

SEGURO OBRIGATORIO PARA CONDUTORES DE VEICULOS AUTOMOTORES POR VEICULO
ANEXO 1 - TITULO 1 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
TRANSFERO DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010442894063

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013
PLACA RJM3938
LUCIVALDO VALDO BATISTA DE LIRA

ITAPETIM-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010442894063

EXERCÍCIO 2013
DATA EMISSÃO 27/06/12
PLACA RJM3938

RENDA/CV 150 TITAN ES
ANO FAB. 2004
CHASSI 9C2EC08504R034082

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DESVATAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.088/0001-04

DESCRIÇÃO E ENDEREÇO DO SEGURO DPVAT
RUA 120 E DE FORTES DEBRAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010442894063
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA- 1 035975568 RNTTC- 2013

NOME LUCIVALDO VALDO BATISTA DE LIRA
ITAPETIM-PE

PLACA 111.192.884-36
CHASSI 9C2EC08504R034082

RENDA/CV 150 TITAN ES
ANO FAB. 2004
CHASSI 9C2EC08504R034082

CATEGORIA 2P/199CJ
COR PREDOMINANTE VERMELHA
VENO / COTAS 1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

SEM RESERVA
ITAPETIM
Diretor Presidente D. T. B. / P.
Maria de Fátima Bezerra E. Costa
27/06/12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210156397 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/12/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE COM FRATURA MAXILAR + FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO + MARGEM INFRA ORBITAL + FRATURA FRONTOZIGOMÁTICA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PATELA -OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS E FACE PLACAS+. ALTA MÉDICA. P9

Sequelas permanentes: LESÃO DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 LESÃO DE ESTRUTURAS CRANIOFACIAS EM GRAU LEVE E DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210156397 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 24/12/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA. P9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126104/21

Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

CPF: 112.692.114-98

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 24/12/2020

Titular do CPF: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA : 112.692.114-98

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: 26/05/2021
Nome: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA
CPF: 112.692.114-98

JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210156397

Vítima: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 24/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **104**

Agência: **000004916**

Conta: **000832027655-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do registro do ASL:

026.109/21

3 - CPF da vítima:

112.692.114-98

4 - Nome completo da vítima:

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 448/2002

5 - Nome completo:

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

6 - CPF:

112.692.114-98

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SITIO TANQUE REDONDO

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BARAUNA

13 - Estado:

PARAIBA

14 - CEP:

58188-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83-99829-8855

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 em anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INCENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Credi (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4916

12

CONTA:

832.027.655

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CNV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (em gestação)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou seu representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jacu, Paraíba 26.05.21

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000076/21

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000076/21 registrada em 02/03/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de março do ano de 2021, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:14 horas, compareceu o Sr. JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA, com 27 anos de idade, filho de JOSÉ SOARES DA SILVA FILHO e MARIA DAS DORES DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PICUI - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3756915, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11269211498, residindo à rua SÍTIO TANQUE REDONDO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de BARAÚNA - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 16h30min do dia 24.12.2020, estava transitando pela localidade Tanque Redondo, próximo a fazenda de Severino Pimentel, área rural de Baraúna/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, ano/modelo 2004/2004, cor vermelha, chassi nº 9C2KC08504R054083, de placa KJM-3938/PE, licenciada em nome de Lucivaldo Valdo Batista de Lira, quando foi atingido por outra motocicleta de marca, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico apresentado nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTTran, pois os mesmos não foram acionados. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 2 de Março de 2021

José Lenildo dos Santos Silva

JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do registro do ASL:

026.109/21

3 - CPF da vítima:

112.692.114-98

4 - Nome completo da vítima:

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2002

5 - Nome completo:

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

6 - CPF:

112.692.114-98

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SITIO TANQUE REDONDO

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BARAUNA

13 - Estado:

PARAIBA

14 - CEP:

58188-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83-99829-8855

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 comprovant.: anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INCENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Citi (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4916

12

CONTA:

832.027.655

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CNV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (em nome)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou seu representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jacu, Paraíba 26.05.21

JOSE LEMILDO DOS SANTOS SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO N.º 05/2021

Declaro para os devidos fins que o senhor **JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA**, Nascido em **05/10/1993**, Solteiro, portador do RG **3.756.915 SSP/PB** e CPF: **112.692.114-98**, Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Tanque Redondo, s/n – Zona Rural de Baraúna/PB, o mesmo foi socorrido no dia 24 de dezembro de 2020 por volta de 16h30min, vítima de um acidente de moto na no Sítio Tanque Redondo, próximo a fazenda de Severino Pinel, Zona Rural, na ambulância placa QSF 3679 conduzida pelo motorista José Wellington Costa dos Santos.

