
Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200337144

Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 067.861.504-70 4 - Nome completo da vítima: Israel Charles F. de Sousa

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

5 - Nome completo: Israel Charles F. de Sousa 6 - CPF: 067.861.504-70
7 - Endereço: Recuso R- Josefa Eugenia 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Curral de Bima PB 13 - Estado: 58291-000
14 - Tel (DDD): (83) 98663-4900 15 - E-mail:

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 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: Bradesco

AGÊNCIA: 20096 CONTA: 03005283
(Informar o dígito se existir) (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/embolso 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 provimento de um mês do meu período de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica das perícias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu laudo.

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/vivascos? ☐ 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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 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)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 058821.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 058821.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:38 min do dia 12/08/2020, na Delegacia Online, **ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão FUNCIONÁRIO PÚBLICO, nascido(a) em 26/11/1986, idade 33, estado civil Solteiro (a), filho(a) de MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA e EDGAR FERNANDES DE FARIAS, CPF 067.861.504-70, residente e domiciliado(a) no(a) RUA JOSEFA EUGENIAQ, nº 0, bairro CENTROQ, na cidade de Curral de Cima/PB, CEP: 58291000, telefone(s) 83, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 01/07/2019 18:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PEDRO REGIS SAINDO DA PB PEGANDO A BR. ZONA RURAL, Pedro Régis/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA CG 125 FAN KS, ANO/MOD 2012/2013, COR PRETA, PLACA OFH 6014, CHASSI 9C2JC4110DR105596 em nome de PAULO FRANCISCO DA CRUZ, CPF 16189744400, quando SEGUIA PELA WPBW, que dá acesso a Pedro Régis, caiu em um buraco perdendo o controle da moto e caiu ao chão, sendo socorrido por terceiros para a Unidade Básica de Pedro Régis, em seguida encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira e após enviado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


ISRAEL CHARLES FERNANDES DE

634CF11C93689AF3B42D460ADD3BE911

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) 3612-8613 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05785.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05785.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 20:57 horas do dia 20 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Israel Charles Fernandes de Luna**, CPF nº 067.861.504-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionario Publico, filho(a) de Maria de Lourdes Cosme de Luna e Edgar Fernandes de Farias, nascido(a) em 26/11/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Josefa Eugenio, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Curral de Cima/PB.

Dados do(s) Fatos:

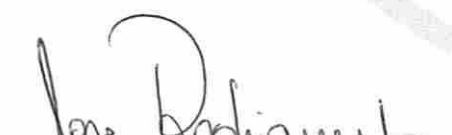
Local: Rodovia Pb 071, Sentido Br 101, Pedro Régis/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/07/2019, POR VOLTA DAS 18:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2012/13, PLACA OFH-6014/PB, CHASSI 9C2JC4110DR105596, REGISTRADA EM NOME DE PAULO FRANCISCO DA CRUZ, NA RODOVIA PB 071, ALTURA DO MUNICIPIO DE PEDRO REGIS/PB, QUANDO CAIU EM UM BURACO DA PISTA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS A UNIDADE BASICA DE PEDRO REGIS/PB E EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 20 de outubro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 067.861.504-70 4 - Nome completo da vítima: Israel Charles F. de Sousa

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

5 - Nome completo: Israel Charles F. de Sousa 6 - CPF: 067.861.504-70
7 - Endereço: Recuso R- Josefa Eugenia 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Curral de Bima PB 13 - Estado: 58291-000
14 - Tel (DDD): (83) 98663-4900 15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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

AGÊNCIA: 2009 6 CONTA: 0300528 8
(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/embolso 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o provimento de um mês do meu período de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica das perícias 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 laudo.

