

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 30 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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:

080.205.874-46 Miguel Silverino Francisco

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel. (DDD):

Miguel Silverino Francisco
Recurso
Rua Angelo
380 Industrial
João Pessoa
PB
58000-000
(83) 98855-3040

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0435 CONTA: 34238 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	_____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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 disconhe 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

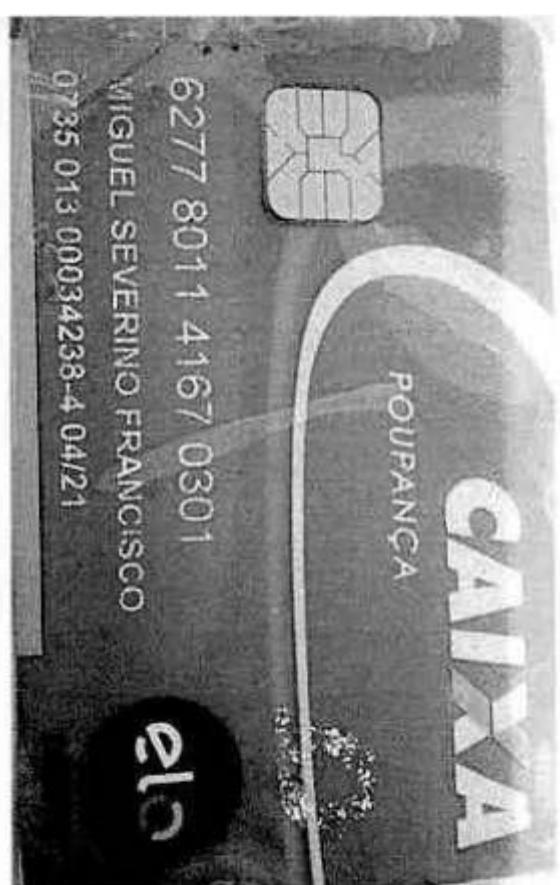
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:
João Pessoa 15/10/2010
Miguel Silverino Francisco

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**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 Bettown 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 CARPINTERO, 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. 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, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Miguel Severino Francisco
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. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: 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: 4 - Nome completo da vítima:

080.205.874-46 Miguel Silverino Francisco

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			16 - Tel. (DDD):

Miguel Silverino Francisco
Recurso
Rua Angelo
380 Industrial
João Pessoa
PB
58000-000
(83) 98855-3040

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1,000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0435 CONTA: 34238 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	_____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 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 disconhe 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

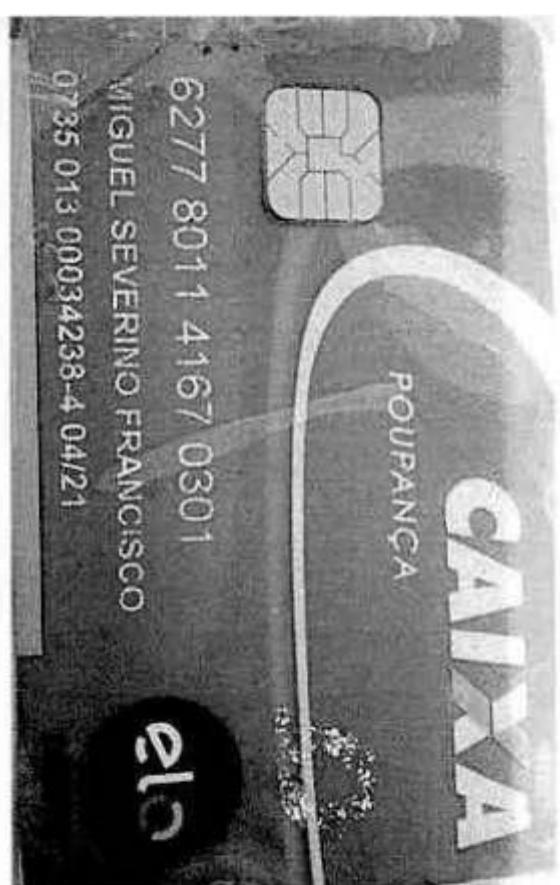
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:
João Pessoa 15/10/2010
Miguel Silverino Francisco

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

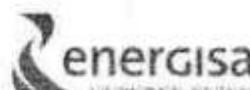
AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000034238-4

Nr. da Autenticação 8B350F4A5FF502FE

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.
Documento não é exigível à débito de conta.
Boleto para simples pagamento. Na nota fiscal consta o número: N° 046.473.340