Para Efeitos legais, passo, assino e dou plena fé que a presente declaração é a expressão da verdade.

Baraúna/PB, em 22 de janeiro de 2021.

José Wellington Costa dos Santos
Motorista

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

04/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321015639701

VALOR TOTAL:

5.062,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000832027655

Número da Autenticação

7783067CCB5682F3

MARIA DAS DORES DOS SANTOS
SIT TANQUE REDONDO, 581 - AREA RURAL
BARAUNA/PB CEP 5818000 (AG 00)

CPF/CNPJ/INSS 033 454 314-24

Grupo CONVENCIONAL BANDA TENSÃO / Subgrupo B2
Classe FUR-MTC B2 / Subclasse AGROPECUARIA RU
Ligação MONOFÁSICO
Potência 0 - 200 000 - 1000 N-Medida 0000001003



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1180071-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00011800711

R\$ 47,03

20/01/2021

Jan / 2021

87kWh

3,00 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	Descrição	DESCRIÇÃO						
		Quant	Taxa / Tributo	Valor Base Calc Total (R\$)	ICMS (R\$)	Alug ICMS (R\$)	Valor Base Calc (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0001	Consumo em kWh	87	0,470020	41,06	0,00	0	41,06	0,28
0001	Adic. B. Energia			3,11	0,00	0	3,11	0,02
0001	Adic. B. Energia			0,54	0,00	0	0,54	0,00
0010	Subsídio			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0004	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,22	0,00	0	0,22	0,00
0005	JUROS DE MORA (C/10%)			1,83	0,00	0	1,83	0,00
0005	MULTA (C/200%)			0,14	0,00	0	0,14	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (C/10%)			0,00	0,00	0	0,00	0,00
0005	Descontos e Retenções			-0,50	0,00	0	-0,50	0,00
TOTAL				47,03	0,00	0,00	47,03	0,28

CCI Código de Classificação do Item
Taxa de Tributos

RESERVA DO FISCO

71fc.b803.3b66.7ee1.629a.5a59.bec9.cd30



PACIENTE:	JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA
DATA DO EXAME:	25/12/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pericárdico ou derrame pleural no presente estudo.

Não foram evidenciadas lesões viscerais relacionadas ao trauma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.


Dr. André Ventura
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683

Sr(a): JOSE LENILDO DOS SANTOS Protocolo: 0000568485 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): CLENIA EMANUELA DE S ANDRADE Data: 03-01-2021 13:31 Origem: CLINICA NEURO-HUCO
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 27 anos Destino: CLINICA NEURO-HUCO

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/01/2021 13:30]

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos.....	4,12 milhões/mm ³	4,2 a 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	11,9 g/dL	13,5 a 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,0 %	40,0 a 52,5 %
V.C.M.....	87 fL	80,0 a 100,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 a 31,0 pg
C.H.C.M.....	33 g/dL	32,0 a 36,0 g/dL
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos.....	8.200 /mm ³ (%)	5.000 a 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofilos		
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	3,0	246
Segmentados.....	72,0	5.904
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos		
Típicos.....	23,0	1.886
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monócitos.....	2,0	164
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	318.000 mm ³	150.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Método: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Ana Cassia Miguel Agra
Biomedica
CRBM 5411

Examinado: 03/01/2021 13:35 - Página 1 de 1

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 0EAL-1AF6-51DA-A06F-7ABA-9A2C-F264-9BF3





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus dados
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Identidade:
3756915

Idade: 027

ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ZONA RURAL

Nº 2299840

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ESQUERDO, AP E PERFIL ,

Campina Grande - PB 25/12/2020 Hora:
02:31:06

Médico: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus dados
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Identidade:
3756915

Idade: 027

ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ZONA RURAL

Nº 2299840

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) ESQUERDO, AP E PERFIL ,

Campina Grande - PB 25/12/2020 Hora:
02:31:06

**RAIO X
REALIZADO EM!**
25/12/20

Médico: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus dados
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Identidade:
3756915

Idade: 027

ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ZONA RURAL

Nº 2299840

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA), RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ),

