

---

**Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200252497**

**Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**

**Data do Acidente: 11/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200252497

Vítima: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Data do Acidente: 11/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%  
Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%  
Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%  
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 0000034238-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

080.205.874-96 Miguel Severino Francisco

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Miguel Severino Francisco

080.205.874-96

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Recusado

Rua Angelo

380

APTO 5

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

dos Industriais

João Pessoa

PB

58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(33) 98855-8045

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0435

CONTA: 34238

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
POUPANÇA



6277 8011 4167 0301

MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

0735 013 00034238-4 04/21

**elo**



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 044433.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044433.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:44 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão CARPINTEIRO, natural de Alhandra, nascido(a) em 28/08/1980, idade 39, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA e SEVERINO MIGUEL FRANCISCO, CPF 080.205.874-46, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Angola, nº 180, complemento AP 101, bairro Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58083624, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

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

Data/Hora do fato: 11/04/2020 04:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NA MADRUGADA DO DIA 11/04/2020, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE SEGUIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO CBX 250 TWISTER, DE COR VERMELHA, PLACA MOR-4160/PB, ANO 2002/2003, CHASSI 9C2MC3500BR100283, CADASTRADO EM NOME DE JOSÉ FLÁVIO DANTAS DOS SANTOS, QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, PRÓXIMO A PANIFICADORA PAULISTA, BAIRRO DAS INDÚSTRIAS, JOÃO PESSOA-PB, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA QUANDO BATEU NO QUEBRA MOLAS SENDO ARREMESSADO PARA FORA DA PISTA, SE MACHUCANDO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, EM JOÃO PESSOA-PB, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS.

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



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

  
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

E787F8CBF9EA791538897DA9CCF8C6B8

Código de Controle

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 080.205.874-96 4 - Nome completo da vítima: Miguel Severino Francisco

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

5 - Nome completo: Miguel Severino Francisco 6 - CPF: 080.205.874-96  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Angelo 9 - Número: 380 10 - Complemento: Aptos  
11 - Bairro: dos Industriais 12 - Cidade: Jaco Pereira 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 28000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (22) 98855-8045

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0435 CONTA: 34238 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jaco Pereira 35/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
POUPANÇA



6277 8011 4167 0301

MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

0735 013 00034238-4 04/21

**elo**



# 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: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

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

CLIENTE: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000034238-4

---

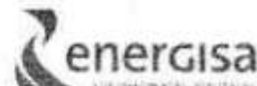
Nr. da Autenticação 8B350F4A5FF502FE

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica. Nº 046.473.340



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 05.015.822-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
DIULENA PEREIRA DOS SANTOS RUA ANGOLA 180 AP 101 JOAO PESSOA			5/1604343-2	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	23/06/2020	76	01/07/2020	R\$ 63,43

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244000 10188.671175 7 83030000006343				
Pagador: DIULENA PEREIRA DOS SANTOS CNPJ/CPF: 046.564.304-39				
RUA ANGOLA 180 AP 101 - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010188671	001604343202006	01/07/2020	R\$ 63,43	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



CEP. 58083-624



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



*Somos todos*  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1232909



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 262118	Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO			Sexo Masculino
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39 anos 8 meses 1 dia	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário 58875
Mãe TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA	Pai SEVERINO MIGUEL FRANCISCO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 83	Celular 987199290	DDD 83	Telefone 988679274	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3405551	Nº Cns 706002831862543		
Local de procedência BAIRRO DAS INDÚSTRIAS		Tipo BAIRRO	UF PB	
Etnia	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58083618	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DINAMARCA	
Número 165	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 11/04/2020 04:40:01	Número da pulseira 1000008792388		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 QUEDA / OUTROS	
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte Carro		Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]		Ultrasonografia [ ]		
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA				Tempo

Imprimir



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



*Seus todos*  
**PARAIBA**  
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1232909



### Identificação do paciente

118	Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Data de nascimento <b>08/1980</b>	Idade <b>39 anos 7 meses 14 dias</b>	Estado civil <b>CASADO(A)</b>
Religião		Prontuário <b>58875</b>
Pai <b>SEVERINO MIGUEL FRANCISCO</b>		
Responsável (Parentesco) <b>HUMBERTO SHALLON BARROS DA SILVA - ACOMPANHANTE</b>		
Endereço <b>REZINHA MEDEIROS DA SILVA</b>		Telefone
Cidade <b>BAIRRO DAS INDÚSTRIAS</b>		DDD
UF <b>PB</b>		Nº Cms <b>123881892270003</b>
Tipo <b>BAIRRO</b>		UF <b>PB</b>
CBOIR		

### Endereço

EP <b>8083</b>	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>DINAMARCA</b>
Turno <b>65</b>	Complemento	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	

### Admissão

Data e Hora <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Número da pulseira <b>1000008792388</b>	Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>

### Indicadores e Transporte

Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>
Meio de transporte <b>SAMU</b>	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA <b>90</b> X <b>60</b> mmHg	Pulso	Temperatura
----------------------------------	-------	-------------

### Exames complementares

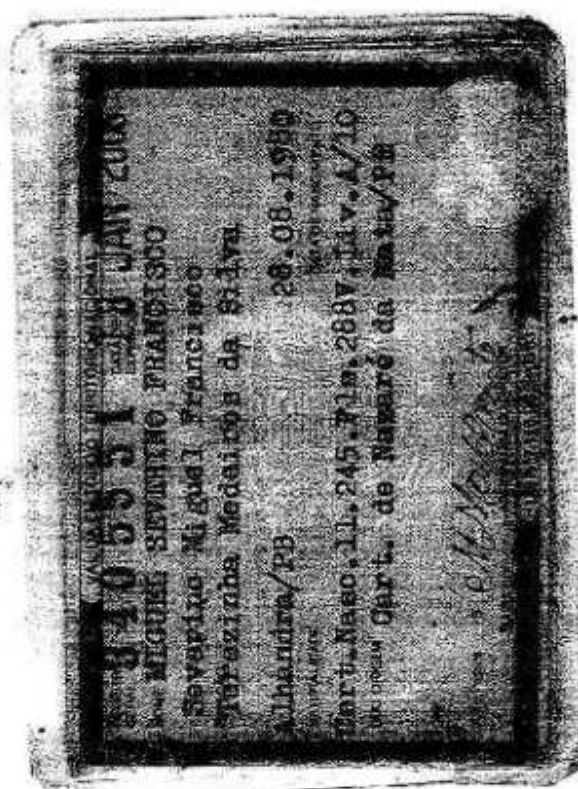
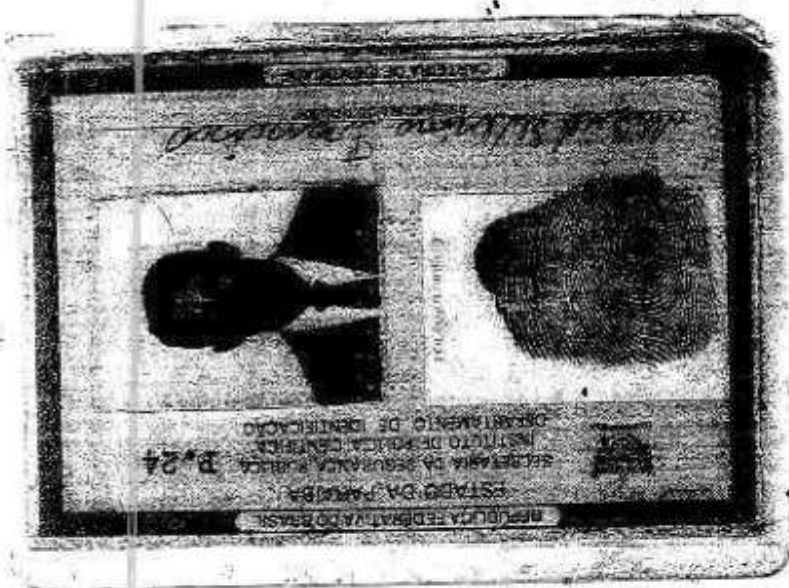
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos  
*Paciente vítima de acidente de trânsito, trazido pelo SAMU, após avaliação foi feita medicação e encaminhado para o CCJ.*