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.095.183 / 0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	23/06/2020	76	01/07/2020	R\$ 63,43
Acesse: www.energisa.com.br				
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL 00190.00009 03150.244006 10188.671175 7 83030000006343				
Pagador: DIULENA PEREIRA DOS SANTOS CNPJ/CPF: 046.564.304-39 RUA ANGOLA 180 AP 101 - DAS INDUSTRIAS - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31502440010188671	Nº Documento 001604343202006	Data Vencimento 01/07/2020	Valor do Documento R\$ 63,43	Valor Pago
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40



CEP. 58083- 624

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

Boletim de Atendimento: 1232909

**Identificação do paciente**

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 Crns 706002831862543	
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS			Tipo BAIRRO	UF PB
País	Naturalidade ALHANDRA		CBO/R	

Endereço

CEP 58083618	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lagradouro DINAMARCA
Número 165	Complemento		Bairro INDÚSTRIAS

Admissão

Data e Hora 11/04/2020 04:40:01	Número da pulseira 1000008792388	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
de transporte SIMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

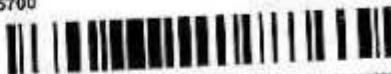
Diagnóstico

CID

Atendido por
MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA

Tempo

Imprimir



Identificação do paciente

Nome 118 a de nascimento 08/1980	MIGUEL SEVERINO FRANCISCO			Sexo Masculino
Idade 39 anos 7 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário 58875	
REZINHA MEDEIROS DA SILVA colaborante		Pai SEVERINO MIGUEL FRANCISCO Responsável (Parentesco) HUMBERTO SHALLON BARROS DA SILVA - ACOMPANHANTE		
ID Celular: 917199290	DDD			Telefone
Documento 3 (IDENTIDADE)	Número documento 3405551	Nº Crns 123881892270003		
Local de procedência AIRR DAS INDUSTRIAS	Tipo BAIRRO			UF PB
mail	Naturalidade ALHANDRA			CBO/R

Endereço

EP 8083	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DINAMARCA
Numero 65	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	

Admissão

Data e Hora 11/04/2020 04:40:01	Número da pulseira 1000008792388	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

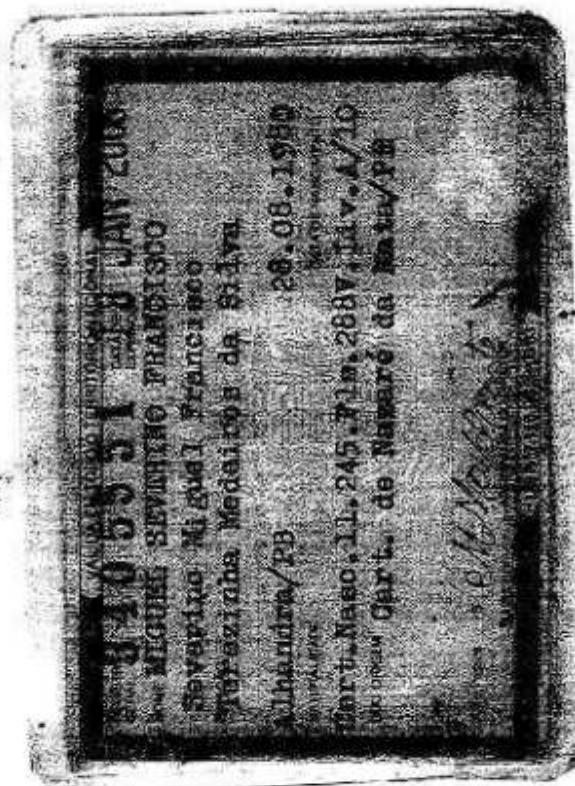
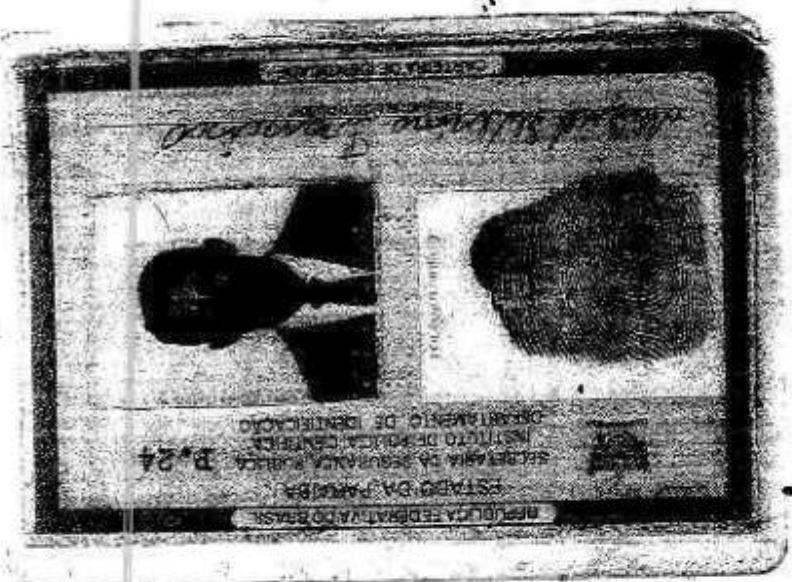
Paciente vítima de acidente de trânsito, trazido pelo SAMU, após avaliação foi feita medicinação e encaminhado para o CDF.

