

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/07/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03281

CONTA: 000000009609-0

Nr. da Autenticação 3165D981BC173740

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2011/212999**
Vítima: **LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA**
Local: **CE-CAUCAIA**
Data do Acidente: **08/01/2011**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA)
TRAUMATISMO TORÁCICO ESQUERDO (HEMOTÓRAX A ESQUERDA)
CONTUSÃO EM MÃO ESQUERDA**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO NEURO CLÍNICA NO HOSPITAL INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA DE FORTALEZA POR 07 DIAS E HOSPITAL BATISTA MEMORIAL POR 14 DIAS. REFERE CEFALÉIA E TONTURA PÓS-TRAUMÁTICA.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

PERICIANDO APRESENTA-SE CALMO AO EXAME, COOPERATIVO, LEVEMENTE DESORIENTADO NO TEMPO, ORIENTADO NO ESPAÇO, COM DÉFICIT DE CONCENTRAÇÃO LEVE, ATENÇÃO PRESERVADA, SEM PERDA DE MEMÓRIA PASSADA, MEMÓRIA RECENTE E IMEDIATA LEVEMENTE ALTERADA, DÉFICIT DE EQUILÍBRIO COM TONTURA ROTATÓRIA, CEFALÉIA PÓS-TRAUMÁTICA, MOPNOPARESIA EM MÃO ESQUERDA DE GRAU MODERADO (SINAL DE FROMEL POSITIVO), MARCHA NORMAL.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒

Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

DEBILIDADE PERMANENTE DAS FUNÇÕES NEUROLÓGICAS (COGNITIVAS, NEUROSSENSORIAIS E MOTORAS).

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - CAUCAIA, 28/06/2011

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR CRM: 6302/CE

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890/RJ

Dra. Dorez M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dorez Mendes

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011212999**Cidade:** FORTALEZA**Natureza:** Invalidez**Vítima:** LUIZ ALESSANDRO
SOUZA DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 08/01/2011**Emissor do parecer:** Jessica de
Oliveira Vidal**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS
S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços**CRM do médico:** 6302

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA) TRAUMATISMO TORÁCICO ESQUERDO
(HEMOTÓRAX A ESQUERDA) CONTUSÃO EM MÃO ESQUERDA**Descrição do
exame médico
pericial:****Resultados
terapêuticos:****Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.**Sequelas :** Não definido**Data da perícia:** 28/06/2011**Conduta mantida:** Não**Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR**UF do CRM do
médico:** CE

DANOS

Dano

Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante

% Dimensão Graduação

100 1 50

Valor avaliado: 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2011212999**Cidade:** FORTALEZA**Natureza:** Invalidez**Vítima:** LUIZ ALESSANDRO
SOUZA DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 08/01/2011**Emissor do
parecer:** José Artur
Fialho
Amorim**Seguradora:** FEDERAL DE
SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS
LT**CRM do médico:** 314742

PARECER

Data da análise: 21/06/2011**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** POLITRAUMATISMO TCE**Resultados
terapêuticos:****Sequelas
permanentes:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL**Sequelas:** Sem sequela**Conduta mantida:** Não**Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARTUR**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**Data / Hora da Comunicação: **24/05/2011 16:53:36**Data / Hora da Ocorrência : **08/01/2011 21:40:28**Endereço da Ocorrência: **R GONÇALVES LEO****CENTRO FORTALEZA /CE**Ponto de Referência: **ESQ COM PADRE VALDEVINO**

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA**Nascimento : **01/12/1984**RG: **2000010368613** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:Filiação: **LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA****KATIA SOUZA DE OLIVEIRA**Endereço: **R 329 82****METROPOLE 61600000****CAUCAIA CE BRASIL**

Telefone:

Nome: **LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA**Nascimento : **10/03/1987**RG: **2003028035122** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:Filiação: **CARLOS ROBERTO ALEXANDRE DE SOUSA****MARIA LUCIA ALEXANDRE DE SOUSA**Endereço: **R 329 CASA 82****NOVA METRÓPOLE****CAUCAIA CE BRASIL**Telefone: **3213 5220****Histórico**