Campina Grande - PB 05/01/2021 Hora:
10:22:26

Clenia Emanuela de S. Andrade
Cirurgiã de Traumatologia
Especialista em Cirurgia Maxilofacial
Residente - CRO/PB 7374

Médico: Clenia Emanuela De Sousa Andrade



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus dados
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Identidade:
3756915

Idade: 027

ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: ZONA RURAL

Nº 2299840

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLÍQUA), RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ),

Campina Grande - PB 05/01/2021 Hora:
10:22:26

Clenia Emanuela de S. Andrade
Cirurgiã de Traumatologia
Especialista em Cirurgia Maxilofacial
Residente - CRO/PB 7374

Médico: Clenia Emanuela De Sousa Andrade

RAIO X
REALIZADO EM:
05/01/21
955



Sis. Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus Todos
PARAIBA
Governo do Estado

ESTADUAL PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |

2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

ENDEREÇO: SÍTIO TANQUE REDONDO

BAIRRO: ZONA RURAL

Idade: 027
3756915

PRONTUÁRIO:

Nº 2299840

TIPO DO ATENDIMENTO: ROTINA Nº DA SOLICITAÇÃO: 244791

DADOS CLÍNICOS: ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

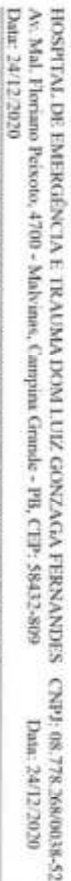
EXAMES SOLICITADOS: HEMOGRAMA COMPLETO, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA), GLICEMIA CAPILAR, DOSAGEM DE UREIA, DOSAGEM DE CREATININA, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO - DUKE, DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO ,

Campina Grande - PB 29/12/2020 Hora:

03:35:09

Clenia Emanuela de S. Andrade
CRF/PB 10.104/2017
BOC/MA - 000/PB 7324
RESISTENTE

Médico: Clenia Emanuela De Sousa Andrade



Paciente: JOSÉ LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 N° ATEND: 2299793

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 24/12/2020 HORA : 23:35:37

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

STANIS DE ENRIQUETEZ : SIM

SINAIS VITAIS					
HGT:	SAT O2:	PA:	TEMP:	FC:	FR:
170	98	120/80	36.5	75	12

DIABETES (SIM(X)NAO_HAS (SIM(X)NAO
DEF. MOTORA (SIM (NAO

ALERGIAS : Nega
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFLEJIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FEBRE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILO () TOSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO[illegible]

OBS:

ENFERMEIRO-COREN
Vanessa De Amorim Guedes Nunes Galvão 166148

Yanesa de Meritum Guedes N. Galina
COREN-PPB 166.148

#BMF 25112120 1.35

prezent o cîrmă de deosebit de mare. Nu
măsură cauzantă prin neapăsare de hădă
obediență.

Ep: Heterotoma granitoid 'e', aparțină aceluiași
măsură de caldă frumoasă. Măsură de măsuri
măsură de măsuri, Heterotoma granitoid 'e', aparțină
obediență, limitarea de caldă bucată.

EF: *Fusina maxima* (Lent I)
margin infimbriae
Frontispinae
Acrozoophanicae

CO: 2. baseado pela BMP p/ intencões ortopedicas
decompensando conjunto c/ ortopedia
cirurgico eletivo BMP

Dra. Joaquina
Cirurgiã e Obstetra
Especialista em
Ginecologia - Endoscopia
Histeroscopia - Laparoscopia



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOMÍLUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2299793 **CLASSE DE RISCO VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOMÍLUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mel. Floriano Peixoto, 4700 - Mafra, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 24/12/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Vanessa De Amorim Guedes Nunes Gabino

PACIENTE: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA
CPF: 581.880.000-05 Nascimento: 05/10/1993

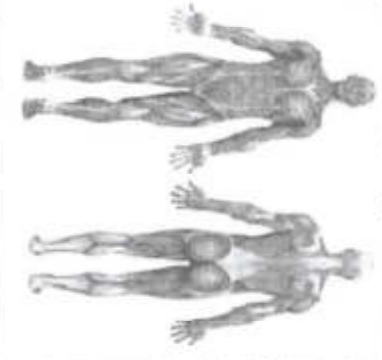
Cidade: Barauna
Sexo: M Telefone: 986343667
Idade: 027 Bairro: ZONA RURAL.