*Mayara Andrade Oliveira
Eduardo Correia
04/04/2020*

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendida por MAYARA DE ANDRADE OLIVEIRA	Tempo
--------------------------------------------	-------

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Governo da Paraíba
PARAÍBA
Governo do Estado

Enderço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Idade	Sexo	Telefone de Contato
28/08/1980	39a 7m 14d	Masculino	(83) 987199290
Mãe		CNS	Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA		123881892270003	58875
Endereço	Bairro	Município	UF
DINAMARCA, 165	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Professional	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 ANTEBRACO 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 ESQUERDO CONTUSÃO BIFRONTAL + PNEUROENCEFALO FARÁ 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 ESO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

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

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

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



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Idade:	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/08/1980	39a 7m 14d	Masculino	123881892270003	(83) 987199290
Mãe		Bairro	Município	Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA		INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	58875
Endereço		Motivo	Profissional	UF
DINAMARCA, 165		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	PB
Acidente				Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS				12150/PB
Data/Hora Classificação				
11/04/2020 04:40:01				

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 toracotomia, cortes de abdome superior sem achados que indiquem intervenção aguda da cirurgia geral. Exames laboratoriais colhidos à admissão 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

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

CRM-PB 12150
Diego Arley Gomes da Silva
Médico

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





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
28/08/1980	39a 7m 14d	Masculino	123881892270003	(83) 987199290
Mãe				Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA				58875
Endereço		Barro	Município	UF
DINAMARCA, 165		INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		JOSE LOPES DE SOUSA FILHO	6676/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
11/04/2020 04:40:01			11/04/2020 06:26:52	

ANAMNESE

TCE MODERADO POR ACIDENTE DE MOTO TRAUMA FACE + FRONTAL ESQUERDO AFUNDAMENTO ABERTO AGITAÇÃO PSICOMOTORA E CONFUSÃO MENTAL ECG 13, ISO E REATIVAS SEM DÉFICITS FOCais TC CRANIO COM FRATURA DE SEIOS DA FACE + FRONTAL ESQUERDA CONTUSÃO BIFRONTAL + PNEUENOCEFLALO CONDUTA: INTERNAÇÃO + ATLS PELO 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)
CEFUXIMA 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 GOTAS(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 Coloproctologia - CRM 16676

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO 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	Bairro	Município	Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	58875
Endereço	Motivo	Profissional	UF
DINAMARCA, 165	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LAURI FERREIRA DA COSTA JUNIOR	PB
Acidente			Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS			6918/PB
Data/Hora Classificação			
11/04/2020 04:40:01			

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 + PNEUROENCEFALO FARÁ 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

Enfermeiro

Lauri F.C. Junior
Lauri F.C. Junior
CRM-PB 6918/ETO-13839
Lauri F.C. Junior
CRM-PB 6918/ETO-13839

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

Centro Humaitá - Ucara



Juntos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
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	Bairro	Município	Prontuário
TEREZINHA MEDEIROS DA SILVA	INDÚSTRIAS	JOÃO PESSOA	58875
Endereço	Motivo	Profissional	UF
DINAMARCA, 165	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA	PB
Acidente		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS		11/04/2020 05:00:46	12150/PB
Data/Hora Classificação			
11/04/2020 04:40:01			

ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE BÁSICO DO SAMU SOB PROTOCOLO DE TRAUMA EM FRANCA AGITAÇÃO, COM RELATO DE INGESTA DE ETÍLICOS SEGUITA 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, NIVEL DE ORIENTAÇÃO NÃO PERMITE AValiação PARA RETIRADA DO COLAR. B: EUPNEICO, RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR BIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, APRESENTANDO DOR À PALPAÇÃO DA REGIÃO SUPRACLAVICULAR DIREITA, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO. FR 23 IRPM C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, ABDOME FLÁCIDO, SEM DOLOR, AUSÊNCIA DE IRITAÇÃO PERITONEAL. EXTREMIDADES QUENTES COM RÁPIDO ENCHIMENTO CAPILAR. PELVE ESTÁVEL; AUSÊNCIA DE SINAIS DE IRITAÇÃO 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 CRANIO/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 VOLÊMICA 5- LABORATÓRIO DE ADMISSÃO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTS)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTS)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (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 SI/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSCIÊNCIA ALTERADA LIMITANDO CONFIABILIDADE DO EXAME FÍSICO PARA RETIRAR COL.)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSCIÊNCIA ALTERADA LIMITANDO CONFIABILIDADE DO EXAME + ESTÁVEL HEMODINAMICO.)

TOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AGITAÇÃO PSICOMOTORA, CONSCIÊNCIA ALTERADA LIMITANDO CONFIABILIDADE DO EXAME + ESTÁVEL HEMODINAMICO.)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

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 SANGUÍNEO ABO E FATOR RH, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: POLITRAUMA)

CRM-PB 1215
Medico
Diego Arley Gomes da Silva
Tigre - Araci Gomes da Silva

V29.9 - Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito 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



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

Impresso por: JAQUILINA PONTINTA MONTEIRO
Em: 19/04/2020 20:23:42

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

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**

Centro de Humerto Lucena

517



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: 17/04/2020 07:42:20

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

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:

Suprimento clínico. Mantendo ATBterapia.

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

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

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

Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001 Número Conselho: 8267
Profissional responsável pela informação: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS

Dr. Fernando Roberto Gondim Cabral de Vasconcelos
CRM-PB / 8482
CRM-PE / 10140
CRM-RN / 10140



511



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

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

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Bolema de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 6d 12h 2min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01		Permanência na Unidade 6d 14h 26min		Permanência no Leito: 3d 22h 21min

Evolução médica (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 ANTICONVULSIVANTE
COMUNICAR ANORMALIDADES EQUIPE DE NCG



Seção: POSTO IA - ENF 05 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: JOSE LOPES DE SOUSA FILHO

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

Evolução médica (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

FERIDA OPERATORIA SEROSANGUÍNEA

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

CONDUTA:

Suporte clínico. Mantendo ATBterapia.

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

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

Apos cirurgia da críptopedia, realizar nova TC Crâneo controle para avaliar progressão/regressão de pneumocrâneo subcutâneo frontal, para avaliar necessidade de cirurgia para rodar manchão pericrânio/ocluir seio frontal.

ção: POSTO IA - ENF-05 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS Número Conselho: 8267



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

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

Evolução médica (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 Espindola Ronconi
Neurocirurgia
CANT-PB
15/04/2020



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senado - 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: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO
Em: 14/04/2020 09:53:34

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	Boletim de Atendimento: 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 26/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003
Tempo de Internação: 3d 2h 49min		Convênio SUS	Plantão DIURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 3d 5h 13min	Permanência no Leito: 13h 8min

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRÍPCAO DA EVOLUÇÃO

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

JPNEICO E NORMOCORADO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031050

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

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

Name	Boleto/nº de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	1232909	11/04/2020 04:40:01	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prontuário
28/08/1980	39	123881892270003	58875
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
3d 4h 38min	SUS		DIURNO
Data de Entrada	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito:
11/04/2020 04:40:01	Data Internação	3d 7h 2min	14h 57min

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

FERIRA OPERATÓRIA SEROSANGUÍNEA

TC CRANIO 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

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

DR. JOSE LOPES
Neurocirurgião
Centro de Cultura e Arte
Número Conselho: 6676



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

Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 13/04/2020 09:00:05

Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892270003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 2d 1h 56min	Convênio: SUS		Plantão DIURNO	
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade: 2d 4h 20min	Permanência no Leito: 21h 38min	

Evolução médica (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 RÁDIO ESQUERDO, COM LUXAÇÃO DE RUD - GALEAZZI
BMF: FRATURA FNOE COM ZIGOMA DIREITO.

AO EXAME: GLASGOW 14 (AO:3 / RV:5 / MRM:6), PUPILAS ISOCÓRICAS 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 contínua 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.

