

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.075,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON CABRAL SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00769-2

CONTA: 00001003858-8

Nr. Autenticação

BRADESCO18122018050000000002370076900001003858607500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502295 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON CABRAL SOUSA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com hematoma extra axial, fratura assoalho da órbita direita e fratura de mandíbula, fratura diafisária de úmero direito.

Descrição do exame médico pericial: Capsulite adesiva ombro direito, ao exame do membro superior direito periciado apresenta dificuldade de levar a mão até a boca. Apresenta diminuição da amplitude dos movimentos do membro, em razão da limitação aos movimentos de ombro com diminuição da amplitude dos movimentos, com limitação flexão aos 90° e abdução aos 70°, bem como extensão aos 25°, adução aos 20°, rotação medial 50° e rotação lateral de 50° e do cotovelo em flexão aos 80° e extensão de 90°. Limitação na amplitude de movimento de pronação e supinação aos 50°. Constatada hipotrofia muscular, com consequente redução de força em membro superior direito (força em grau IV). O conjunto das restrições acarreta prejuízo funcional ao membro superior como um todo. Ao exame da estrutura craniofacial, apresenta assimetria do globo ocular direito, retração palpebral direita. Apresenta lesão cicatricial na região. Diminuição da proteção ocular devido a redução do movimento palpebral. O conjunto das lesões acarreta prejuízo ao campo de visão, sem alterações significativas da visão em si. Com relação ao trauma crânio encefálico, apresenta boa evolução após acidente, estando preservadas todas as funções neurológicas plenas. Não apresenta qualquer comprometimento de função vital ou autonômica decorrentes da lesão.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial da lesão, traumatismo crânio encefálico com hematoma extra axial, fratura assoalho da órbita direita e fratura de mandíbula , fratura diafisária de úmero direito, conforme exame documentos de pronto atendimento de 25/12/2017. Com o intuito de reduzir ou curar a lesão, foram realizados os tratamentos cirúrgico, conservador no crânio e fixação com placa e parafusos de úmero direito. Considerando as medidas terapêuticas adotadas, a evolução clínica da lesão apresentou prejuízo do campo de visão direito e alteração de mecanismo escapuloumral, úmero radial e força. Atualmente, o estágio clínico demonstra que a lesão consolidou com sequela, isto é, existe déficit funcional permanente no membro superior direito e na estrutura crânio facial.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta no membro superior direito, em grau médio, devido à alteração de mecanismo escapuloumral, úmero radial e força. Lesão de órgãos e de estruturas craniofaciais, com prejuízo do campo visual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

UF do CRM do médico: CE

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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total		45 %	R\$ 6.075,00	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Henrique Rodrigues Rosito

CRM do médico: 5402

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502295 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON CABRAL SOUSA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (HEMATOMA EXTRA AXIAL).
FRATURA DE OSSOS DA FACE.
FRATURA NA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - ÚMERO DIREITO), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 10/12/2018 - APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

**TERMO DE ENTREGA****PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Conforme processo nº P026402/2018, estamos entregando ao Sr. **Edson Cabral Sousa**, CPF: **889.809.103-63**, cópia do Prontuário de Atendimento realizado pelo SAMU 192 Regional Fortaleza, no dia **25/12/2017**.

Fortaleza, 20 junho de 2018.

Atenciosamente,

LIMA CORRETORA DE SEG. LTDA
24 OUT. 2018


Dr. Francisco Rômulo Sampaio Lira
Coord. do Setor Médico do SAMU 192 Regional Fortaleza.

Nome do solicitante: Edson cabral souza

Assinatura: 

CPF: 889.809.103-63 Data do recebimento: 20/06/18

P.026402/2018



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: N.D.	POINTO DE APOIO: HMFD	Nº DA OCORRÊNCIA: 0906
DATA: 25/12/17	TURNO: MT	EQUIPE: Geovani Pooth e Fabio Célio
NOME: Edson Fabrônio Souza		IDADE: 37 SEXO:
ENDERECO: Av. Fausto Pessôa SN		
REFERÊNCIA: Posto Ipiranga		BAIRRO: Ipiranga
QTY: 3957	QUS: 18.14	OUR: 18:29 QUY: 18:40 QUU: 18:52
NATUREZÀ DA OCORRÊNCIA: Colisão - Moto/Ponto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- RESPONSIVO
 NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- PRESENTE
 AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)