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendido por <b>MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA</b>	Tempo
---	-------

Imprimir





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sede: Humberto Lucena



*Semear sonhos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Paciente  
**MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**  
Data de nascimento  
**28/08/1980**  
Mãe  
**TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA**

Endereço  
**DINAMARCA, 165**

Acidente  
**QUEDA / OUTROS**

Data/Hora Classificação:  
**11/04/2020 04:40:01**

BAE  
**1232909**  
Sexo  
**Masculino**

Bairro  
**INDÚSTRIAS**

Motivo  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Data/Hora Entrada  
**11/04/2020 04:40:01**

CNS  
**123881892270003**

Município  
**JOAO PESSOA**

Profissional  
**LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR**

Data/Hora Prescrição  
**11/04/2020 06:49:08**

Data Baixa

Telefone de Contato  
**(83) 987199290**

Prontuário  
**58875**

UF  
**PB**

Nº Cons. Regional  
**6918/PB**

## ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE MODERADO. DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQ SEM SINAIS DE FRATURA AO EXAME DE MMII TRAUMA FACE + FRONTAL ESQUERDO AFUNDAMENTO ABERTO AGITAÇÃO PSICOMOTORA E CONFUSÃO MENTAL TC CRÂNIO COM FRATURA DE SEIOS DA FACE + FRONTAL ESQUERDA CONTUSÃO BIFRONTAL + PNEUMOENCEFALO FARA ABORDAGEM CIRURGICA PELA NEURO RX DE BACIA: SEM ALTERAÇÕES RX DE ANTEBRAÇO: FRATURA DE RADIO COM LUXAÇÃO DE RUD - GALEAZZI PACIENTE ANCAMINHADO AO BLOCO PELA NEUROCIRURGIA APÓS ABORDAGEM PELA NEURO, SOLICITAR EQUIPE DE ORTOPEDIA PARA ABORDAGEM CIRURGICA EM ANTEBRAÇO ESQ

## Conduta

Em observação

*Lauri F. C. Junior*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 6918/TEOT-13839

Enfermeiro

LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR  
(CRM: 6918/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01





# 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

Paciente  
**MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**

Data de nascimento  
**28/08/1980**

Mãe  
**TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA**

Endereço  
**DINAMARCA, 165**

Acidente  
**QUEDA / OUTROS**

Data/Hora Classificação  
**11/04/2020 04:40:01**

BAE  
**1232909**

Sexo  
**Masculino**

Bairro  
**INDÚSTRIAS**

Motivo  
**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Data/Hora Entrada  
**11/04/2020 04:40:01**

CNS  
**123881892270003**

Município  
**JOAO PESSOA**

Profissional  
**DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA**

Data/Hora Prescrição  
**11/04/2020 06:51:32**

Data Baixa

Telefone de Contato  
**(83) 987199290**

Prontuário  
**58875**

UF

**PB**

Nº Cons. Regional  
**12150/PB**

## ANAMNESE

Cirurgia Geral – Reavaliação às 6h35: Paciente segue bastante agitado, eupneico, hemodinamicamente estável, sem queixas ou alterações abdominais e respiratórias ao exame físico, abdome flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal, saturando 95% em ar ambiente, normocárdico. TC tórax e abdome indisponível no sistema, procura setor de radiologia. Imagem realizada apenas de tórax e abdome superior (SEM LAUDO), apresentando algumas opacificações esparsas em vidro fosco (contusão?) no tórax, sem hemo/pneumo que indique drenagem ou tricotomia, cortes de abdome superior sem achados que indiquem intervenção aguda da cirurgia geral. Exames laboratoriais colhidos à emissão ainda não disponíveis. Liberado pela Cir. Geral para procedimento neurocirúrgico de emergência. Estamos à disposição para reavaliações no bloco/uti/enfermaria.

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

CRM-PB 12150  
Médico  
Diego Arley Gomes da Silva

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA  
(CRM: 12150/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01

Enfermeiro

JOSE LOPES DE SOUSA FILHO  
(CRM: 6676/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01

 **DR. JOSÉ LOPES**  
NEURO CIRURGIÃO  
Cirurgião de Coluna - CRM/6676



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sede: Rua Humberto Lucena



Secretaria de Saúde  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Paciente <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	BAE <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39a 7m 14d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987199290</b>
Mãe <b>TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA</b>		CNS <b>123881892270003</b>	Prontuário <b>58875</b>
Endereço <b>DINAMARCA, 165</b>	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE LOPES DE SOUSA FILHO</b>	Nº Cons. Regional <b>6676/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>11/04/2020 04:40:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/04/2020 06:26:52</b>	

## ANAMNESE

TCE MODERADO POR ACIDENTE DE MOTO TRAUMA FACE + FRONTAL ESQUERDO AFUNDAMENTO ABERTO AGITAÇÃO PSICOMOTORA E CONFUSÃO MENTAL ECG 13, ISO E REATIVAS SEM DEFICITS FOCAIS TC CRANIO COM FRATURA DE SEIOS DA FACE + FRONTAL ESQUERDA CONTUSÃO BIFRONTAL + PNEUMOENCEFALO CONDUTA: INTERNAÇÃO + ATLS PELA CIRURGIA GERAL BLOCO CIRURGICO

## DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)  
CEFUROXIMA 750MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 750,0 MG VIA E.V., 8/8H, COM INTERVALO DE 8/8H POR 5 DIA(S)  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 6/6H, DURANTE 6 HORA(S)  
Diluir

CLINDAMICINA 600 MG/4ML (AMPOLA 4ML), DILUIR 4,0 ML POR 7 DIA(S)  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)  
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H  
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML  
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)  
Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML  
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)  
DIMETICONA 75MG/ML GOTAS (FRASCO 15 ML), ADMINISTRAR 60,0 GOTA(S) VIA S.N.G, 6/6H  
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)  
Diluir

FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML

## Conduta

Em observação



**DR. JOSÉ LOPES**  
NEUROCIRURGIÃO  
Cirurgião de Coluna - CRM / 6676



# 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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	1232909	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/08/1980	Masculino	123881892270003	(83) 987199290
Mãe			Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA			58875
Endereço	Bairro	Município	UF
DINAMARCA, 165	INDUSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	6918/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/04/2020 04:40:01		11/04/2020 06:49:08	


## ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE MODERADO, DOR E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQ SEM SINAIS DE FRATURA AO EXAME DE MMII TRAUMA FACE + FRONTAL ESQUERDO AFUNDAMENTO ABERTO AGITAÇÃO PSICOMOTORA E CONFUSÃO MENTAL TC CRANIO COM FRATURA DE SEIOS DA FACE + FRONTAL ESQUERDA CONTUSÃO BIFRONTAL + PNEUMOENCEFALO PARA ABORDAGEM CIRURGICA PELA NEURO RX DE BACIA: SEM ALTERAÇÕES RX DE ANTEBRAÇO: FRATURA DE RADIO COM LUXAÇÃO DE RUD - GALEAZZI PACIENTE ANCAMINHADO AO SLOCO PELA NEUROCIRURGIA APÓS ABORDAGEM PELA NEURO, SOLICITAR EQUIPE DE ORTOPEdia PARA ABORDAGEM CIRURGICA EM ANTEBRAÇO ESQ

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

  
LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR  
(CRM: 6918/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Variação Humberto Lucena



*Santos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Paciente  
**MIGUEL SEVERINO FRANCISCO**  
Data de nascimento  
28/08/1980  
Mão  
**TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA**  
Endereço  
**DINAMARCA, 165**  
Acidente  
**QUEDA / OUTROS**  
Data/Hora Classificação  
11/04/2020 04:40:01

Idade  
39a 7m 14d

BAE  
1232909  
Sexo  
Masculino

Bairro  
INDÚSTRIAS

Motivo  
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada  
11/04/2020 04:40:01  
CNS  
123881892270003

Município  
JOAO PESSOA  
Profissional  
DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA  
Data/Hora Prescrição  
11/04/2020 05:00:46

Data Baixa

Telefone de Contato  
(83) 987199290  
Prontuário  
58875  
UF  
PB  
Nº Cons. Regional  
12150/PB

## ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE BÁSICO DO SAMU SOB PROTOCOLO DE TRAUMA EM FRANCA AGITAÇÃO, COM RELATO DE INGESTA DE ETILICOS SEGUIDA POR INCIDENTE MOTOCICLISTICO. NÃO INFORMADO CIRCUNSTÂNCIAS DO INCIDENTE COMO USO DE CAPACETE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA. SEM RELATO DE OUTRAS VÍTIMAS COM GRAVIDADE. SEM INFORMAÇÕES SOBRE ALERGIAS, COMORBIDADES OU USO DE MEDICAÇÕES. AO EXAME: A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL. NÍVEL DE ORIENTAÇÃO NÃO PERMITE AVALIAÇÃO PARA RETIRADA DO COLAR. B: EUPNEICO, RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR. C: BIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, APRESENTANDO DOR À PALPAÇÃO DA REGIÃO SUPRACLAVICULAR. D: QUERDA, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO. FR 23 IRPM C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME FLÁCIDO, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. EXTREMIDADES QUENTES COM RÁPIDO ENCHIMENTO CAPILAR. Pelve estável; AUSÊNCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO IMPORTANTE. D: ECG: 11 (AO 2, RV 4 RM 5), AGITADO E: FCC EXTENSO EM REGIÃO FRONTAL EXTENDENDO-SE PARA AS REGIÕES LATERAIS COM APARENTE FRATURA SUBJACENTE. PUNHO ESQUERDO COM APARENTE EDEMA E DEFORMIDADE, REFERINDO DOR INTENSA À MOBILIZAÇÃO DO MESMO. CDT: 1- TC DE CRÂNIO/FACE E COL. CERVICAL + AVALIAÇÃO DA NCR E BMF 2- RX MSE E BACIA + AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA 3- TC TÓRAX E ABDOME. OBSERVAÇÃO PELA CIR. GERAL. 4- EXPANSÃO VOLEMICA 5- LABORATÓRIO DE ADMISSÃO

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE MODERADO, GLASGOW 11)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: LESÃO EXTENSA EM FACE COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA E DEFORMIDADE)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSCIÊNCIA ALTERADO LIMITANDO CONFIABILIDADE DO EXAME FÍSICO PARA RETIRAR COL)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSCIÊNCIA ALTERADO LIMITANDO CONFIABILIDADE DO EXAME + ESTÁVEL HEMODINAMIC.)  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSCIÊNCIA ALTERADO LIMITANDO CONFIABILIDADE DO EXAME + ESTÁVEL HEMODINAMIC.)  
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)  
RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA  
RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)  
HGT 6/6HS

SSVV + CCGG

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: INSTALAR MONITORIZAÇÃO)

II - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER BMF, NCR, ORTOPEDIA)

AFERIR PA E FC, (OBSERVAÇÕES: REGISTRAR)

MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

UREIA

HEMOGRAMA COMPLETO

GRUPO SANGÜNEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

CID10

*Diego Arley Gomes da Silva*  
Médico  
CRM-PB 12150

V29.9 - Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de transito não especificado  
T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA  
(CRM: 12150/PB)

Boletim registrado por: MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA em 11/04/2020 04:40:01





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Sede: 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: JAQUILINA PONTINTA MONTEIRO  
Em: 19/04/2020 20:23:42

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>		Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>	Prontuário <b>58875</b>
Tempo de Internação <b>8d 13h 19min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade: <b>8d 15h 43min</b>	Permanência no Leito: <b>5d 23h 38min</b>	

**INTERCORRÊNCIAS MEDICAS (JAQUILINA PONTINTA MONTEIRO - 19/04/2020 20:23:29)**

**INTERCORRÊNCIA**

**DESCRIÇÃO:**

Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, eupneico, sem intercorrências no momento, segue medicado cpm e aos cuidados da equipe.