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
RG: 3756915 Nº 0
CPF: Profissional: AGRICULTOR

Responsável:
Data de Atend: 24/12/2020 CNIS: 708904703237913
Endereço Civil/Solteiro(a) Hora: 23:35:00 CONVÊNIO: S/S

ORIENTE-SE ATENDENTE DE MOTO MOTO X MOTO
MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abrasão 19. Fratura distal fechada
- 2. Amputação 20. Fratura distal aberta
- 3. Avulsão 21. Hematoma
- 4. Contusão 22. Injuriamento venoso
- 5. Crepitação 23. Laceração
- 6. Dor 24. Lesão tendinosa
- 7. Edema 25. Luxação
- 8. Empalhamento 26. Mordedura
- 9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
- 10. Enfiamento 28. Objeto Enfiado
- 11. Equimose 29. Queimadura
- 12. F. Arma branca 30. Paralisia
- 13. F. Arma de fogo 31. Pareia
- 14. F. Cortado 32. Paralisia
- 15. F. Cortado 33. Queimadura
- 16. F. Cortado-contuso 34. Rinorrágia
- 17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de isquemia
- 18. F. Perfuro-contuso 36.

Q/EMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID: Trauma de braço.

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

Vitima de queda de moto.
com fratura, hematoma, pele e ossos.
do lateral e no ombro e joelho esquerdo.

MEDICAMENTOS:

PROLOGIAS:

EXAME FISICO

PUPILAS () Fototérgicas () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow PA
HGT: Sato

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Jcasometria arterial
- () Tomografia Computarizada
- () Ultrassonografia
- () Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MEDICO:

Especialista: Ortopedia BMF Dia: / /

Especialista: / / Dia: / /

MEDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO:

Dr. Gilson T. Vazquez de F. G.
CRM/PB 3314

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
25/12/2020

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Oftalmologia 00:35h

Paciente c/ história de

Acidente de trânsito, apresentando

lesão e edema c/

Já em + dor + edema

e contusão e

M: Contusão e edema

Já em + dor + edema

M: Aguardando alta

de urgência

In.

As

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Internação (setor)☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

☒ **Exatidão dos dados clínicos**

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

Dr. Raulo Brini
CIRURGIÃO GERAL
CRM/RJ 3339

Dr. Raulo Brini
Cirurgião de Traumatologia
CRM/RJ 3339



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 25/12/2020



PARAÍBA
Governador do Estado

Número do Prontuário: 217083

DATA DA CIRURGIA: 25/12/2020

Número do Atendimento: 2299840 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020

Atendimento: 2299840

Diagnostico Pré-Operatório: FX EXPOSTA DE PATELA E

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 25/12/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: MATHEUS PEDROSO C DE SOUZ

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1-PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MIE E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

3- INCISÃO LONGITUDINAL EM JOELHO E + DISSECÇÃO POR PLANOS +
HEMOSTASIA

4- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA+ FIXAÇÃO DE FRATURA COM 02 PARAFUSOS
CANULADOS 4.5MM0 + FIO DE CERCLAGEM DE PROTEÇÃO + SUTURA DO
RETINACULO

5- LAVADO DE FO COM SF(0,9%)

6 - SUTURA POR PLANOS

7- CURATIVOS

Data 25/12/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>João Leônidas da Silva</i>			IDADE <i>22a</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>-</i>	
DATA <i>25/12/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMA	URÉIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO <i>UW + em ART</i>					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO <i>des. 25 refrigo ch. 3</i>			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>01 g 2000000</i>				INDUÇÃO			
LÍQUIDOS	<i>1ml</i>				Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
CÓDIGOS VP. ARTERIAL - O. PULSO - O. RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA - O. OPERAÇÃO					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
					MANUTENÇÃO			
					<i>1) Indução com long 2) UW + em ART</i>			
ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____					Não, por quê? _____			
DESPERTAR					Reflexos na SO: _____			
					Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES					Com cânula: _____			
					Paro o Leito: Sim _____ Não _____			
					CONDIÇÕES:			
POSICÃO								
AGENTES								
TÉCNICA <i>2966</i>					CÂNULAS			
OPERAÇÃO								
CIRURGIÕES <i>Trat. cirúrgico p/ ex. pólipo de pâncreas</i>								
ANESTESISTAS <i>Amorim</i>								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA			