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(vários)? ☐ 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 aos únicos 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 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)



ENTR3 2.444 12-DISTRIBUCION DE ENTR3: 01

0100) 40425-0110; Fax: 0100) 40425-0110; E-mail: 0100) 40425-0110

OUTRAS ATIVIDADES: 31.0001-40 - Int. fix. 16.015 923,0

© 2002 by Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 252: 174–180

Access: www.englisha.com.br

049.003,474-06

5/1166455-4

1111

Aproveite a 12ª regularização suas contas em atraso: podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

Demonstrativ

TOTAL

VENCIMENTO

TOTAL & PAGAR

Histórico de Consumo (kWh)

e187.642b.5ba3.d64d.8782.bc87.4970.Cabb

Indicadores de Qualidade

1. (2013-2014)

Unites

© 2010 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 268: 185–194

Returns an array**Returns an array**



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA
DATA DE NASCIMENTO	26/11/86
NOME DA MÃE	MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.304
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.204.041
DATA DO ATENDIMENTO	15/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	20:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA NASAL
CID 10	S02.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma na face. Ferimentos na face (dorso nasal e intra-oral). Internação. Para posterior tratamento cirúrgico de fratura nasal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de face
RX de torax
RX de coluna cervical

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura nasal.

TRATAMENTO:

Conservador, para posterior tratamento cirúrgico.

ALTA HOSPITALAR:	19/11/19
DATA DA EMISSÃO:	24/03/20

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Identificação do paciente						
ID 1457908	Nome ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 26/11/1986	Idade 32 anos 11 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 119304		
Mãe MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA			Pai EDGAR FERNANDES DE FARIAS			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) LINDENBERG DA SILVA - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 83	Celular 991955149	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3230773	Nº Cns 706403122090589				
Local de procedência CURRAL DE CIMA			Tipo MUNICIPIO	UF PB		
Email	Naturalidade CURRAL DE CIMA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58291000	Município de residência CURRAL DE CIMA	UF PB	Logradouro RUA PRINCIPAL			
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 15/11/2019 20:40:07	Número da pulseira 1000007167415	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				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte BULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por TELMO FIGUEIREDO QUIRINO						Tempo 01min 10seg

Imprimir



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Gerado: Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Documento de Alta

Nome: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA			Número Prontuário: 119304
Data de Nascimento: 26/11/1986	Sexo: Masculino	Data de Internação: 15/11/2019 23:54:26	Data de Alta: 19/11/2019 09:27:44
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: PACIENTE SERA ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DO HTOP			
Resumo da Internação: PACIENTE CURSANDO COM FRATURA NASAL			
Resultado de Exames: TC FACE			
Tratamento: SEGUIMENTO AMBULATORIAL NO HTOP ATE REGRESSAO DO EDEMA			
Diagnóstico: S02.2 - Fratura dos ossos nasais			
Recomendações: FOLHEXO			

Data: 19/11/2019

CLARISSA BARBOSA CAMPELO
GALVÃO
CRM: 253X - PB



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



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1204041



Identificação do paciente			
ID 1457908	Nome ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA		Sexo Masculino
Data de nascimento 26/11/1986	Idade 32 anos 11 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA		Pai EDGAR FERNANDES DE FARIAS	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) LINDENBERG DA SILVA - ACOMPANHANTE	
DDD Celular 83	Celular 991965149	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3230773	Nº Cris 706403122090589	
Local de procedência CURRAL DE CIMA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade CURRAL DE CIMA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58291000	Município de residência CURRAL DE CIMA	UF PB	Logradouro RUA PRINCIPAL
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 15/11/2019 20:40:07	Número da pulseira 1000007167415	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	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos PACIENTE TRAZIDO DE CURRAIS DE CIMA ÚLTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. SEGUE P/ CDI APÓS			
Diagnóstico AV. NCR, B.M.F.	CID		
Atendido por TELMO FIGUEIREDO QUIRINO	Tempo 01min 10seg		

Imprimir

Manoel Roberto Barreto
Enfermeiro
COREN 238457



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	1204041	15/11/2019 20:40:07	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
26/11/1986	32a 11m 21d	706403122090589	(83) 991965149
Mãe	Sexo		Prontuário
MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA	Masculino		
Endereço	Bairro	Município	UF
RUA PRINCIPAL, SN	CENTRO	CURRAL DE CIMA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS	9519/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
15/11/2019 20:40:07		15/11/2019 22:18:28	