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: JAQUILINA PONTINTA MONTEIRO

Número Conselho: 498589



**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: 2593252

Impresso por: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS  
Em: 17/04/2020 07:42:20

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>		Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>	Prontuário <b>58875</b>
Tempo de Internação <b>6d 38min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade: <b>6d 3h 2min</b>		Permanência no Leito: <b>3d 10h 57min</b>

### **EVOLUÇÃO MEDICA (FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS - 17/04/2020 07:42:16)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##### NEUROCIRURGIA #####

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020  
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>>> POS OPT  
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL.  
AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISO

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE + CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

#### **CONDUTA:**

Suporte clínico. Mantenho ATBterapia.

TC Cranio com melhora de pneumocrânio. Maior delimitação de áreas isquêmicas.

Solicito Nova TC Cranio controle para avaliar liberação para cirurgia ortopédica.

Apos cirurgia da ortopedia, realizar nova TC Cranio controle para avaliar progressão/regressão de pneumocrânio  
subcutâneo frontal, para avaliar necessidade de cirurgia para rodar mancha pericrânio/ocluir seio frontal.

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS Número Conselho: 8267

Dr. Fernando Roberto Gondim Cabral de Vasconcelos  
NEUROLOGIA  
CRM-PB 201  
CREMESP 155482



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

511



*Sempre todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO  
Em: 17/04/2020 19:06:11

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Diploma de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saida
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>
Tempo de Internação <b>6d 12h 2min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade <b>6d 14h 26min</b>	Permanência no Leito <b>3d 22h 21min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 17/04/2020 19:05:56)

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##### NEUROCIRURGIA #####

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020

FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>>> POS OPT  
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL.  
AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISO

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

CONDUTA: LIBERADO PRA PROCEDIMENTO ORTOPÉDICO E BMF.  
MANTER ANTIBIOTICO E ANTICÔNVLIVANTE  
COMUNICAR ANORMALIDADES EQUIPE DE NCG

  
**DR. JOSÉ LOPES**  
Cirurgião de Cabeça - CRM 16676

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

Numero Conselho: 6676



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



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

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

Impresso por: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS  
Em: 16/04/2020 11:16:46

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>
Tempo de Internação <b>5d 4h 12min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>58875</b>
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade: <b>5d 6h 36min</b>	Permanência no Leito: <b>2d 14h 31min</b>

### **EVOLUÇÃO MEDICA (FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS - 16/04/2020 11:16:24)**

#### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##### NEUROCIRURGIA #####

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020  
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>>> POS OPT  
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL.  
AO EXAME: GLASGOW 14, PUPILAS ISO  
FERIRA OPERATÓRIA SEROSANGÜÍNEA

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

#### **CONDUTA:**

Suporte clínico. Mantenho ATBterapia.

TC Cranio com melhora de pneumocrânio. Maior delimitação de áreas isquêmicas.

Nova TC Cranio controle amanhã para avaliar liberação para cirurgia ortopédica.

Apos cirurgia da ortopedia, realizar nova TC Cranio controle para avaliar progressão/regressão de pneumocrânio  
subcutâneo frontal, para avaliar necessidade de cirurgia para rodar mancha pericrânio/ocluir seio frontal.

ção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001

ofissional responsável pela informação: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS Número Conselho: 8267

*[Handwritten signature and stamp]*  
CRP 15500-1/2018



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



*Santos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
Em: 15/04/2020 07:41:59

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>
Tempo de Internação <b>4d 37min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>58875</b>
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade: <b>4d 3h 1min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 10h 56min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (DANIEL ESPINDOLA RONCONI - 15/04/2020 07:41:56)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##### NEUROCIRURGIA #####

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020

FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>>> POS OPT  
DE CORREÇÃO DE AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

PACIENTE EVOLUI COM SONOLENCIA DISCRETA E CONFUSÃO MENTAL.

AO EXAME: GLASGOW 14

PUPILAS ISO

FERIRA OPERATÓRIA SEROSANGUÍNEA

TC CRANIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

CONDUTA:

SOLICITO TC CRANIO CONTROLE

APOS EXAME E MELHORA CLINICA, LIBERAR PACIENTE PARA BMF

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Número Conselho: 7423

Dr. Daniel Ronconi  
Neurocirurgia  
CRM-PB 4423



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO  
Em: 14/04/2020 09:53:34

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>26/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Prontuário <b>58875</b>
Tempo de Internação <b>3d 2h 49min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade <b>3d 5h 13min</b>	Permanência no Leito <b>13h 8min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 14/04/2020 09:53:25)

### EVOLUÇÃO

#### PROCEDIMENTO:

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PCTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NO MOMENTO EM EGR, CONSCIENTE E ORIENTADO.

JPNEICO E NORMOCORADO SEM SINAIS DE INFECCÃO.

O EXAME FÍSICO APRESENTA HEMATOMA PERIORBITARIO BILATERAL, ESCORIAÇÃO EM DORSO NASAL. AGUARDA REGRESSÃO DO QUADRO CLÍNICO + PARECER DA NCR PARA DEFINIÇÃO DE CONDUTA PELA BMF.

#### CD:

ACOMPANHAMENTO BMF

AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO ELETIVO

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537

André Augusto  
Cirurgião





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Sorocaba, Humberto Lucena



PARAIBA  
Governo do Estado

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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO  
Em: 14/04/2020 11:42:21

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/05/1980</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>	Prontuário <b>58875</b>
Tempo de Internação <b>3d 4h 38min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Permanência na Unidade <b>3d 7h 2min</b>		Permanência no Leito <b>14h 57min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE LOPES DE SOUSA FILHO - 14/04/2020 11:42:12)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

##### NEUROCIRURGIA #####

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020  
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO + CONTUSÃO FRONTAL BILATERAL >>>> POS OPT DE CORREÇÃO DE  
AFUNDAMENTO ABERTO + RECONSTRUÇÃO DURAL

AO EXAME: GLASGOW 15

PUPILAS ISO

FERIDA OPERATÓRIA SEROSANGÜÍNEA

TC CRÂNIO COM FRATURA COMINUTIVA DE SEIOS DA FACE +CONTUSÃO BIFRONTAL EM ABSORÇÃO

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO + LIBERADO PARA CIRURGIA DA BMF

ANTIBIÓTICO + ANTICONVULSIVANTES

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

DR. JOSE LOPES  
NEUROCIRURGIA  
Cirurgião de Cabeça e Pescoço

Número Conselho: 6676



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS  
Em: 13/04/2020 09:00:09

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>
Tempo de Internação <b>2d 1h 56min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade: <b>2d 4h 20min</b>	Permanência no Leito: <b>21h 38min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 13/04/2020 08:40:31)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

## NEUROCIRURGIA ##

# POLITRAUMATIZADO - ACIDENTE DE MOTO (ADMISSÃO EM 11.04.2020)  
# TCE - FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO  
# PO (11/04/2020) TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA AFUNDAMENTO CRANIANO.  
# ORTO: FRATURA DE RADIO ESQUERDO, COM LUXAÇÃO DE RUD - GALEAZZI  
# BMF: FRATURA FNOE COM ZIGOMA DIREITO.

