista
João Batista Virgúlio
Médico Anestesiologista
CRM-PB 840.000/1

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

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 ULNA 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
FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS	

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. André C. S. Ximenes
CRM-SP 12412

DATA:

28/4/2020

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH + MESA DE APOIO SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

PASSAGEM DE GARROTE NO MSE

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Incisão:

VIA DE ACESSO SOBRE O RÁDIO E A ULNA ESQUERDA

DIVULSÃO POR PLANOS

CUIDADOS COM HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO

FRATURA DE DIÁFISE DA ULNA ESQUERDA

Conduta:

CURETAGEM DAS EXTREMIDADES DA FRATURA

REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO ESQUERDO

FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 7 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3 PROXIMAIS E 3 DISTAIS

CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPIA

REALIZADA REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DA DIAFISE DA ULNA ESQUERDA

FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA 3,5 DE 5 FUROS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 2 PROXIMAIS E 2 DISTAIS

CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTEREIS

RETIRADA DE GARROTE DO MSE APÓS 85 MINUTOS

Observação:

TIPOIA SIMPLES

RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

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

João Pessoa,

28/4/2020

HERE ISHIT

ROSA MARIA A. MUNDAS
COREL-PB 36303-10

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 ULNA 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 MANDÍBULA E FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO E ULNA ESQUERDOS, SENDO REALIZADA OSTEOSSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA MANDIBULAR COM OSTEOSSÍNTESE COM USO DE 02 MINIPLAS + 01 PLACA + 13 PARAFUSOS E REALIZADA OSTEOSSÍNTESE PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO E ULNA ESQUERDAS COM REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO COM USO DE PLACA DCP + 06 PARAFUSOS CORTICAIS E REDUÇÃO DA FRATURA DA DIÁFISE DA ULNA COM USO DE PLACA DCP + 04 PARAFUSOS CORTICAIS, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES, COM ALTA HOSPITALAR EM 04/05/2020.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano cranio 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 cranio 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