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

03:25
PR: 136,58
S: 99%
F: 91

PACIENTE: João Amado dos Santos Silva		DN: 05/10/193	
QI: —	LEITE: Sala 03	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 27 anos
CIRURGIA: qto. cirurgico de fatura de Dr. Matheus		CIRURGIÃO: Dr. Alexandre	
ANESTESIA: Ruquie Pitela		ANESTESIA: Dr. Alexandre	
INSTRUMENTADORA: - Andre -	DATA: 25/12/2020	INICIO: 02:30	FIM: 3:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimorfa amp 02mg	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
02	Mercaina By patch % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	02	Mononylon 2.0.0	
	Thionembul ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01 Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvax 7.5	02	Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvax 8.0	02	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	03 PVP Degemante ml Desodor			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		SE 091 - Plavon Furante....	
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogática		02 Fio de Sutura 1.0.0	
		Sonda Uretral nº		1.5 Nº 40	
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05 Algodão algodão			
01	Agulha p/ raque nº 25				
05	Álcool de Enfermagem 70%				
	Álcool Iodado ml				
02	Ataduras de Crepon 15cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
☒ Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautêrio
() Desfibrilador	() Oxímetro
() Foco Frontal	() Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Alfonso + Almeida

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ivanilda Ferreira Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - 287764



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/12/2020

Horas: 08:55:02

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 1

Clinica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE PATELA E

DIA 26/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE 4h/4h	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V, 1Frasco/Ampola, 12h/12h 1D/10D	18 06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 1D/10D	12 18 24 06
5	Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	14 22 06
7	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	06
8	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
9	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18
10	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	
11	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
12	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	18
13	8/8 HORAS, SE DOR MAIS INTENSA	
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18

EVOLUÇÃO

DATA: 26/12/2020 HORA: 08:53:42

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA E.

1º DPO / 2º DIH

BEG, SEGUE ESTAVEL

NEURASCULAR SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcao

Dr. Wagner de Melo Falcao
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 10.848.190/0001-55



PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.
Data: 27/12/2020
Horas: 08:50:26

Médico (a) Diarista : Wagner de Melo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

8-3

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 2
Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX EXPOSTA DE PATELA E

DIA 27/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Wagner de Melo Falcão /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE 4h/4h	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V, 1FRASCO, 8h/8h	12 20 04
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V, 1Frasco/Ampola, 12h/12h 2D/10D	18 06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h 2D/10D Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V, 1AMPOLA, 8h/8h	12 20 04
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VÔMITOS OMEPRAZOL 20 MG V.O, 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
9	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
11	8/8 HORAS, SE DOR MAIS INTENSA CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cte

EVOLUÇÃO

DATA: 27/12/2020 HORA: 08:49:03

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA E.

2º DPO / 3º DIH

BEG, SEGUE ESTAVEL

NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA DA ORTOPEDIA + ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES
AOS CUIDADOS DA BMF
SEM MAIS PROCEDIMENTOS PELA ORTOPEDIA NO MOMENTO

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner de Melo Falcão

Dr. Wagner Falcão
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Tornozelo e Pê
CRM 18843



Secretaria de Saúde
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/12/2020

Horas: 08:50:16

Médico(a) Diarista: Joana De Angelis Alves Silva

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 3

Clínica: ORTOPEDIA 2 Enfermaria: ~~1~~ Leito: ~~3~~ Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 28/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Joana De Angelis Alves Silva /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 24 06
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 3D/10D	18 06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 3D/10D Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 24 06
7	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	18 06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	
9	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADMA AS 6h)	06
10	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8/8 HORAS, SE DOR MAIS INTENSA	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	etc

EVOLUÇÃO

DATA: 28/12/2020 HORA: 08:49:52

#BMF

PACIENTE COM TRAUMA DE FACE; COM ALTA DA ORTOPEDIA NO DIA DE HOJE, FICANDO AOS CUIDADOS DA BUCOMAXILO.