Afirma a primeira vítima que na data, hora e local supra mencionados, pilotava a moto de Placa HXH5742, Chassi n°9C2KC08506R816222, Renavam 877506817, Marca HONDA/CG 150 TITAN ES, de Cor VERMELHA Ano Fabric/Modelo 2005/2006, conduzindo LILIAN ALEXANDRE DE SOUSA, quando o veículo de marca BESTA, placa não identificada, conduzido por bandidos, os quais, trocando tiros com policiais e fugindo ao cerco policial, colidiram com a moto que o declarante conduzia, tendo ambos caído, sendo socorridos por ambulância ao IIF Centro, onde permaneceram internados. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****MATRÍCULA: 19758419****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A):**

Vitória de Jesus S. Oliveira
Escrivão de Polícia Civil
197584-1-9

Luz Alessandro Souza de Oliveira

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
1004039



DATA

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO -
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -**

Nº DO SINISTRO

EU, Luiz Alessandro Souza de Oliveira PORTADOR (A) DO
RG Nº 2800010368613 EXPEDIDO POR SSPCE EM 28/10/2000,
CPF/CNPJ 012591353-33 PROFISSÃO Estudante E RENDA
MENSAL DE nao declarou NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE A INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA
VÍTIMA Luiz Alessandro Souza de Oliveira AUTORIZO QUE SEJA
EFETUADO O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA.

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº DO BANCO: _____ Nº DA AGÊNCIA _____ Nº CONTA CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº DO BANCO: 237 Nº AGÊNCIA _____ Nº CONTA POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº DO BANCO: 001 Nº AGÊNCIA _____ Nº CONTA POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº DO BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ Nº CONTA POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº DO BANCO 104 Nº AGÊNCIA 3281 Nº CONTA POUPANÇA 9609-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ
EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO
COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO
QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Caucaia DATA 13/05/2011

Luiz Alessandro Souza de Oliveira
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A)/BENEFICIÁRIO(A).

OUTROS
1004054

ntas
de corretor Home Busca rápida Produtos e serviços Fale conosco
rretor

Conheça o Seguro DPVAT

- » O que é
- » Quem pode usar
- » Quem deve pagar
- » Informações gerais
- » Leis e Resoluções

Serviços do Seguro DPVAT

- » Saiba como solicitar a indenização
- » Imprima formulários úteis
- » Saiba quanto pagar
- » Tire sua guia de pagamento
- » Exclusivo para corretores

SAIBA SE O SEU DPVAT ESTÁ EM DIA

Exercício: 2008

Placa: HXH5742 UF: CE

Chassi: 9C2KC08506R816222

Renavam: 877506817

Banco: 104

Data Proc.: 18/04/2008 Data Pag.: 09/04/2008

Proprietário: ALMIR DA SILVA BRANDAO

Exercício: 2009

Placa: HXH5742 UF: CE

Chassi: 9C2KC08506R816222

Renavam: 877506817

Banco: 104

Data Proc.: 09/04/2009 Data Pag.: 02/04/2009

Proprietário: MANOEL MARFIM RIBEIRO FILHO

Exercício: 2010

Placa: HXH5742 UF: CE

Chassi: 9C2KC08506R816222

Renavam: 877506817

Banco: 237

Data Proc.: 20/08/2010 Data Pag.: 26/05/2010

Proprietário: LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

[» voltar](#)

Copyright 2010 - Seguro DPVAT - Todos os direitos reservados - créditos

Luiz Alessandro Souza de Oliveira

ASSINATURA CO-TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL E0000010368643

DATA DE
EXPEDICAO 28/7/2000

NOME LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA E KATIA SOUZA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