ANAMNESE

CIRURGIA GERAL PACIENTE EVOLUINDO CLINICAMENTE ESTAVEL REGGATO RX DE TORAX COM BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR. NAO OBSERVO SINAIS DE FRATURAS OU HEMO/PNEUMOTORAX, POREM COM AUMENTO DA AREA CARDIACA, ENTRETANTO SEM REPERCUSSOES CLINICAS. CD: ALTA DA CIRURGIA GERAL

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Alice Franca Falcao Batista Dantas
CURRUSULA VISCULAT
CRM PB 9519
08/11/2019 22:372
ALICE FRANCA FALCAO BATISTA DANTAS
(CRM: 9519/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 15/11/2019 20:41:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2583262

Paciente ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	BAE 1204041	Data/Hora Entrada 15/11/2019 20:40:07	Data Baixa
Data de nascimento 26/11/1986	Idade 32a 11m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991965149
Mãe MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA			Prontuário
Endereço RUA PRINCIPAL, SN	Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADRIANO DUARTE QUINTANS	Nº Cons. Regional 2442/PB
Data/Hora Classificação 15/11/2019 20:40:07		Data/Hora Prescrição 15/11/2019 23:34:21	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO(SIC). EXAME FÍSICO: NORMOCORADO, EM MACA, NEGA DOENÇAS DE BASE, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS, NEGA SINCOPE E VOMITO, GRAU DE ABERTURA BUCAL E MOVIMENTOS MANDIBULARES MANTIDOS. APRESENTA MÚLTIPLAS ABRASSOES EM FACE, FCC EM DORSO NASAL, FCC INTRA ORAL EM LÁBIO SUPERIOR, MOGRAFICAMENTE FOI EVIDENCIADO FRATURA NASAL, ONDE A CONDUTA SERA CIRURGICA, FRATURA EM PAREDE ANTERIOR DE O, ONDE O TRATAMENTO SERA CONSERVADOR. CD.: 1-INTERNAÇÃO PARA POSTERIOR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA SAL 2-APOS ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE, REALIZAÇÃO DE SUTURA

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES:: PASTOSA)
JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

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

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

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

CID10

S02.2 - Fratura dos ossos nasais

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro


ADRIANO DUARTE QUINTANS
(: 2442/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 15/11/2019 20:41:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	BAE 1204041	Data/Hora Entrada 15/11/2019 20:40:07	Data Baixa
Data de nascimento 26/11/1986	Idade 32a 11m 21d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991965149
Mãe MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA		CNS 706403122090589	Prontuário
Endereço RUA PRINCIPAL, SN	Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES	Nº Cons. Regional 8346/PB
Data/Hora Classificação 15/11/2019 20:40:07		Data/Hora Prescrição 15/11/2019 22:58:16	

ANAMNESE

#NCR# TCE LEVE SEM RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA SEM VÔMITOS GLASGOW 15 SEM DÉFICIT MOTOR TCC SEM ANORMALIDADES INTRACRANIANAS RELACIONADAS AO TCE QUE NECESSITEM DE TRATAMENTO CIRÚRGICO CD: ORIENTAÇÕES GERAIS; ALTA DA NCR; CUIDADOS COM FERIMENTOS A CARGO DA CIRURGIA GERAL. AGUARDA BMF

Iduta

Em observação

Enfermeiro

George Mendes
Neurocirurgia - Neuroradiologia
CRM 8346

GEORGE DE ALBUQUERQUE C MENDES
(8346/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 15/11/2019 20:41:17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	BAE 1204041	Data/Hora Entrada 15/11/2019 20:40:07	Data Baixa
Data de nascimento 26/11/1986	Idade 32a 11m 20d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991965149
Mãe MARIA DE LOURDES COSME DE LUNA			Prontuário
Endereço RUA PRINCIPAL, SN	Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE MANGUEIRA RAMALHO	Nº Cons. Regional 1399/PB
Data/Hora Classificação 15/11/2019 20:40:07		Data/Hora Prescrição 15/11/2019 20:53:01	