- PRESENTE
 AUSENTE

A

visão direta

 PÉRVEAS OBSTRUÍDAS

POR:

B

respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- EUPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- NORMAL
 ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

- NORMAL
 ALTERADA:

AUSCULTA

- NORMAL
 ALTERADA:

C

circulação

PULSO

- NORMOCÁRDICO CHEIO
 TAQUICÁRDICO FILIFORME
 BRADICÁRDICO IMPALPÁVEL

PELE

- CORADA SUDOREICA
 PÁLIDA SECA
 CIANÓTICA QUENTE
 FRIA

ENCHIMENTO

CAPILAR

- ≤ 2 seg
 > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- SIM
 NÃO

LOCAL:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

D

neuroológico

ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA 4
À VOZ 3
À DOR 2
NENHUMA 1

RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A)/SORRI (P)
CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P)
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P)
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P)

RESPOSTA MOTORA

- OBEDECE A COMANDOS 6
LOCALIZA A DOR 5
MOVIMENTO DE RETIRADA 4
FLEXÃO ANORMAL 3
EXTENSÃO ANORMAL 2
NENHUMA 1

TOTAL: NENHUMA

PUPILAS:

- NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)

- ALTERADAS:

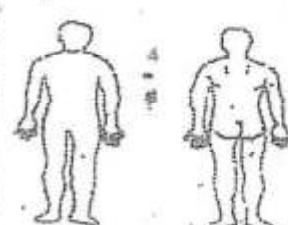
E

osteologia

ADULTO

LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC:	PA: X	FR:	GLIC.:	OXIM.:	TEMP.:
-----	-------	-----	--------	--------	--------

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Pete com fer + edema de face a d +
 fratura fechada aberto, sangramento nasal
 enxauso e desorientado
 Desacompanhado. USA 66

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: JF centro

BOLETIM EMERG:

- LIBERADO RÉCUSA REMOVIDO POR TERCEIROS
 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

Carteira com
 83,00 reais
 7,95 reais

Identidade
 Cart. Funcional
 Várias Cartões

Mochila com
 mochila, perfume,
 Coringa, e outros papéis

LOCAL: JF centro

EM:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

TERMO DE RECUSA

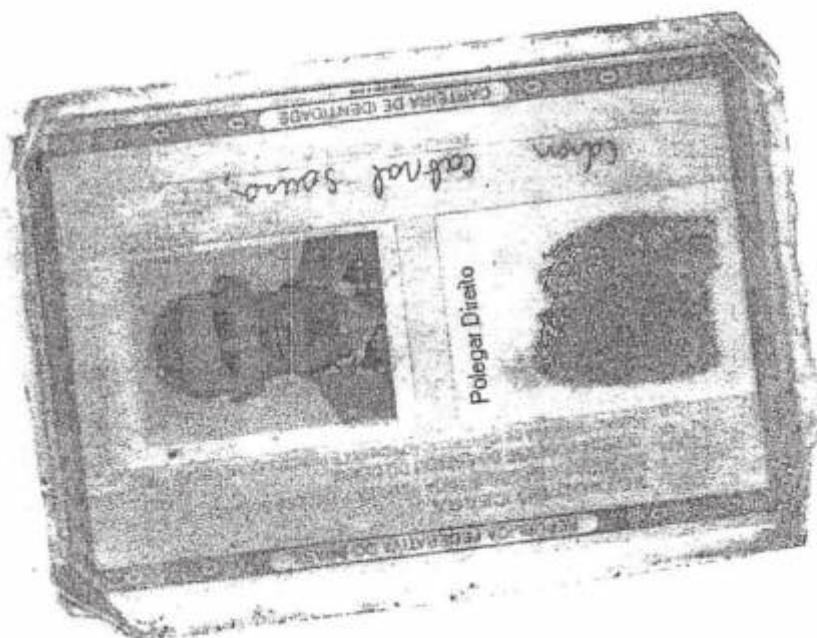
EU,

RG/CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL
3130404050

CPF da Vítima
889809103-63

Nome completo da vítima
Edson Cabral Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Edson Cabral Sousa	CPF titular da conta	889809103-63	Profissão	vigilante	
Endereço	R. Porto Alegre	Número	940	Complemento	Casa A	
Bairro	Henrique Jorge	Cidade	Fatáleza	Estado	CE	
Email					CEP	60510-205
					Telefone (DDD)	(65) 98614-3425

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS.