FORTALEZA-CE

1/12/1984

DOO ORIGEM CERT. NASC. 89954 L A.76 F

204 V 2 ZONA/FORTALEZA/CE

CPF

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

012.571.353-33

LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

01/12/1984

4006.6755

4006.6728



Tel. contato

051 00001279

C 06 22:15 C 21 22:25 C 29 - C 22 - C 23 22:30

1. DATA 08/01/11 2. ENDEREÇO R. Gonçalves Leão 9 de Valdeirino

3. REFERÊNCIA 4. SEXO 5. IDADE 6. BAIRRO

7. NOME

8. C. EXTERNAS

8.1 ☐ Atropelamento 8.9 ☐ F. Lacero-contuso 9.1 ☐ Dor intensa 10.1 ☐ Aborto

8.2 ☐ Capotamento 8.10 ☐ FAD 9.2 ☐ Dispneia 10.2 ☐ STV

8.3 ☐ Queda 8.11 ☐ FAF 9.3 ☐ Mal Súbito 10.3 ☐ Parto

8.4 ☐ Queda de bicicleta 8.12 ☐ Tent. Suicídio 9.4 ☐ Convulsão 10.4 ☐ Complic. Pós Parto

8.5 ☐ Queda de moto 8.13 ☐ Choque Elétrico 9.5 ☐ AVC 10.5 ☐ Outros

8.6 ☐ Queda 8.14 ☐ Queimadura 9.6 ☐ Vômitos 11.1 ☐ Crises

8.7 ☐ Agressão física 8.15 ☐ Afogamento 9.7 ☐ Hipertensão 11.2 ☐ Transfêrências

8.8 ☐ Intox/Envenenamento

9. C. CLÍNICAS 10. C. OBSTÉTRICAS

12. AVALIAÇÃO INICIAL

A - VIAS AÉREAS ☐ Pêrvias ☐ Obstruídas

B - RESPIRAÇÃO / VENTILAÇÃO

C - CIRCULAÇÃO

Pele é ☐ Rosada ☐ Pálida ☐ Cianótica

Mucosas ☐ Úmidas ☐ Secas ☐ Ictéricas

Pulso ☐ Normal ☐ Ausente

Sangramento Externo ☐ Filiforme ☐ Irregular

P. Arterial Pulso F. Resp. As O.C.

13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVON

☐ Alerta ☐ Responde a Estímulos Dolorosos

☐ Responde a estímulos verbais ☐ Nenhuma Resposta

14. ESCALA DE GLASGOW

15. ESCALA DE TRAUMA

16. PRINCIPAIS LESÕES

☐ Laceração ☐ Deformidade ☐ Edema

☐ Abrasão ☐ Fratura Aberta ☐ Amputação

☐ Hematoma ☐ FAF ☐ Avulsão

☐ Contusão ☐ FAF ☐ Dor

☐ Queimadura

Obs:

17. SINAIS / SINTOMAS QUEIXAS

1 ☐ Anúria 12 ☐ Hipertensão 23 ☐ FAD

2 ☐ Azúria 13 ☐ Hipotensão 24 ☐ Surdidade

3 ☐ Agitação 14 ☐ Hipoxia 25 ☐ Sialorreia

4 ☐ Bradicardia 15 ☐ Hipotermia 26 ☐ Taquicardia

5 ☐ Bradipneia 16 ☐ Hipoglicemia 27 ☐ Taquipneia

6 ☐ Choro 17 ☐ Hipertermia 28 ☐ Otorréia

7 ☐ Cianótico 18 ☐ Náusea / Vômitos 29 ☐ Rinorréia

8 ☐ Café/á 19 ☐ Pupilas Foto Reagentes e Isocóricas 30 ☐ Parálise

9 ☐ Dispneia 20 ☐ Pupilas Mioticas

10 ☐ Dor 21 ☐ Pupilas Midríaticas

11 ☐ Hálito Fétido 22 ☐ Pupilas Anisocóricas

15 ☐ Hemostasia por compressão

16 ☐ Colar Cervical

17 ☐ KED

18 ☐ Imobilização de Membros

19 ☐ Prancha Longa

20 ☐ Ventilação Mecânica

21 ☐ Intubação

22 ☐ Limpeza de Ferida com Soro Fisiológico

23 ☐ Massagem Cardíaca Externa

24 ☐ Monitorização Cardíaca

25 ☐ Oximetria de Pulso

26 ☐ Punção Venosa

27 ☐ Punção Intra-Óssea

28 ☐ Ventilação com Válvula de Demanda

29 ☐ Ventilação Boca-Máscara

30 ☐ Ventilação com ressuscitador Manual

19. HISTÓRIA "AMPLA"

1. ☐ Alergia

2. ☐ Medicacões

3. ☐ Doenças

4. ☐ Última Ração

5. ☐ Ambiente

20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

1. Drogas 2. Quantidade 3. Via 4. SC 5. SL 6. VO 7. ID 1. SOLUÇÃO

1.1 2.1 1.1

1.2 2.2 1.2

1.3 2.3 1.3

1.4 2.4 1.4

1.5 2.5 1.5

22. OBITO

1. ☐ Óbito no local 23. DESTINO 1. ☐ Liberação 3. ☐ Recusa

2. ☐ Óbito durante o Transporte 24. CLIENTE ACOMPANHADO 4. ☐ Hospital

25. OBSERVAÇÕES

Abordagem da USR 57, paciente já admitido ao IFC centro, encaminhado para a sala de chegada da UTI

26. ASSINATURAS

Enfermeiro(a) / COREN-CE Médico / CRM

Auxiliar de Enfermagem Socorrista

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HOSPITAL

Prontuario: 258295 LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA

Data Nascimento: 01/12/1984 Idade: 26 anos

Sexo: Masculino

Pai: LUZIALDO DE OLIVEIRA COSTA

Mae: MARIA SOUZA OLIVEIRA

Data Atendimento: 8/01/2011 Hora Atendimento: 22:33 BE: 3963548

Data Internacao: 9/01/2011 Hora Internacao: 12:01 Internacao: 000438/11

Data Saida: 14/01/2011 Hora Saida: 14:20

Medico: CRM 2859 ANTONIO GOMES FILHO

ALTA - MELHORADO

Motivo: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMATISMO CRANIO
ENCEFALICO E TORACICO. RX DE TORAX EVIDENCIOU PNEUMOTORAX A
ESQUERDA QUE FOI TRATADO COM TORACOTOMIA FECHADA EM SELO D"
AGUA. TC DE CRANIO REVELOU HEMORRAGIA SUBARACHNOIDE SENDO TRA-
TADO CONSERVADORAMENTE. RECEBEU ALTA CLINICAMENTE BEM.
"DECLARACAO DIGITADA EM 24.02.2011(G/V).

Medico Responsavel pelas Informacoes
Contidas no Prontuario/BE

Ass do Paciente ou Responsavel

2998
José Mauro M. Gifon
Cl. Médico- Anestesiologista
CREMEC 2998

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

EMITIDO EM: 08/01/201
HORÁRIO: 22:35

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE		Nº REGISTRO	
LUIS ALEANDRO SOUSA DE OLIVEIRA		3943548	
TIPO DOCUMENTO	Nº DOCUMENTO	DATA DE NASCIMENTO	SEXO
OUTROS	0	08/01/201	MASC
RAÇA / COR		TELEFONE DE CONTATO	
NÃO TIPO		(08)	
NOME DA MÃE		TELEFONE DE CONTATO	
NI			
NOME DO RESPONSÁVEL		TELEFONE DE CONTATO	
SAMU USB 57 - PACI S/ DOC.			
ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO)		TELEFONE DE CONTATO	
DC/R. GONCALVES LEO C/ PADRE VALDEVINO O. ADEUTA			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	CÓDIGO IBGE	UF	CEP
FORTALEZA		CE	

Ocorrência

LOCAL	☐ RESIDÊNCIA	☐ INST. ENSINO	☐ TRABALHO	☐ ÁREA PÚBLICA (Especificar)
AMBULANCIA/ORIGEM:	ACIDENTE / VEICULO:	PLACA:	HORA:	CONDUTOR:
LOCAL ACIDENTE:	MUNIC. OCORRÊNCIA	CÓD. IBGE		

Tipo do Atendimento

- | | | | | | |
|----------------|--------------------|-------------------|------------------------------|----------|-------------|
| 1 - ADULTO | 3 - TRAUMATOLÓGICO | 5 - OFTALMOLÓGICO | 7 - ENDOSCÓPICO RESPIRATÓRIO | 9 - SPA | 11 - CEATOX |
| 2 - PEDIÁTRICO | 4 - OTORRINO | 6 - ODONTOLÓGICO | 8 - ENDOSCÓPICO DIGESTIVO | 10 - CTQ | |