ANAMNESE

PACIENTE TRAZIDO DE CURRAIS DE CIMA COM HISTORIA DE COLISAO MOTO-MOTO. NO MOMENTO: A: VIAS AEREAS PRESERVADAS, SEM CERVICALGIA. B: MV PRESENTE EM AMBOS HEMITORAX C: HEMORRAGIA EM FACE, PULSOS PRESENTES, CHEIOS E SIMETRICOS. D: GLAGOW 15. TCE. E: ESCORIAÇÕES CD. 1: TOMOGRAFIA DE CRANIO E FACE 2: RX TORAX AP E PERFIL 3: RX CERVICAL M PERFIL 4: AVALIAÇÃO DA BUCO 5: AV NCR

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

Enfermeiro

JOSE MANGUEIRA RAMALHO
(: 1399/PB)

Boletim registrado por: TELMO FIGUEIREDO QUIRINO em 15/11/2019 20:41:17

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	26/11/1986		32a 11m 22d	MASCULINO	1204041	119304	17/11/2019 09:20:42
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição				
	POSTO 1A - ENF 6 / LEITO - 001		17/11/2019 17:00:00 - 18/11/2019 17:00:00				
Convenio	Matrícula		Senha				
SUS							
Data da entrada:		Data da Internação:		Permanência na		Permanência no	
15/11/2019 20:40:07		15/11/2019 23:54:26		1d 12h 40min		17h 51min	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	---------------

9	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			8/8H	25 05 13
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML	E.V			
10	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0					
11	SSVV + CCGG	0,0					
12	HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0					

Reimpresso por:
dia:

BRUNO DA SILVA MESQUITA
CRM: 5126

Assinatura e Carimbo do Profissional

M^a Cláudia R. da Silva
Enfermeira
COREN 213101



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA		Data de Nascimento	28/11/1988	Idade	32a 11m 22d	Sexo	MASCULINO	Nº Prontuário	119304	Data Prescrição	17/11/2019 09:20:42
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		POSTO IA - ENF 8 / LEITO - 001		Validade da Prescrição		17/11/2019 17:00:00 - 18/11/2019 17:00:00					
Convenio	SUS		Matrícula		Senha							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	---------------

1	DIETA	0,0		Observação: PASTOSA	ORAL		
2	JELCO HEPARINIZADO	0,0			E.V.		
3	CEFALOTINA 1G - D(3 / 7) de 3	1,0	MG		E.V.	6/6H	23 23 23 23
4	DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA)	2,5	ML		E.V.	12/12H	23 23
	Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML				
5	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	12/12H	23 23
	Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
6	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H	23 23 23 23
	Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML				
7	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	12/12H	23 23
	Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
8	RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	50,0	ML		E.V.	8/8H	23 23 23 23
	Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML				

Reimpresso por:
dia:

BRUNO DA SILVA
CRM: 5126

BRUNO DA SILVA MESQUITA

CRM: 5126

Assinatura e Carimbo do Profissional

Data:	16/11/2019 08:21
Usuário:	BRUNO DA SILVA
Boletim	1204041

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	Data de Nascimento	26/11/1986	Idade	32a 11m 21d	Sexo	MASCULINO	Nº Prontuário	119304	Data Prescrição	16/11/2019 08:21:27
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito			AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 006		Validade da Prescrição		16/11/2019 17:00:00 - 17/11/2019 17:00:00			
Convênio	SUS			Matrícula		Senha					

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Permanência na	Permanência no
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	----------------	----------------

9	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML				8/8H	
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
10	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						
11	SSVV + CCGG	0,0						
12	HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0						

Reimpresso por:
dia:

BRUNO DA SILVA MESQUITA
CRM: 5126

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucomaxilo-facial
CRM: 5126

Assinatura e Carimbo do Profissional

JOSE DA SILVA
CRM: 5126

xlves



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

R: 6/1

Trat	10/10/2021
Usuário:	BRUNO DA SILVA
Boleim	1204041



Nome		Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA		26/11/1986		32a 11m 21d	MASCULINO	1204041	119304	16/11/2019 08:21:27
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição				
		AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 006		16/11/2019 17:00:00 - 17/11/2019 17:00:00				
Convênio		Matricula		Senha				
SUS								

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Apazamento
1 DIETA	0,0						
2 JELCO HEPARINIZADO	0,0			ORAL			
3 CEFALOTINA 1G - D(2 / 7) de 2	1,0	MG		E.V.			
4 DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA)	2,5	ML		E.V.			
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML					
5 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG					
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.			
6 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML					
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML					
7 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML					
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V.			
8 RANITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	50,0	ML					
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML		E.V.			