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0769** D/V **2** CONTA NRO. **1003858** D/V **8**
(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
(Informar dígito se existir)			
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fatáleza, 10 de setembro de 2018

Local e Data

Edson Cabral Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3688 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **22/08/2018 14:20:10**

Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 17:40:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOÃO PESSOA**

Complemento:

Bairro: **DAMAS**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **POSTO IPIRANGA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDSON CABRAL SOUSA**

Nascimento: **19/08/1980** CPF: **889.809.103-63**

RG: **96002231721** Orgão Emissor: **SSP CE**

UF:

Filiação: **MARIA CABRAL SOUSA**

FRANCISCO DE FREITAS SOUSA

Endereço: **RUA PORTO ALEGRE, 940 CASA A**

Bairro: **HENRIQUE JORGE**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.510-205**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98953-4303**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMD5492** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2KC2200GR502575 Renavam: **1087730675** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano

Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **DAVID RANGEL GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA DE SUA CASA PARA O SEU TRABALHO PILOTANDO A MOTO DE PLACA PMD-5492 NA AV. JOÃO PESSOA QUE A VITIMA ESTAVA PARADO EM UM SEMÁFORO VERMELHO QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////

OBS:COMUNICAÇÃO Falsa É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Edson cabral souza*

VISTO DO DELEGADO(A) :

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

04 SET. 2018

**DOCUMENTO
ORIGINAL**



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE eSUS
 HOSPITALAR

Emitido em: 02/02/2018 14:56:13

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento
Emergencial**
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 25/12/2017 18:23:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 705003885356657	NOME: EDSON CABRAL SOUSA			Registro: 5543097	
CPF: 88980910363	RG: 389092126	D. NASC: 19/08/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA		NOME DO PAI: FRANCISCO DE FREITAS SOUSA			

TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDERECO DO PACIENTE: MARIA DE NAZARE	Nº: 09	BAIRRO: NOVO MARACANAU
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32153200	MUNICÍPIO: MARACANAU	UF: CE CEP: 61905440

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: USB. 01 USA. 66 CONDUTOR: FRANCISCO JOSE	PARENTESCO:	TELEFONE:
--	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta			
---	--	--	--

QUEIXAS: COLISAO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAJMA NA CABEÇA + DESORIENTAÇÃO + FRATURA DE MANDIBULA + AVULSAO DENTAL + RINORRAGIA			
--	--	--	--

OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA			
---	--	--	--

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA
-----------------------------------	---------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:		
-------------------------------	--	--

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

*SERVICIO DE PROTOCOLO - 101
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 02/02/2018
MATRICULA 13206
Setor: Domus AD*

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

Setor: Domus AD

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE eSUS
 HOSPITALAR

Emitido em: 02/02/2018 14:56:13

Por: EDUARDO MOREIRA

**Registro de Atendimento
Emergencial**
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 25/12/2017 18:23:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 705003885356657	NOME: EDSON CABRAL SOUSA			Registro: 5543097	
CPF: 88980910363	RG: 389092126	D. NASC: 19/08/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA CABRAL SOUSA		NOME DO PAI: FRANCISCO DE FREITAS SOUSA			

TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDERECO DO PACIENTE: MARIA DE NAZARE	Nº: 09	BAIRRO: NOVO MARACANAU
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32153200	MUNICÍPIO: MARACANAU	UF: CE CEP: 61905440

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: USB. 01 USA. 66 CONDUTOR: FRANCISCO JOSE	PARENTESCO:	TELEFONE:
--	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta			
---	--	--	--

QUEIXAS: COLISAO MOTO/POSTE APRESENTANDO TRAJMA NA CABEÇA + DESORIENTAÇÃO + FRATURA DE MANDIBULA + AVULSAO DENTAL + RINORRAGIA			
--	--	--	--

OBSERVAÇÕES: TCE/ALTERAÇÃO DE CONSCIENCIA			
---	--	--	--

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: LARANJA
-----------------------------------	---------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:			
-------------------------------	--	--	--

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese: *SERVICO DE PROTOCOLO - 101*

Exame Físico: *RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS*

Conduta: *DATA 02/02/2018 MATERICULA 13206 Sel. Domus AD*

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO: *Edmundo*

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
04 SET. 2018