Motivo do Atendimento

CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO
---------------	----------------

Atendimento Médico

ANAMNESE		
Vítima de acidente de moto com perda da consciência ao Exame - Torções. Escorregões no Abdomen. Ferimentos lacer - contusos na região frontal.		
DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	CID
Politraumatismo + TCE.		
SADT SOLICITADOS		
☐ HC ☐ SU ☐ PCR ☒ US ABDOMINAL ☒ TC CRÂNIO ☒ RAIO - X ☐ OUTROS		
CONDUTA		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE		

Parecer Médico 1

ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE
Neuro.	1 / 1 às h	
EXAME CLÍNICO		
Paciente ale não e/ TCE.		
DIAGNÓSTICO		
TCE	CÓDIGO	CID
CONDUTA	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
Hospitalização		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
08/01/11 às 04h50.		

ARQUIVO GERAL I.J.F
ESTA CÓPIA CONFERE
COM A ORIGINAL
DATA 04/03/11
Flammar

Parecer Médico 2

ESPECIALIDADE Cin. Geral	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE
EXAME CLÍNICO Paciente com colúmbio mudo e lesão vulvar at + ct. No momento estável hemodinamicamente AD-3/RM-6/EX-2/EC6-11. Apresenta lesão porlo-contus em região frontal, temporária e nova		
DIAGNÓSTICO Colúmbio at + ct	CÓDIGO 0801208-3	CID
CONDUTA Soluções (Alta da cin geral)		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO 09/01/11 às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Parecer Médico 3

ESPECIALIDADE	DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE
EXAME CLÍNICO		
DIAGNÓSTICO		
CÓDIGO		
CID		
CONDUTA		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO / / às h	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Prescrição Ambulatorial

PRESCRIÇÃO MÉDICA	08/01/2011 (08h35min)	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
① SRL - 2.000mmHg, EV, 42 gotas/min			800 500 500.500
② Provisão de medicação			
③ Depressão (2.18) AD tr. v. g. r. 08:30			

Tipo de Alta/Saída

☐ DECISÃO MÉDICA	☐ A PEDIDO	☐ EVASÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA	HORA
☒ TRANSFERÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO	☐ ÓBITO			

Internação

Nº DO PRONTUÁRIO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA	HORA

Óbito

ANTES DOS PRIMEIROS SOCORROS? ☐ SIM ☐ NÃO	CARIMBO / ASS. MÉDICO ASSISTENTE	DATA ÓBITO	HORA
OBSERVAÇÃO			

DESTINO DO CORPO: ☐ IMI ☐ SVO ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA (Assinatura do Responsável)



Dr. Cláudio César Rodrigues Castro

TRAUMATOLOGIA • ORTOPEDIA • CRM 5809

Av.: 13 de Maio, 1189 - Bairro de Fátima - Fortaleza - Ceará

Fones: (85) 3304.7474 / Cel.: (85) 9619.1866

Atestado Médico

Ato to qm Luiz
Alexandre e seu filho
Othume, apresenta dor
na parte superior e
inferior (artroses
por traumatismo). Vem
realizando tratamento,
devido a dor, afetando
o trabalho por muito
tempo. CID: M25.5

Dr. Cláudio César R. Castro

Fortaleza
16/04/11

ATESTADO

Atesto e declaro que **LUIZ ALESSANDRO SOUZA DE OLIVEIRA**, deu entrada neste Hospital no dia 14/01/2011, com **Prontuário nº 141.791**, internado com laudo médico de **POLITRAUMATISMO: TRAUMA CRANIOENCEFALICO (CID.: S06.2) E TRAUMA TORACICO (CID.: S20/S29)**; submetido a tratamento de drenagem torácica e acompanhamento por neurocirurgião; recebendo alta hospital no dia 27/01/2011. O paciente encontra-se em tratamento ambulatorial e incapacitado de exercer suas atividades com previsão de **(90) noventa** dias. O paciente foi atendido pelo Sistema único de Saúde (SUS) sem ônus para o paciente ou para qualquer outro convênio ou seguro.

Fortaleza, 24 de 02 de 2011.


Antonio Gomes Filho
Neurocirurgia
CRM 2859

ANTONIO GOMES FILHO
NEUROCIRURGIA
CRM 2859 CPF 057692543-03

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Nº. DO SINISTRO:

Luiz Alessandro Souza de Oliveira

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 08.01.2011

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 08.01.2011

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Gustavo Adolfo Pereira de Sá Junior - CRM 632

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

- Traumatismo crânio-encefálico
- Fratura comissura em ungueado

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS / DATAS:

Clinico () Cirurgico () Plástica reparadora () Neurológico (X) Neurocirúrgico () Buco-maxilo-facial ()

Fixação externa () Osteossíntese () Fixação Maxilo-mandibular () Conservador (X)

Complementar com: () Aparelho gessado () Tala gessada () Colete tensor tipo 8 () Colete tensor torácico ()

Imobilização: tábua () Imobilização por Aladura () Imobilização no Leito () Fisioterapia: SIM (X) NÃO ()

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? NÃO (X) SIM ()
CASO POSITIVO, DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL

(Especificar o segmento ou órgão atingido)... O grau de incapacidade está quantificado conforme o grau de comprometimento físico e funcional do segmento ou órgão comprometido, e descrito detalhadamente... no verso

1º DEBILIDADE FUNCIONAL PERMANENTE EM MIA CRÂNIO DE 25%
2º
3º
4º CEFALÉIA PÓS-TRAUMÁTICA
5º

AFIRMO QUE AVALIEI () A VÍTIMA (), E QUE AS RESPOSTAS ACIMA DADAS SÃO VERDADEIRAS.

Código de Autenticação

Gustavo Adolfo Pereira de Sá Junior
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 6302

Fantaleza
MUNICÍPIO

26.05.2011
DATA

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Fantaleza
MUNICÍPIO

26.05.2011
DATA

Luiz Alessandro Souza de Oliveira
ASSINATURA DA VÍTIMA

10

10

1

2-28

100

50

1

— ୭୭ —

1

—

Ita:

1

—



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu Luiz Alessandro Souza de Oliveira

brasileiro, casado, estofador, carteira de identidade

nº 2000010368613, C.P.F. nº 012571353-33, capaz

residente e domiciliada na rua: 329 casa Nº 82

Bairro: metropole cidade: caucaia - CE,

Cep: 61600-000. Forneço os dados pessoais, para a

seguradora conveniada DPVAT FENASEG.

caucaia - CE, 13 de Maio de 20 11

Luiz Alessandro Souza de Oliveira

Telefone

(85) 99890779

(85) 87212741

Celso Ribeiro.

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO
1004030



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, e a requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 FORTALEZA prestou atendimento ao Sr. Luiz Alessandro Souza de Oliveira no dia 08/01/2011 às 22h25min. na Rua Gonçalves Ledo com Rua Padre Valdevino, Bairro Aldeota. Paciente vítima de urgência traumática, sendo provável vítima de colisão carro /moto. Paciente foi atendido no local e removido ao hospital Doutor José Frota- Centro.

Fortaleza, 01 de março de 2011.

Atenciosamente,

p/p *Freibouças*
Claudio Roberto Freire de Azevedo
Coordenador do Núcleo de Ensino e Pesquisa
Serviço de Arquivo Médico
SAMU 192 FORTALEZA

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML
1004029



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
RUA JOSÉ MATIAS DE BRITO, S/N, ITAMBÉ

DECLARAÇÃO

JARBAS BAUER ALMEIDA DE AZEVEDO, Escrivão de Polícia Civil, lotado na Delegacia Metropolitana de Caucaia, no uso de suas atribuições legais, etc

DECLARA, para os devidos fins, que neste município de Caucaia/CE, **NÃO** existe Instituto Médico Legal (IML). Cartório da Delegacia Metropolitana de Caucaia, em 24 de setembro de 2010.//

Jarbas Bauer A. de Azevedo
Jarbas Bauer A. de Azevedo
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.621-1-3