Reimpresso por: dia:

BRUNO DA SILVA MESQUITA
CRM: 5126

BRUNO da Silva Mesquita
Cirurgia Buco Maxilo Facial
CRO-PB 5-126

Assinatura e Carimbo do Profissional



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	Data de Nascimento 26/11/1986	Idade 32a 11m 21d	Sexo MASCULINO	Nº 1204041	Nº Prontuário	Data Prescrição 15/11/2019 23:34:21
Motivo de Atendimento	Enfermaria + Leito	Validade da Prescrição 15/11/2019 23:34:00 - 16/11/2019 23:34:00				
Convenio SUS	Matrícula		Senha			

Data da entrada: 15/11/2019 20:40:07	Data da Internação:	Permanência na 2h 54min	Permanência no
---	---------------------	----------------------------	----------------

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	---------------

9	TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML) Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	2,0	ML			12/12H	93 15
10	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0					
11	SSV + CCGG	0,0					
12	HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0					

Reimpresso por:
dia

ADRIANO DUARTE QUINTANS

CRM: 2442

Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	Data de Nascimento	26/11/1986	Idade	32a 11m 21d	Sexo	MASCULINO	Nº	1204041	Nº Prontuário	15/11/2019 23:34:21	
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito											
Convenio	SUS											
Matrícula	15/11/2019 23:34:00 - 16/11/2019 23:34:00											
Senha												

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento

1	DIETA	0,0		Observação: PASTOSA	ORAL		
2	JELCO HEPARINIZADO	0,0			E.V.		
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	6/6H	03 98
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
4	RAMITIDINA 50MG/2ML (AMPOLA 2ML)	50,0	ML		E.V.	3/6H	03 41
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
5	DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA)	2,5	ML		E.V.	12/12H	03 15
	Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML				
6	CEFALOTINA 1G - D(1 / 7) de 1	1,0	MG		E.V.	8/6H	03 98
7	ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	8/6H	03 41
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				
8	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	12/12H	03 15
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				

Reimpresso por
dia:

ADRIANO DUARTE QUINTANS

CRM: 2442

Assinatura e Carimbo do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 17/11/2019 09:22:23

Nome ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA		Boletim de Atendimento 1204041	Data/Hora Entrada 15/11/2019 20:40:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 26/11/1986	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 706403122090589	Prontuário 119304
Tempo de Internação 1d 9h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 15/11/2019 20:40:07	Data Internação 15/11/2019 23:54:26	Permanência na Unidade: 1d 12h 42min	Permanência no Leito: 17h 53min	

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 17/11/2019 09:18:36)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#BMF

2 DIH

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE APRESENTANDO FRATURA NASAL E DE PAREDE ANTERIOR DE SEIO MAXILAR BILATERAL

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

EFEQ: MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM FACE, EDEMA EM 1/3 MÉDIO 2+/4+, SEM COMPROMETIMENTOS FUNCIONAIS

EFIO: REFERE OCLUSÃO ESTÁVEL, APARELHO ORTODONTICO EM POSIÇÃO

CD:

1) AV +OT

2) PRESCRIÇÃO

3) PROGRAMA LIMPEZA DE FERIMENTOS E SUTURA (AGUARDANDO SALA DE SUTURA)

4) AGUARDANDO REGRESSÃO DE EDEMA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

5) PRESCREVO SCIH MANUALMENTE

Seção: POSTO IA - ENF 6 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Impresso por: BRUNO DA SILVA MESQUITA
Em: 16/11/2019 08:32:41

Nome ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA	Boletim de Atendimento 1204041	Data/Hora Entrada 15/11/2019 20:40:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 26/11/1986	Idade 32	Sexo Masculino	CNS 706403122090589
Tempo de Internação 8h 38min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 119304
Data de Entrada 15/11/2019 20:40:07	Data Internação 15/11/2019 23:54:26	Permanência na Unidade 11h 52min	Permanência no Leito: 8h 38min

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DA SILVA MESQUITA - 16/11/2019 08:17:51)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO SEM CAPACETE APRESENTANDO FRATURA NASAL E DE PAREDE ANTERIOR DE SEIO MAXILAR BILATERAL

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

EFEO: MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM FACE, EDEMA EM 1/3 MÉDIO 2+/4+, SEM COMPROMETIMENTOS FUNCIONAIS

EFIO: REFERE OCLUSÃO ESTÁVEL, APARELHO ORTODONTICO EM POSIÇÃO

CD:

1) AV +OT

2) PRESCRIÇÃO

3) PROGRAMA LIMPEZA DE FERIMENTOS E SUTURA (AGUARDANDO SALA DE SUTURA)

4) AGUARDANDO REGRESSÃO DE EDEMA PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

5) PRESCREVO SCIH MANUALMENTE

Seção: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO - 006

Profissional responsável pela informação: BRUNO DA SILVA MESQUITA

Número Conselho: 5126

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucomaxilo-facial
CRO-PB 5126

LAUDO MEDICO/RESUMO DE ALTA

Nome: HERNAN CARLOS FERNANDES DE LIMA Registro: 1609512
 Idade: 33 Sexo: MEC Cor: BRN Clínica: IME Falt: IMAS Leito: 17
 Data de admissão: 11.12.19 Data de alta: 17.12.19

Diagnóstico inicial: FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ
 Diagnóstico final: FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ
 Outros diagnósticos:

Principais exames: CLINICO + IMAGEM

Cirurgia realizada, data e equipe: REDUÇÃO DE FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ 11.12.19 DO CLAUD ASSIS DA FUSTRAI NOROESTE

Terapêutica medicamentosa:

Anatomia patológica:

Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não (x)
 Resultado bacteriológico:

Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito ()
 Resumo Clínico: Historia evolutiva, terapêutica, complicações

PACIENTE, VITADO DE HISTÓRIA DE FRATURA DO NARIZ, COM FRATURA DO OSSO PROPRIO DO NARIZ, O MESMO SUJEITO É PACIENTE DA FUSTRAI NOROESTE, COM FRATURA DO OSSO PROPRIO DO NARIZ.

Dieta: LIVRE Orientações Pós-Alta

Reposo:

Relativo em casa por 01 dia

Retorno às atividades sem esforço físico em 01 dia

Retorno às atividades com esforço físico leve em 01 dia

Condições: com a ferida operatória fechada com curativo e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o IME

Medicações para casa: ANALGÉSICOS

Retorno:

Ao posto de saúde em 13.12.19

Ao ambulatório

para retirada de ponto, em 30 dias para revisão.

Ass. Médico: 17.12.19

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1631733960

1631733960

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA DE TIPO



Nome: ISRAEL CIBULES FERNANDES DE LIMA



RG: 3230773 SSP RJ 08

DT: 06/11/1986

Localidade: PARAIÁ
Município: PARAIÁ DE LOURDES COSME DE LIMA

Nº Registro: 04274079150

Validade: 07/01/2008



Isr. Cbl. e d. Lima

CIDADE: PARAIÁ RJ DATA: 20/11/2017

Assinatura: *Isr. Cbl. e d. Lima*

PARAIÁ

09481945998
RPO 35891931

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265880/20

Número do Sinistro: 3200337144

Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

CPF: 067.861.504-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL CHARLES
FERNANDES DE LUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 04/11/2020
Nome: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA
CPF: 067.861.504-70

ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265880/20

Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

CPF: 067.861.504-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL CHARLES
FERNANDES DE LUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA : 067.861.504-70

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: 21/09/2020
Nome: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA
CPF: 067.861.504-70

ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265880/20

Número do Sinistro: 3200337144

Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

CPF: 067.861.504-70

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL CHARLES
FERNANDES DE LUNA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/11/2020
Nome: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA
CPF: 067.861.504-70

ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200337144

Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

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, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200337144 Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Data do Acidente: 01/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200337144 Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Data do Acidente: 01/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200337144 Vítima: ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

Data do Acidente: 01/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISRAEL CHARLES FERNANDES DE LUNA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