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA ABERTA ANTERIOR; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO

Ei: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMATICO "E" + ARCOZIGOMATICO "E" + ESFENOZIGOMATICA "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18.1; INR 1.58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119

PRESCREVO CLOREXIDINA 0,12% PARA BOCHECHO

CD: ACOMPANHAMENTO BMF
SOLICITO TRANSFERENCIA PARA NEUROBUCA

Dr. Joana De Angelis Alves Silva
Causa 333
8/12/2020 08:50:16
Resposta: 12/12/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 4

Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

Dia: 29/12/2020

MÉDICO(A): Mathheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1 FRASCO, 8h/8h	12/18 OK
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1 Frasco/Ampola, 12h/12h 4D/10D	12/18 OK
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h 4D/10D	12/18 OK
5	Diluir em 50 ML SF	12/18 OK
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12/18 OK
7	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	12/18 OK
8	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01 FRA AMP, 12h/12h	12/18 OK
9	Diluir em 150 SF	12/18 OK
10	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
11	8h HORAS, SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
12	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1 CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	OK
13	FISIOTERAPIA MOTORA	
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 29/12/2020 HORA: 03:30:57

#BMF S'D.L.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA ABERTA ANTERIOR; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICO "E"

EI: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADRÕES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119

PRESCREVO CLOREXIDINA 0,12% PARA BOCHECHO

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF

SOLICITO EXAMES HEMATOLÓGICOS

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade


Clenia Emanuela De Sousa Andrade
Médico(a) Diarista
CRM: 7371



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/12/2020

Horas: 06:38:33

Médico (a) Diarista: Clenia Emanuela De Sousa Andrade

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 5
Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 30/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	14 22 06
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 5D/10D	18 06
4	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 5D/10D	12 18 24 06
5	Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
6	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 18 22 06
7	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	14 18 22 06
8	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h	12 18 24 06
9	Diluir em 150 SF	12 18 24 06
10	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12 18 24 06
11	10X HORAS, SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	12 18 24 06
12	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	12 18 24 06
13	FISIOTERAPIA MOTORA	12 18 24 06
14	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 18 24 06

EVOLUÇÃO

DATA: 30/12/2020 HORA: 06:35:19

#BMF 6°D.I.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NÉGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA ABERTA ANTERIOR; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICO "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADRÕES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58;
CREATININA 0,6; GLICEMIA 119
(29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE;
GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30"

PRESCREVO CLOREXIDINA 0,12% PARA BOCHECHO

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF (PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO)

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade

Clenia Emanuela De Sousa Andrade
CRM: 10.848.190/0001-55
Régistro - CBO/96 1321

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 6
Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: I Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 31/12/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedross Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 6D/10D	18 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 6D/10D	12 18 24 06
4	Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h	12 18 24 06
7	Diluir em 150 SF	12 18 24 06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12 18 24 06
9	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	12 18 24 06
10	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	12 18 24 06
11	FISIOTERAPIA MOTORA	12 18 24 06
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 18 24 06
13	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	12 18 24 06

EVOLUÇÃO

DATA: 31/12/2020 HORA: 06:41:23

#BMF 7º D.L.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA CRUZADA; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (L.E FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMATICO "E" + ARCOZIGOMATICO "E" + ESFENOZIGOMATICA "E"

EII: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119
(29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30"

PRESCREVO CLOREXIDINA 0,12% PARA BOCHECHO

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF (PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO)

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade

Clenia Emanuela De S. Andrade
CIRURGIÁ E TRAUMATOLOGIA
BUCOMAXILOFACIAL
Residente - CRO/PA 7371



Sumos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/01/2021

Horas: 07:53:16

Médico (a) Diarista : Rebeca Valeska Soares Pereira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 7

Clinica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 01/01/2021

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Rebeca Valeska Soares Pereira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 7D/10D	18 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 7D/10D	12 18 24 06
4	Diluir em 50 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 01FRA AMP, 12h/12h	12 18 24 06
7	Diluir em 150 SF	12 18 24 06
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	12 18 24 06
9	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VOMITOS	12 18 24 06
10	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	12 18 24 06
11	FISIOTERAPIA MOTORA	12 18 24 06
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	12 18 24 06
13	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	12 18 24 06

EVOLUÇÃO

DATA:01/01/2021 HORA:07:52:04

#BMF 8ºD.L.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE;
CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; MORDIDA ABERTA ANTERIOR; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMATICO "E" + ARCOZIGOMATICO "E" + ESFENOZIGOMATICA "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119
(29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30"

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF (PACIENTE CIRÚRGICO ELETIVO)

Dra. Rebeca Valeska Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CROIPB 6618



CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 04/01/2021

Horas: 01:24:50

Médico (a) Diarista: Clenia Emanuela De Sousa Andrade

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DMH - 10

Clínica: ALA NEUROBUCA Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

14

DIA 04/01/2021

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza / MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Apreçamento
1	DIETA PASTOSA	
2	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 10D/10D	18 06
3	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 10D/10D	12 18 24 06
4	Diluir em 30 ML SF	12 18 24 06
5	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
7	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
8	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
9	FISIOTERAPIA MOTORA	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	MANTER COM JELCO HEPARINIZADO	

06 Part dele zero

EVOLUÇÃO

DATA: 04/01/2021 HORA: 01:21:27

#BMF 11°D.L.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO
NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADAS; MORDIDA CRUZADA; MOBILIDADE MAXILAR SOB MANIPULAÇÃO; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO

EI: FRATURA DE MAXILA (LÉ FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICA "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58;
CREATININA 0,6; GLICEMIA 119
(29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE;
GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1°30"; TC: 7°30"
(03/01) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DA NORMALIDADE (HB: 11,9; HT: 36); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

CD: ACOMPANHAMENTO BMF (PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROGRAMADO PARA SEXTA-FEIRA 08/01)

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade

Clenia Emanuela De Sousa Andrade
CRM: 2299840
RUBRICADA: 2299840

Assinatura/Carimbo
Clenia Emanuela De Sousa Andrade

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

PACIENTE:

Dr. Donildo dos Santos Silva Trv-05/10/1991

Qtd.

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

Sala 01

SUS

27 anos

2299840

CIRURGIA

red. e fixação de mandíbula e
zigomático

CIRURGIÃO

Dr. Jussé + Rebeca + Reginaldo + Monueto

ANESTESIA

ANESTESIA

Dr. Izabelle

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Kessia

05/01/21

9:00

10:45

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calei. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calei. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp. propofol	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Morocina	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	01	Mononylon	5.0.
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
02	Fluigel amp.	Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix	4.0.
	Fluocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5	01	acetyl	0.
	Glicose amp.	Oxigênio l/m	01	Tubo Drenado	Nº 7.0
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparina ml	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5	03 elctrodo			
	Agulha p/ raque nº				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS

- | | |
|---|--|
| ☒ Oxímetro de Pulso | ☐ Foco Auxiliar |
| ☐ Serra | ☒ Eletrocautério |
| ☐ Desfibrilador | ☒ Oxícapnógrafo |
| ☒ Foco Frontal | ☒ Cardiomonitor |
| ☐ Fonte de Luz | ☐ Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Dr. Jussé

Médico

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TISSUIMS
Cidade Grande

CIDADE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSE LEVILDO DOS SANTOS SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

PLANT. DE TISSUIMS EXPLS DE PIELA

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLANT. GROSSAS 4,5x40mm		02	
R. CONTS - A			

DATA DE UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÕES

25/12/20
Dr. Agninho Junior
+ Dr. Mateus Pereira

Ex Ambr 45 N. 20

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
COREN-PB 1.115.838-TE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2299840 Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA Idade: 027 Sexo: M
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS Data de Nascimento: 05/10/1993 Admissão: 25/12/2020 DIH - 12
Clínica: ALA NEUROBUJO Enfermaria: 1 Leito: 4 Diagnóstico: FRATURA DE MAXILA

DIA 06/01/2021

MÉDICO(A): Clenia Emanuela De Sousa Andrade /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA PASTOSA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 1FRASCO, 8h/8h	
3	CEFTRIAXONA DISSODICA 1G INTRAVENOSO E.V. 1Frasco/Ampola, 12h/12h 0D/1D	
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
5	DEXAMETASONA 4MG /ML 2,5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	
6	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP, 12h/12h	
7	Diluir em 150 SF	
8	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO	
9	8/8 HORAS, SE NAUSEAS OU VÔMITOS	
10	OMEPRAZOL 20 MG V.O. 1CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
	FISIOTERAPIA MOTORA	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/01/2021 HORA: 06:53:15

#BMF 13º D.I.H.

PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO

NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE

EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO; SUTURA EM SUPERCÍLIO ESQUERDO E VESTÍBULO DE MAXILA BILATERAL; EDEMA PÓS-OPERATÓRIO

EI PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMÁTICO "E" + ARCOZIGOMÁTICO "E" + ESFENOZIGOMÁTICA "E"

EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADRÕES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119 (29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30" (03/01) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DA NORMALIDADE (HB: 11,9; HT: 36); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE

ALTA DA ORTOPEDIA EM 28/12

05/01 - PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: ALTA BMF

ASSINATURA + CARIMBO

Clenia Emanuela De Sousa Andrade





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 06/01/2021

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03

Logado em: Clenia

Emanuela De Sousa Andrade

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Clenia Emanuela De Sousa Andrade

DATA : 06/01/2021

ALA : ALA NEUROBUCO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 06/01/2021

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03

Logado em: Clenia

Emanuela De Sousa Andrade

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Clenia Emanuela De Sousa Andrade

DATA : 06/01/2021

ALA : ALA NEUROBUCO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020 Data da Alta: 06/01/2021

Registro: 2299840

Tempo de Permanência: 18622

Diagnóstico Inicial: FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Diagnóstico Final: FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Data: 05/01/2021

Equipe:

Cirurgião: JOSUEL RAIMUNDO CAVALCANTE JUNIOR

Aux 1: JOSE RICARDO DOS SANTOS S

Aux 2: REBECA VALESKA SOARES

Aux 3: CLENIA EMANUELA

Aux 4:

Anestesista: ISABELE

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): #BMF 13° D.I.H. PACIENTE COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO NEGA ALERGIA OU DOENÇA DE BASE EF: HEMATOMA PERIORBITAL BILATERAL EM REGRESSÃO; HIPOSFAGMA EM AMBOS OS OLHOS; ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS; FERIMENTO EM MUCOSA LABIAL INFERIOR EM CICATRIZAÇÃO; SUTURA EM SUPERCÍLIO ESQUERDO E VESTÍBULO DE MAXILA BILATERAL; EDEMA PÓS-OPERATÓRIO E PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE MAXILA (LE FORT I) + MARGEM INFRAORBITARIAL "E" + FRONTOZIGOMATICO "E" + ARCOZIGOMATICO "E" + ESFENOZIGOMATICA "E" EH: SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES PADROES (HB: 10,2; HT: 28,9); SEM LEUCOCITOSE (9.200); TP 18,1; INR 1,58; CREATININA 0,6; GLICEMIA 119 (29/12) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DOS VALORES (HB: 10,5; HT: 32,0); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE; GLICEMIA: 115; URÉIA: 29; CREATININA: 0,9; TS: 1'30"; TC: 7'30" (03/01) HEMOGRAMA - SÉRIE VERMELHA ABAIXO DA NORMALIDADE (HB: 11,9; HT: 36); AUSÊNCIA DE LEUCOCITOSE ALTA DA ORTOPEDI

Orientações: - EVITAR REALIZAR ESFORÇO FÍSICO; - EVITAR EXPOSIÇÃO AO SOL; - MANTER UMA BOA HIGIENE ORAL; - TOMAR TODAS AS MEDICAÇÕES; - REALIZAR COMPRESSA FRIA NO DIA DE HOJE E AMANHÃ / A PARTIR DO TERCEIRO DIA DA CIRURGIA - REALIZAR COMPRESSA Morna (TODAS AS COMPRESSAS FAZER 03 VEZES AO DIA POR 20 MIN) - RETIRAR OS PONTOS EM FACE APÓS 10 DIAS DA CIRURGIA

Dieta: PASTOSA POR 30 DIAS

Medicações para Casa: - AMOXICILINA - NIMESULIDA - DAPIRONA - CLOREXIDINA PARA BOCHECHO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 06/01/2021

Assinatura/Carimbo
Clénia Emanuela De Sousa Andrade

RESPONSÁVEL: Clénia Emanuela De Sousa Andrade



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 27/12/2020
NOME: Wagner de Melo Falcao



Sua voz é o
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020

Data da Alta: 27/12/2020

Registro: 2299840

Tempo de Permanência: -18622

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ALTA + ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA +
ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 27/12/2020

Dr. Wagner Falcão
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura e Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL: Wagner de Melo Falcao

For cuidados de BMT



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 27/12/2020
NOME : Wagner de Melo Falcão



Santos Silva
PARAÍBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE LENILDO DOS SANTOS SILVA

Data da Internação: 25/12/2020

Data da Alta: 27/12/2020

Registro: 2299840

Tempo de Permanência: -18622

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ALTA + ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES

Condições de Alta: Melhorado

Data: 27/12/2020

Dr. Wagner Falcão
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Tornozelo e Pé
CRM 8543

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcão

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcão

A01 Condado do BMF