AO EXAME: GLASGOW 14 (AO:3 / RV:5 / MRM:6), PUPILAS ISOCÔRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. LIMITAÇÃO À MOVIMENTAÇÃO DE MSE (MEMBRO IMOBILIZADO). FO SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

TC CRÂNIO CONTROLE (12/04): BOM ASPECTO PÓS-OPERATÓRIO.

Traço de fratura na asa maior do esfenóide à esquerda e no arco zigomático deste lado, sem desalinhamentos significativos.

Múltiplos traços de fratura no osso maxilar esquerdo, com sinais de hemossinus.

Fino traço de fratura no osso esfenóide à direita, com pequenos focos de pneumoencéfalo adjacente.

Fratura cominutiva com afundamento do osso frontal direito, com extensão para o seio frontal e focos hemáticos no interior. Descontinuidade da cortical óssea do osso frontal direito por até cerca de 5,3 cm.

Múltiplos focos contusionais hemorrágicos ovalados frontais e frontobasais, com até cerca de 2,9 x 1,3 cm à esquerda, com edema adjacente e efeito expansivo local caracterizado por apagamento entre os sulcos entre os giros corticais locais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

CD.: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.

SOLICITO EXAMES GERAIS.

REAVIAÇÃO + ACOMPANHAMENTO CONJUNTO DA ORTOPEDIA E DA BMF.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 009

Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

Leonardo P.C. Matias  
Neurocirurgião  
CRM-PB 6028

Número Conselho: 6028



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Paraíba  
Governo do Estado

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

Impresso por: MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS  
Em: 13/04/2020 08:44:31

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>	Boletim de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>
Tempo de Internação <b>2d 1h 40min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	Prontuário <b>58875</b>
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade <b>2d 4h 4min</b>	Permanência no Leito <b>21h 22min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS - 13/04/2020 08:44:25)

### EVOLUÇÃO

#### PROCEDIMENTO:

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#### #URPA/ANESTESIOLOGIA#

2 DPO Tratamento cirúrgico afundamento de crânio sob anestesia geral sem intercorrências

Paciente algo sonolento (ramsay II), GCS 15, pupilas isocóricas e fixas, hemodinamicamente estável sem DVA, ventilação espontânea (ar ambiente)

Sinais vitais: PA 130 x 80; FC 80; SpO2 98%

Em uso: SVD

Ao exame: EGB, acianótico, afebril. Edema periorbital/palpebral bilateral com limitada abertura ocular. Limitação de abertura de boca

ACV e AP: ndn

Abdomen: ndn

Extremidades: pulso cheio, rítmico. Sem edemas

Neurologico: Atende a comandos, motricidade e sensibilidade preservadas

(acompanhado pelo RNF).

CD: Vigilância neurológica

Aguardo avaliação da NCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 009

Profissional responsável pela informação: MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS

Número Conselho: 6939

Patricia Assis  
Anestesiologista  
CRM 1206405



# 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: GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA  
Em: 12/04/2020 08:04:02

Nome <b>MIGUEL SEVERINO FRANCISCO</b>		Bolém de Atendimento <b>1232909</b>	Data/Hora Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>28/08/1980</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>123881892270003</b>	Prontuário <b>58875</b>
Tempo de Internação <b>1d 1h</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>11/04/2020 04:40:01</b>	Data Internação <b>11/04/2020 07:04:05</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 3h 24min</b>		Permanência no Leito: <b>4h 21min</b>

## EVOLUÇÃO MEDICA (GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA - 12/04/2020 08:03:53)

### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO  
NEUROCIRURGIA

TCE QUEDA MOTO ADMISSÃO 11.04.2020  
FRATURA AFUNDAMENTO FRONTAL + PNEUMOCRÂNIO

AO EXAME: GLASGOW 15  
PUPILAS ISO  
FERIDA OPERATÓRIA SEROSANGUÍNEA

CONDUTA: TC CRÂNIO CONTROLE  
TROCAR CURATIVO

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 006  
Profissional responsável pela informação: GUSTAVO CARTAXO PATRIOTA

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota  
Neurocirurgia  
CRM-PB 6800

Número Conselho: 6800

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEEETSHL

NOME: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO BE/PRONTUÁRIO: 1232909  
IDADE: 39 ANOS SEXO: MAS COR: \_\_\_\_\_ DATA: 21/4/2020  
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO E  
LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO  
CIRURGIÃO: DR TIAGO FORMIGA 1º ASS: DR NILVAN LINHARES  
2º ASS: MR3 DANIEL 3º ASS: MR2 JOÃO PAULO  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR HERCULES  
TIPO DE ANESTESIA: LOCAL E SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	
FRATURA COMINUTA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO	CID
LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL	
DE PUNHO ESQUERDO	
ENXERTO ÓSSEO DE CRISTA ILIACA DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

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

MÉDICO/CRM:

Dra. Mayssa Costa  
Médica  
- CRP: PB: 12.799

DATA: 21/4/2020

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH + MESA DE APOIO COM ANTEBRAÇO PRONADO SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
VIA DE ACESSO DE THOMPSON E SOBRE A CRISTA ILIACA DIREITA	
DIVULSÃO POR PLANOS	
CUIDADOS COM HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA COMINUTA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO	
LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO	
Condução:	
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 RETIRADA DE ENXERTO ÓSSEO DE CRISTA ILIACA DIREITA DE CERCA DE 1,5 CM	
CUIDADOS COM A HEMOSTASIA E USO DE CERA ÓSSEA SOBRE LOCAL DA RETIRADA DO ENXERTO	
DA CRISTA ILIACA DIREITA	
REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO RADIOULNAR ESQUERDA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA	
PASSAGEM DE 1 FIO DE KIRSCHNER K 2,5MM PARA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO COM AUXILIO	
DE ESCOPIA	
Fechamento:	
SUTURA POR PLANOS DO ANTEBRAÇO ESQ E DA VIA DE ACESSO SOBRE A CRISTA ILIACA DIREITA	
JUNTATIVOS ESTEREIS	
Observação:	
TALA AXIOPALMAR EM MSE	
RAIO-X DE CONTROLE	