REAVALIAÇÃO + 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

2020-04-13 P.C. Matias
Neurocirurgia
CRM-PB 6028
Número Conselho: 6028



Nome MIGUEL SEVERINO FRANCISCO		Boletim de Atendimento 1232909	Data/Hora Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data/Hora Saída
Data de nascimento 28/08/1980	Idade 39	Sexo Masculino	CNS 123881892276003	Prontuário 58875
Tempo de Internação 2d 1h 40min		Convênio: SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 11/04/2020 04:40:01	Data Internação 11/04/2020 07:04:05	Permanência na Unidade 2d 4h 4min		Permanência no Leito: 21h 22min

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRICAÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#URPA/ANESTESICLOGIA#
2 DPO Tratamento cirúrgico afundamento de crânio sob anestesia geral sem intercorrências
Pacote algo sonolento (ramsay II), GCS 15, pupilas isocóricas e fixadoras, 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: n.d.

Extremidades:

Neurologico: Atende a comandos, motricidade e

www.english-test.net

(Accompanied by RMT).

CD: Vigilância neurologica

Aguardo avaliação da NCR

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 009
Profissional responsável pela informação: MARCUS VINICIUS SANTANA SANTOS

Número Conselho: 8939

Pain
Anesthesia
CPAP



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

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
FERIRA OPERATÓRIA SEROSANGUÍNEA

CONDUTA: TC CRÂNIO CONTROLE
TROCAR CURATIVO

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

Número Conselho: 5800

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgião
CRM-PB 5800

RELATÓRIO DE CIRURGIA



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 POS-OPERATÓRIO		CÓDIGO
FRATURA COMINUTA DE DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO		
LUXAÇÃO RADIOULNAR DISTAL DE PUNHO ESQUERDO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO		
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:

DATA: 21/4/2020

Dra. Mayssa Costa
 Endereço: Rua das Flores, 123
 CEP: 50000-000

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

DESCRICAÇÃO 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
DIVULSAÇÃO 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 PROXIMAIAS E 3 DISTAIAS CONFERIDO POSICIONAMENTO DA PLACA E REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPA 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 ESCOPA PASSAGEM DE 1 FIO DE KIRSCHNER K 2,5MM PARA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO COM AUXILIO DE ESCOPA
Echamento:	LUTURA POR PLANOS DO ANTEBRAÇO ESQ E DA VIA DE ACESSO SOBRE A CRISTA ILIACA DIREITA
IRRATIVOS ESTEREIS	
Observação:	TALA AXIOPALMAR EM MSE RAIO-X DE CONTROLE

Médico/CRM:

Dra. Maysa Costa
Médica
CRM-PB: 12.110

João Pessoa,

21/4/2020

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 21/04/2020

PRONTUÁRIO:

123 2909

PACIENTE: Miguel Sevcenko Francisco

SEXO: M COR:

IDADE: 39 ANOS

PRESSÃO ARTERIAL: PLS 75 mmHg FREQUECIA: 14 lpm TEMPERATURA: PESO

GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: I ESGOM X REGULAR; MUITO PESSIMO ESGO CIRÚRGICO I ESGOM I REGULAR; MUITO PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: Vide prontuário

AP RESPIRATÓRIO: M/F em AFT, S/PA AP CIRCULATÓRIO: RRC em ZT, BNF, S/S.

AP DIGESTIVO: Jejun 7 h ESTADO VENTRAL: Glasgow 15 DROGAS EM USO

TEE-A: ANESTÉSICO:

DOSE: 1024

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de diafise de rádio esquerdo

CIRURGIA REALIZADA: TMA + Crípsis

CIRURGIAO: Hélio + Nilvan MILITARES

INÍCIO DA ANESTESIA: 11:30h TERMINO DA ANESTESIA: 14:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 3 Horas

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

VALORES RS:

ANESTÉSISTA: Hélio + André (RI)

CRM-PB

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

Anamnese:

O₂SPO₂CO₂

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•

•



RELATÓRIO DE CIRURGIA

REC-01

Nome: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO BE/Prontuário: 1232909
 Idade: 39 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: pardo Data: 11/09/20
 Clínica/Setor: Neurocirurgia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de afundamento crânico 1º Assistente: Emerson Magno
 Cirurgião: George Mendes 3º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ Anestesista: Filipe
 Instrumentador: _____ Horário: Início 10:30 Término 12:30
 Tipo de Anestesia: Geral

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

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Tratamento cirúrgico do afundamento crânico</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
 NEURO-CIRURGIA-NEURORADIO
 CRM-PB 8346

João Pessoa, 11/09/20

Médico/CRM:

F(NG) ASCIR.DH9-1



SBN

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição supina, sob ondasacic geral
2. Assépsie + antissepse + exposição dos campos
3. Exposição da fratura de pirâmide

Incisão:

4. Craniotomia da fratura frontal com inuarc
5. Exposição de lâmina dura I
6. Termo coagulação de vasos sangrantes

Achados:

7. Densas de hemostase, utilizadas f. surgical
8. Tratamento de falso dura I com gelfoam

Conduta:

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

Fechamento:

Dr. GEORGE DE A. C. MENDES / 1/4/20
NEUROCHIRURGIA NEURORADIOLOGIA
CRM-PB 00346

Observação:

João Pessoa, 1/1/1

Médico/CRM:

P(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

ESTISHA

Miguel Severino Francisco

NOME DO PACIENTE	Miguel Serrano
IDADE	39
SEXO	B
DATA	1937-05
ESPECIALIDADE	FRONTALARIO
CIRURGIA	ENTERALARIA
LEITO	
ENFERMEIRO	
ANESTESIA	
ANESTESISTA	
INSTRUMENTADOR	
DATA	11/03/2020
TEMPO CIRURGICO	
ANESTESIA INICIO	
FIM	
CIRURGIA FIM	

ASOCIACION DE CIRUJOS - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

Luciana da Silveira Andrade + possivel
COREN-ES 268.771-TE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/06/20

PRONTUÁRIO:

1332909

PACIENTE:

Miguel Severino Francisco

SEXO: M

COR: PRAZO

IDADE:

39A

PRESSÃO ARTERIAL:

150

/ 87

RESPIRAÇÃO: RUMÍCIO

TEMPERATURA + PESO: 37°C / 70KG

GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL:

BOM

REGULAR

MAU

PESSIMO

RISCO CIRÚRGICO: BOM

REGULAR / MAU / PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

VPH

AP. RESPIRATÓRIO:

EVPUÍLO

AP. CIRCULATÓRIO: ESTÁVEL

AP. DIGESTIVO:

SEM JETUM

ESTADO MENTAL: EFG 12

DROGAS EM USO:

TRE-A:

ESTÉSICO

TRE-C:

INDA

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

TCE - CONVULSÕES / ANEVOLUÊNCERMO / FX SKIN FACE / FX KSE

CIRURGIA REALIZADA:

CRANECTOMIA DESCOMPRESSIVA

CIRURGIA:

Dr. GEORGE MANTOS

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA:

11:00H

TERMINO DA ANESTESIA:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

QUANT. DE CH:

ANESTESISTA:

Dr. FELIPE TARGINO + HOMERO

CRM: 38

APERTURA:

-2

N2O

Ar

CO2

O2

ETCO2

CO2

O2



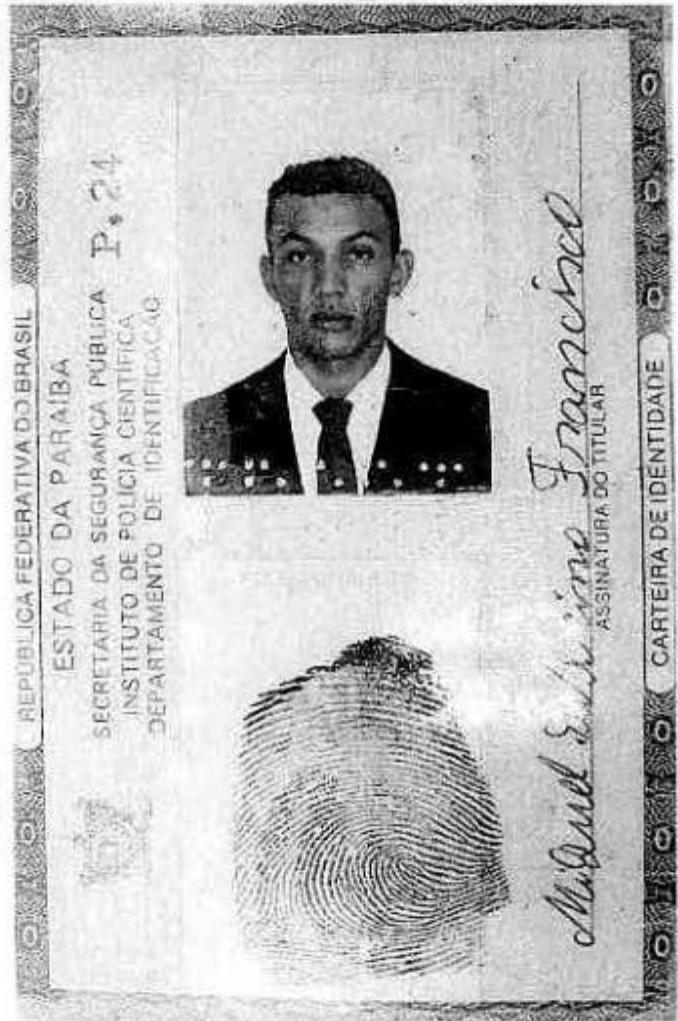
Governo do Estado
PARAÍBA

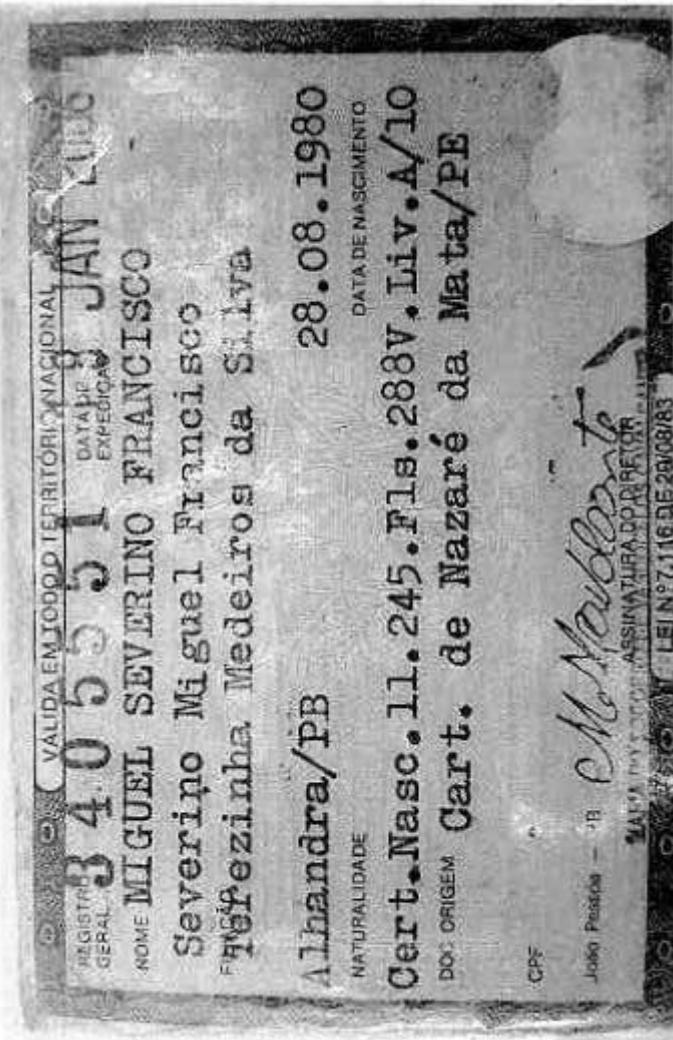
Senador Humberto Lucena

Documento de Alta

Nome:	Número Prontuário:	
MIGUEL SEVERINO FRANCISCO	58875	
Data de Nascimento:	Sexo:	Data de Internação:
28/08/1980	Masculino	11/04/2020 07:04:05
Motivo da alta:	Data de Alta:	
ALTA MEDICA	22/04/2020 09:09:50	
Conduta:	1º DPO OSTEOSINTSE DE FRACTURA DE GALEAZZI EM ANTEBRAÇO E, PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, SEM QUEIXAS, PERFUSAO DISTAL OK, CD. ORIENTAÇÕES; ALTA HOSPITALAR, ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM DR. NILVAN OU DR. THIAGO FORMIGA.	
Resumo da Internação:		
Resultado de Exames:		
Tratamento:		
Diagnóstico:	Z54.0 - Convalescência após cirurgia	
Recomendações:	<p>Dr. Nilvane KARTNEY Ortopedia e Traumatologia CRM: 5804 - PB</p> <p>Dr. Thiago PEDROSA CRM: 5804 - PB</p>	