Médico/CRM:

Dra. Mayssa Costa  
Médica  
RPPB: 12.790

João Pessoa,

21/4/2020



# Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: <b>Diego Ferreira Francisco</b>									
IDADE: <b>39</b>		Nº IDENTIFICATÓRIO: <b>1232909</b>		ENFERMAGEM: <b>Enferm. de natureza diagnóstica de radio (E) + luxação radio ulnar (E) + encefalopatia</b>					
CIRURGIÃO: <b>Dr. Thiago Formiga + Dr. Nilvan</b>									
ANESTESIA: <b>Sargol + bloqueio de pleura</b>									
ANESTESISTA: <b>Dr. Hercules</b>									
INSTRUMENTADOR: <b>Aparecida (Arturo)</b>									
DATA: <b>21/02/20</b>		TEMPO CIRÚRGICO		ANESTESIA INÍCIO		FIM		CIRURGIA INÍCIO: <b>14:30</b>	
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									
MATERIALS CONT. QTD. FIOS QTD.									
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS									
ALFENTANIL									
BUPIVACAÍNA ISOBARICA									
BUPIVACAÍNA PESADA									
CEETANOL									
DROPERIDOL									
ETOMIDATO									
FENOBARBITAL									
FENTANIL									
FLUMAZENIL									
ISOFLURANO									
LEVOBUPIVACAÍNA O/VASO									
LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO									
LIDOCAÍNA O/VASO									
LIDOCAÍNA S/VASO									
MIDAZOLAM									
MORFINA									
NIPIRUM									
PANCURÔNIO									
PEZIDINA									
PROPOFOL									
RAMIFENTANIL									
ROCURÔNIO									
SEVOFLURANO									
SUXAMETÔNIO									
TIOPENTAL									
MATERIALS									
AGULHA 25X37									
AGULHA 25X38									
AGULHA 40X12									
AGULHA PERIDURAL Nº16									
AGULHA PERIDURAL Nº17									
AGULHA PERIDURAL Nº18									
AGULHA RAQUE Nº20									
AGULHA RAQUE Nº26									
AGULHA RAQUE Nº30									
ALGODÃO ORTOPÉDICO									
ATADURA DE CREPOM									
ATADURA GESSADA									
BOLSA F/COLOSTOMIA									
CÂMULA F/TRAQUEOSTOMIA Nº									
CATETER DE OXIGÊNIO									
CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº									
CATETER EPIDURAL Nº16									
CATETER EPIDURAL Nº17									
CATETER EPIDURAL Nº18									
CERA PARA OSSE									
COLET. URINA FECHADO									
COMPRESSAS CIRÚRGICAS									
COMPRESSAS CIRÚRGICAS									
DRENO DE PENROSE									
DRENO DE SUCCÃO									
ELETRODOS									
EQ. MACROGOTAS									
EQ. TRANSF. SANGUE									
EQ. MICROGOTAS									
ESPONJA DE PVPI									
ESPALMADRAPO									
GAZES									
GAZES ALGODOADAS									
GEL ELETROLÍTICO									
JELCO Nº14									
JELCO Nº16									
FIOS									
FIO ALGODÃO S/A Nº									
FIO ALGODÃO S/A Nº									
FIO ALGODÃO C/A Nº									
FIO ALGODÃO C/A Nº									
FIOS									
FIO CAT. GUT CROMADO Nº									
FIO CAT. GUT CROMADO Nº									
FIO DE AÇO Nº									
FIO DE AÇO Nº									
FIO DE NYLON Nº									
FIO DE NYLON Nº									
FIO DE NYLON Nº									
FIO POLYLACTINA Nº									
FIO POLYLACTINA Nº									
FIO POLYLACTINA Nº									
FIO POLYPROPYLENO Nº									
FIO POLYPROPYLENO Nº									
FIO POLYGLYCAPRONE Nº									
FIO SEDA Nº									
FIO SEDA Nº									
EQUIPAMENTOS									
ASPIRADOR									
BISTURI ELÉTRICO									
CAPNÓGRAFO									
CARDIOMONITOR									
DESBIBERADOR									
FIO AUXILIAR									
FIO CENTRAL									
MIROSCOPIO									
OXÍMETRO DE PULSO									
P.A. INVASIVÃO INVASIVA									
PERFURADOR ELÉTRICO									
SERRA									

Maria Elena...  
 T: ...  
 COREN-PR 200.000

## FICHA DE ANESTESIA

DATA 21.04.2020

PRONTUÁRIO: 123 2909

PACIENTE: Miguel Severino Francisco

SEXO: M COR:

IDADE: 39 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 75 bpm RESPIRAÇÃO 14 rpm TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL 180 mmHg REGULAR MAU PESSIMO RISCO CIRURGICO 180 mmHg REGULAR MAU PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES Vide prontuário

AP RESPIRATORIO MV+ em AHA, S/PA AP CIRCULATORIO RIR em 21, BNF, S/S.

AP DIGESTIVO Jejum 7h ESTADO MENTAL Glasgow 15 DROGAS EM USO

PRE-ANESTESICO DOSE 100% ESTADO FISICO 1

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO FRATURA DE DIAFISE DE RÁDIO ESQUERDO #

CIRURGIA REALIZADA 08:30h

CIRURGIÃO Hugo + Nilvan

INICIO DA ANESTESIA 11:30h TERMINO DA ANESTESIA 14:30h

CODIGO DO PROCEDIMENTO 01.01.01.01

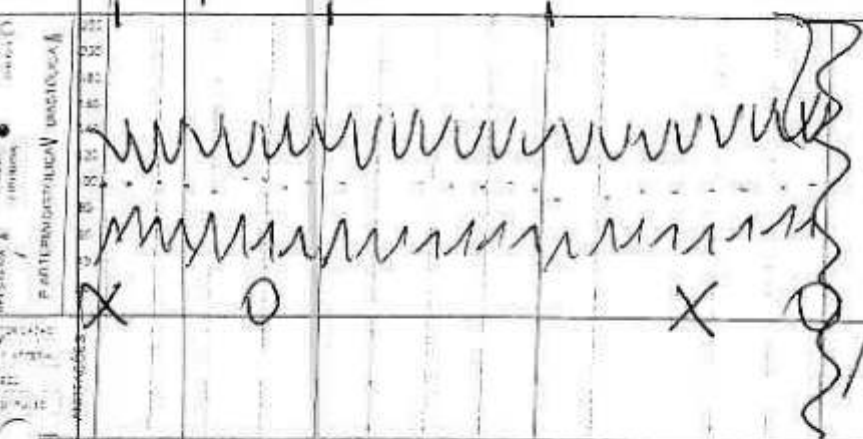
ANESTESISTA Hércules + Arley (RI)