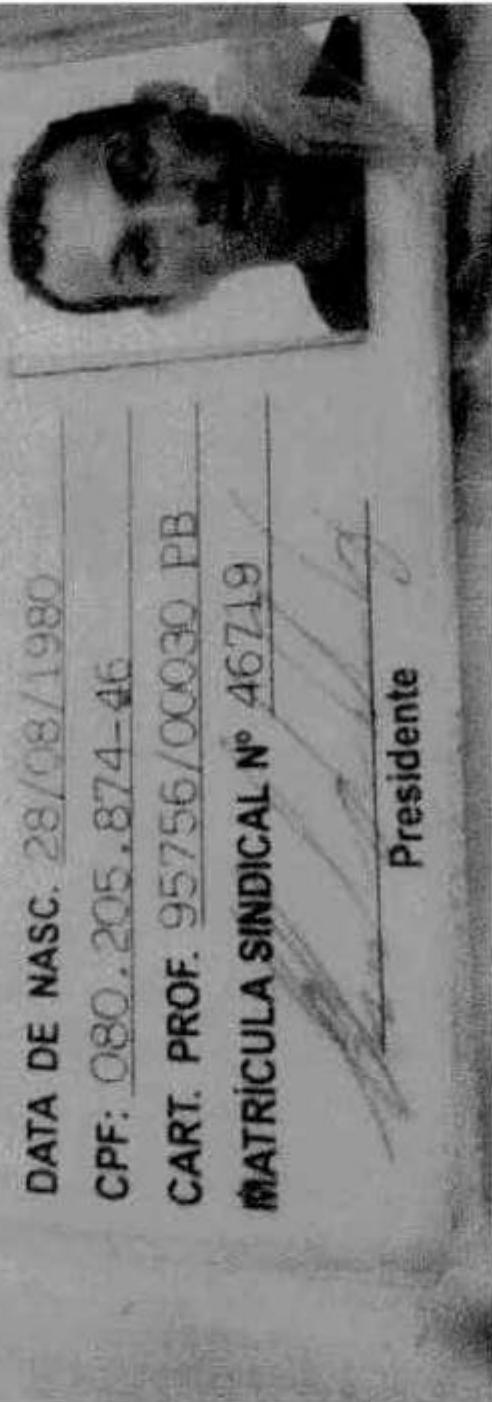
Data: 22/04/2020





FUNDADO EM 03 DE JUNHO DE 1934 - CNPJ 09.249.236/0001-30
Rus Cruz Cordeiro, 75, Varadouro, João Pessoa, PB - FONE: 83 3513-9283

SÓCIO: Miguel Severino França



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA		
DETTRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		
VLR	EXERCÍCIO	
10.000,00	2017	
NOME / ENDEREÇO		

PLACA	MOR4160	
ESPECIE / TIPO	COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLETA	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CBX 250 TWISTER	2002	2003
CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR	VERMELHA	
COTA LÍQUIDA	VALOR COTA ÚNICA	VENC./COTAS
I	29/12/2020	1 ^a
P		2 ^a
V		3 ^a
A		
PRÉVIO LIQUIDADO: PREVÍO TOTALIZADO: DATA DE PAGAMENTO:		
SEGURO OBRIGATÓRIO		
OBSERVAÇÕES		
LOCAL	DATA	
CABEDELO	09/07/2020	

Imprimir Consulta

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

MEMÓRIAS FEDERATIVAS DO BRASIL

013747530443
REGISTRO DE LICENCIAMIENTO DE VEHICULO

PB N° 013142394

ପ୍ରକାଶନ ମାତ୍ରାଙ୍କିଳା

Digitized by srujanika@gmail.com

EPA-2000-0000

MARCH 1954

卷之三

ESSAYS

卷之三

WELLMAN, AG • VERVANDOEN

Visions Subject Index

卷之三

THE LIBRARY 1001

卷之三

卷之三

SEGOKA PAIGO 01/12/201

CHIREDI 31 MARZO 19

1

卷之三

卷之三

卷之三

• 207

卷之三

3-098

SEGURADORA LIDER - DPVAT

2103-09

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURADO VAY
PARA MANUTENÇÃO. LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATUAÇÃO
www.sicuradoralider.com.br
SAC DIFVAT 0800 022 1200

MARCH 1974

0 166-116

22

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO
01/27/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P 4
 FRATURA DE SEIOS DA FACE. P 1, 18
 TRAUMA TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTRÁX. P 5
 FRATURA LUXAÇÃO DE RÁDIO E URNA 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

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

- IDENTIFICAÇÃO			
VÍTIMA	CPF DA VÍTIMA		
DATA DO ACIDENTE			
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO			
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VÍTIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É	() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA
ENDERECO DO PORTADOR	Bairro _____	UF _____	CEP _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ CIDADE _____ 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 CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS 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, TALIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS 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, TALIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () 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 gravida
 - () 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.
- 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 O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 0221204

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____

França de
Jenice de

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. P 4
FRATURA DE SEIOS DA FACE. P 1, 18
TRAUMA TORÁCICO COM HEMOPNEUMOTRÁX. P 5
FRATURA LUXAÇÃO DE RÁDIO E URNA 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/04/2020

Titular do CPF: MIGUEL SEVERINO FRANCISCO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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 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