VALORES RS

CRM-PB

Dr. Hércules Pereira Trindade  
Médico Anestesiologista  
CRM 3774-PB/3474-RN

O2 11:30h 12:30h 13:30h 14:30h

ALTESSA GERAL ☒ FLOIDIAN ☐ EPIDURAL ☐ BLOC PLEXO ☒ BLOC NERVOS ☒ OUTROS

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- 1 Bupivacaína Pesada 15mg
- 2 - Intratecal
- 3 Cefazolina 2g
- 4 Dexametasona 4mg
- 5 Dipirona 2g
- 6 Fentanil 5mcg
- 7 Diazepam 5mg
- 8 Ouferrina 40mg
- 9
- 10

Dr. Hércules Pereira Trindade  
Médico Anestesiologista  
CRM 3774-PB/3474-RN

# Anamnese Pré-Anestésica, Jejum 7h, venoclise prévia em PVD, monitorização (PNE, oximetria, ECG).

# Paciente em posição sentada, assepsia + antisepsia de região dorsal c/ álcool 70%, punção única em região mediana, L3-L4. Injetado Bupivacaína pesada 15mg. Teste de bloqueio. Procedimento SI intercostal.

# Assepsia e antisepsia c/ álcool 70% de região cervical. Realizado Bloqueio Intercostal com Novabup c/ vaso 0,5% 20ml + Lidocaína 2% 20ml.

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO BE/Prontuário: 1232909  
 Idade: 39 Sexo: (☒) Masculino (☐) Feminino Cor: pele Data: 11/04/20  
 Clínica/Setor: Neurocirurgia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de afundamento creniano  
 Cirurgião: George Mender 1º Assistente: Emerson Magno  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Anestesiista: Filipe  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Horário: Início 10:30 Término 12:30  
 Tipo de Anestesia: Geral

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura afundamento creniano</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de afundamento creniano</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: (☐) Sim (☒) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: (☐) Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☐) Enfermaria (☒) Terapia Intensa (☐) Residência (☐) Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. GEORGE DE A. C. MENDES  
 NEUROLOGIA-NEURORADIO  
 CRM-RB 8346

João Pessoa, 11/04/20

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HISTÓRIA

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição supino, sob anestesia geral
2. Assepsia + antissepsia + exposição de campos
3. Exposição de fratura deprimida

Incisão:

4. Craniotomia de fratura frontal com injecção
5. Exposição de laceração dural
6. Termocoagulação de vasos sangrentos

Achados:

7. Denúncia de hemorragia, utilizada
8. Tratamento de falha dural com gelfoam

Conduta:

9. Ancoramento da dura-máter
10. Síntese da pele
11. Procedimento sem intercorrências
12. Curativo estéril

Fechamento:

Dr. GEORGE DE A. C. MENDES  
NEUROCIRURGIA-NEURORADIOLOGIA  
CRM-PB/8346

11/4/20

Observação:

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico/CRM:

## HET TSHL

Luciana de Sá Tassi Andrade + Perazzo  
COREN-SP 268.771-TE

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/04/20

PRONTUÁRIO: 1232909

PACIENTE: Miguel Severino Francisco SEXO: M. COR: PARDO IDADE: 39A

PRESSÃO ARTERIAL 87 RESPIRAÇÃO EUPNEICA TEMPERATURA PESO 70KG GRUPO SANGÜÍNEO -

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

EXAMES COMPLEMENTARES VPM

AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL

AP. DIGESTIVO SEM JEJUM ESTADO MENTAL ECG 12 DROGA EM USO -

TRE-ANESTÉSICO - ESTADO FÍSICO 12

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO TCE - CONTUSÕES / PNEUMOTÓRAX / FX SÓX FACE / FX HX

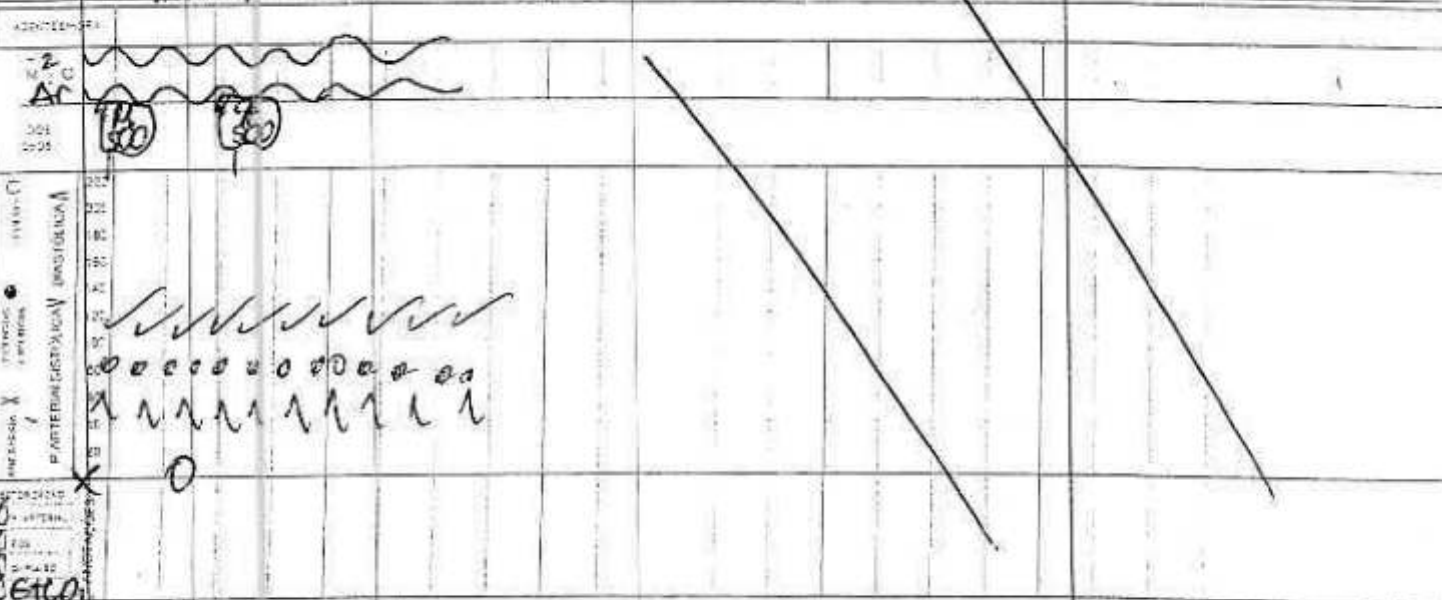
CIRURGIA REALIZADA CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA

CIRURGIÃO DR. GEDRIGES MENDES AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 11:00H TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA DR. FELIPE TRACINDO + HOMERO R2 CRM 78



ANESTESIA GERAL	RAQUIDIANA	EPIDURAL	BLOCO PLEXO	BLOCO NERVOS	OUTROS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1	2	3	4	5	6
FEUTALIN 150MG	LEVOALFIA 50MG	PROPOLOL 200MG	SUCCINILCOLINA 100MG	CYPRIPETIDIL 10MG	CEPRAXINA 2G
7	8	9	10	11	12
DESMETILORF 10MG	NOPIRAX 2G				
13	14	15	16	17	18
19	20				

OTR COM TOT 7,5, SOB VISO NITIDA, CUFF INSUFLEADO, CAPNOGRAFIA (P), TOT FIVADO, OMS


Dr. HOMERO + Dr. FELIPE TRACINDO



Documento de Alta

<b>Nome:</b> MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		<b>Número Prontuário:</b> 58875
<b>Data de Nascimento:</b> 28/08/1980	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Alta:</b> 22/04/2020 09:09:50
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA		
<b>Conduta:</b> 1º DPO: OSTEOSINTESE DE FRATURA DE GALEAZZI EM ANTEBRAÇO E.; PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL; SEM QUEIXAS; PERFUSÃO DISTAL OK; CD: ORIENTAÇÕES; ALTA HOSPITALAR; ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM DR. NILVAN OU DR. THIAGO FORMIGA.		
<b>Resumo da Internação:</b>		
<b>Resultado de Exames:</b>		
<b>Tratamento:</b>		
<b>Diagnóstico:</b> Z54.0 - Convalescença após cirurgia		
<b>Recomendações:</b>		

Data: 22/04/2020



  
Dr. Filipe da Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5804 - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA P. 24  
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Michael Antônio Francisco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 340551 VALIDA EM TODOS TERRITORIOS NACIONAIS DATA DE EXPIRACAO 18 JAN 2006

NOME MIGUEL SEVERINO FRANCISCO  
Severino Miguel Francisco  
Fmpezinha Medeiros da Silva

Alhandra/PB

28.08.1980

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 11.245.Fls. 288V. Liv. A/10

DO: ORIGEM

Cart. de Nazaré da Mata/PE

CPS

João Pessoa - PB

*M. Medeiros*

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

FUNDADO EM 03 DE JUNHO DE 1934 - CNJP 09.245.236/0001-30  
Rua Cruz Cordeiro, 75, Varadouro, João Pessoa, PB - FONE: 83 3513-9283

SÓCIO: Miguel Severino Francisco

DATA DE NASC. 28/08/1980

CPF: 080.205.874-46

CART. PROF. 95756/00030 PB

MATRÍCULA SINDICAL Nº 46719



Presidente

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**MOR4160**[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2017  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: **MOR4160**  
 Combustível: **GASOLINA**  
 Marca/Modelo: **HONDA/CBX 250 TWISTER**  
 Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLET**  
 Ano de Fabricação: 2002  
 Ano Modelo: 2003  
 Categoria: **PARTICULAR**  
 Cor Predominante: **VERMELHA**  
 Vencimento Licenciamento: 29/12/2020  
 Observação:  
 Restrição:  
 Financeira:  
 Município: **CABEDELO**  
 Situação: **EM CIRCULACAO**  
 Data da Consulta: 09/07/2020

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

 DETRAN - PL N°  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 VA COBENFAM PLS EXERCÍCIO  
 2017

NOME / ENDEREÇO

\*\*\*\*\*

PLACA

**MOR4160**
 ESPÉCIE / TIPO  
**PASSA / MOTOCICLET**

 COMBUSTÍVEL  
**GASOLINA**

 MARCA / MODELO  
**HONDA/CE X 250 TWISTER**

 ANO FAB ANO MOD  
**2002 2003**

 CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
**PARTICULAR VERMELHA**

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	1º
<b>I</b>		<b>29/12/2020</b>	
<b>P</b>			
<b>V</b>			
<b>A</b>			

 PRÊMIO LICENCIAMENTO  
**SEGURO OBRIGATORIO**

OBSERVAÇÕES

CABEDELO

09/07/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO DAS CIDADES

01/12/2017  
 013747330443  
 0130000470328-0

1 0079390293-2 000000000 2017

JOSE FLAVIO DOUTAS DOS SANTOS

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

06302565474

PB Nº 013747330443

013747330443

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 01/12/2017

08302565474

00793902932

2002 9 902M023003R100283

PREMIO TARIFARIO

00793902932

00793902932

00793902932

00793902932

00793902932

00793902932

00793902932

SEGURADORA LIDER - DPVAT

00793902932

00793902932

00793902932

01/12/2017

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200252497 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIGUEL SEVERINO FRANCISCO **Data do acidente:** 11/04/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 21/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P 4  
FRATURA DE SEIOS DA FACE. P 1, 18  
TRAUMA TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTÓRAX. P 5  
FRATURA LUXAÇÃO DE RADIO E ULNA À ESQUERDA.(GALEAZZI)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA; DRENAGEM PLEURAL; PLACA E PARAFUSOS). P 5, 19, 22, 26  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO.  
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR  
ESQUERDO E LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO RESIDUAL.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50





Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

### - IDENTIFICAÇÃO

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

### - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 13.500,00

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

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

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

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200252497 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIGUEL SEVERINO FRANCISCO **Data do acidente:** 11/04/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 21/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P 4  
FRATURA DE SEIOS DA FACE. P 1, 18  
TRAUMA TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTÓRAX. P 5  
FRATURA LUXAÇÃO DE RADIO E ULNA À ESQUERDA.(GALEAZZI)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA; DRENAGEM PLEURAL; PLACA E PARAFUSOS). P 5, 19, 22, 26  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO.  
LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR  
ESQUERDO E LESÃO NEUROLÓGICA COM DANO COGNITIVO RESIDUAL.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199033/20

**Vítima:** MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

**CPF:** 080.205.874-46

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

**Data do acidente:** 11/04/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**MIGUEL SEVERINO FRANCISCO : 080.205.874-46**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/07/2020  
Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO  
CPF: 080.205.874-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO