

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: **3170390744** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data local do exame: [**20/11/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE + FRATURA DE CLAVÍCULA EM 06/05/2017. PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. PACIENTE COMPARECE PELA TERCEIRA VEZ (REFERE QUE NÃO CONSEGUE MAIS TRABALHAR POIS TRABALHA COM MOTO E TODA VEZ QUE SOBE EM CIMA DA MOTO, O MESMO CAI DEVIDO TONTURAS "sic") AO EXAME: ROMBERG NEGATIVO, AUSÊNCIA DE NISTAGMO, TESTES DE PRÓPRIOCEPÇÃO APENDICULAR PRESERVADOS. APRESENTA NO ENTANTO LESÃO DE MASTOIDE À ESQUERDA QUE PODE CAUSAR TONTURAS SEQUELARES. APRESENTA TAMBÉM DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL SECUNDÁRIO LESÕES ENCEFÁLICAS DO TRAUMA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE. NO MOMENTO COM APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO RESIDUAL. REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

BRAÇO ESQUERDO: LESÃO DE TERÇO MÉDIO DE CLAVÍCULA E DE PLEXO BRAQUIAL CRÂNIO-FACIAL: TONTURAS (FRATURA MASTOIDE) + DÉFICIT COGNITIVO (LESÕES ENCEFÁLICAS - LAD)

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
BRAÇO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
CRÂNIO-FACIAL

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Elton P. S. Bezerra

Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: **3170390744** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **545792**

Data local do exame: [**19/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **traumatismo cranio encefalico com hemorragia subaracnoidea fratura de clavícula esq. paciente com bom estado geral,consciente,orientado auto e alopsiquicamente;sem deficit de marcha normal,sem deficit da fala;sem deficits cognitivos;bom trofismo muscular em ombro esquerdo,arco de movimento do ombro esquerdo completo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

paciente relata ter sofrido acidente de transito em 06/05/17;foi submetido a tratamento conservador de traumatismo cranio encefalico e tratamento conservador de fratura de clavícula esquerda.evluindo com bom estado geral,força muscular preservada;sem deficit da marcha e fala;sem deficit cognitivo.arco de movimento do ombro esq completo;bom trofismo muscular do membro superior esq.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

refere cefaleia e tontura ocasionais.



Raphael Neves Bona - CRM: 2485 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO .

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA AUDIÇÃO ORELHA ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DANO NEUROLÓGICO (25%), LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO (22%), LIMITAÇÃO DA AUDIÇÃO ORELHA ESQUERDA (12,5%), LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (10%)

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DAS PERÍCIAS MÉDICAS PRESENCIAIS REALIZADAS NAS SEGUINTE DATAS:

28/07/2017;
04/09/2017;
23/10/2017;
20/11/2017;
19/01/2018;
28/03/2018;
07/05/2018;
26/07/2018;

EVIDENCIAMOS QUE AS SEQUELAS JÁ FORAM INDENIZADAS 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: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do acidente: 06/05/2017

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com HSA, contusão hemorrágica temporal a D, Fratura parieto temporal a E até mastoide, fratura do arco zigomático E
Fratura da clavícula E

Descrição do exame médico pericial: Ombro esq: flexão, elevação e abdução de 100°. Sem limitação na rotação. Sem alteração na marcha e fala. Abertura bucal normal. Sem déficit cognitivo. Sem alterações nos demais membros.

Resultados terapêuticos: Observação clínica em ambiente hospitalar por 5 dias. Uso de tipoia em membros superior esquerdo por 60 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/10/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima já indenizada em 10% de 70% do MSE, 10% de 100% SNC e 25% de 25% da audição a E, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante.
Indenização em grau médio do ombro devido a limitação da flexão, elevação e abdução de 100 graus.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Goncalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: PI

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 dos ombros	25 %	Em grau residual - 22 %	5,5%	R\$ 742,50
Total			5,5 %	R\$ 742,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: **3170390744** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data local do exame: [**04/09/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s).
TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE + FRATURA DE CLAVÍCULA EM 06/05/2017. PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA TERÇO MÉDIO CLAVÍCULA ESQUERDA REFERE ESQUECIMENTOS E TONTURAS APRESENTA DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MSE RESIDUAL REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL HIPOACUSIA À ESQUERDA MONOPARESIA RESIDUAL EM MSE

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
COGNICÃO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
BRAÇO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
OÚVIDO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO PRÉVIA: PACIENTE COM NOVO RELATO DE ESQUECIMENTOS, ISSO EM ASSOCIAÇÃO COM LESÕES ENCEFÁLICAS DEMONSTRAM DÉFICIT EM MEMÓRIA (COGNICÃO) RESIDUAL DÉFICIT MOTOR EM MSE MANTIDO RESIDUAL HOUE APARENTE MELHORA DE HIPOACUSIA AO EXAME FÍSICO, AGORA RESIDUAL (FATO NORMAL À HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA)

Elton P. S. Bezerra

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170390744**

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data e local do acidente: [**06/05/2017**] **AV: CASTELO DO PIAUI- TERESINA-PI**

Data e local do exame: [**07/05/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÃO NEUROLÓGICA

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do acidente: 06/05/2017

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE + FRATURA DE CLAVÍCULA EM 06/05/2017

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA TERÇO MÉDIO CLAVÍCULA ESQUERDA. HIPOACUSIA RESIDUAL A ESQUERDA. REFERE ESQUECIMENTOS E TONTURAS. APRESENTA DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL .

Resultados terapêuticos: PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE. APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MSE RESIDUAL REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS.

Sequelas permanentes: Perda parcial da acuidade auditiva à esquerda, Dano cognitivo residual, Limitação funcional residual do membro superior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida: Não

Observações: EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO PRÉVIA: PACIENTE COM NOVO RELATO DE ESQUECIMENTOS, ISSO EM ASSOCIAÇÃO COM LESÕES ENCEFÁLICAS DEMONSTRAM DÉFICIT EM MEMÓRIA (COGNIÇÃO) RESIDUAL DÉFICIT MOTOR EM MSE MANTIDO RESIDUAL. HOVE APARENTE MELHORA DE HIPOACUSIA AO EXAME FÍSICO, AGORA RESIDUAL (FATO NORMAL À HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA).
Indenização em grau residual da função neurológica devido ao déficit residual da cognição.
Vítima já indenizada em 10% de 70% do MSE e 25% de 25% da audição a esquerda, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: **3170390744** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **545792**

Data local do exame: [**28/07/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
POLITRAUMA CURSANDO COM TCE LEVE E FX CLAVÍCULA E E PLEXO BRAQUIAL E. GLASGOW 15 E EM BEG LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL E SECUNDÁRIA FX CLAVÍCULA COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS RESIDUAIS HIPOACUSIA EM OUVIDO ESQUERDO SECUNDÁRIA FRATURA MASTOIDE DESSE MESMO LADO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ADMITIDO EM GLASGOW 14 EM 06/07/2017 COM HSA TRAUMÁTICA E FRATURAS ACIMA CITADAS. SUBMETIDO À CONDUTA CONSERVADORA SEM DÉFICIT COGNITIVO APARENTE NO MOMENTO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL E SECUNDÁRIA FX CLAVÍCULA COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS RESIDUAIS HIPOACUSIA EM OUVIDO ESQUERDO SECUNDÁRIA FRATURA MASTOIDE DESSE MESMO LADO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
BRAÇO ESQUERDO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
OUVIDO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do acidente: 06/05/2017

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE, COM DIMINUIÇÃO DISCRETA DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(3CM). NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO (ADM EM 100°), ELEVÇÃO(120°) E ADUÇÃO(20°) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau leve, Limitação funcional do ombro esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Indenização em grau leve da função neurológica devido a presença de cefaléia e tontura persistente, discreta limitação da abertura da boca. Indenização em grau médio do ombro E devido a limitação da abdução de 100 graus e elevação de 120 graus. Quadros estabelecidos. Vítima já indenizada em 25% de 100% SNC, 25% de 25% audição, 50% de 25% do ombro, portanto, nada a acrescentar ao indenizado.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico residual, Limitação funcional do ombro esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima já indenizada em 25% de 100% da SNC, 25% de 25% da audição, 50% de 25% do ombro, portanto, nada a acrescentar ao indenizado.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO (ADM EM 100°), ELEVAÇÃO (120°) E ADUÇÃO (20°) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico em grau residual, Limitação funcional do ombro esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/03/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Vítima já indenizada em 25% de 100% SNC, 25% de 25% da audição, 50% de 25% do ombro, portanto, nada a acrescentar ao indenizado. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do acidente: 06/05/2017

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com hemorragia subaracnoidea
Fratura da clavícula esquerda

Descrição do exame médico pericial: Paciente com bom estado geral, consciente, orientado auto e alopsiquicamente; sem déficit de marcha normal, sem déficit da fala; sem déficits cognitivos; bom trofismo muscular em ombro esquerdo, arco de movimento do ombro esquerdo completo.

Resultados terapêuticos: Paciente relata ter sofrido acidente de trânsito em 06/05/17; foi submetido a tratamento conservador de traumatismo crânio encefálico e tratamento conservador de fratura de clavícula esquerda.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Data da perícia: 19/01/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Refere cefaleia e tontura ocasionais.
Vítima já indenizada em 25% de 100% SNC, 25% de 25% da audição e 50% de 25% do ombro, portanto nada a acrescentar ao indenizado. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Raphael Neves Bona

CRM do médico: 2485

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do acidente: 06/05/2017

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA + HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE + FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EM BEG E COM DÉFICIT MOTOR RESIDUAL SECUNDÁRIO À LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA DEVIDO À FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. PACIENTE COMPARECE PELA TERCEIRA VEZ (REFERE QUE NÃO CONSEGUE MAIS TRABALHAR POIS TRABALHA COM MOTO E TODA VEZ QUE SOBE EM CIMA DA MOTO, O MESMO CAI DEVIDO TONTURAS "sic") AO EXAME: ROMBERG NEGATIVO, AUSÊNCIA DE NISTAGMO, TESTES DE PROPRIOCEPÇÃO APENDICULAR PRESERVADOS. APRESENTA NO ENTANTO LESÃO DE MASTOIDE À ESQUERDA QUE PODE CAUSAR TONTURAS SEQUELARES. APRESENTA TAMBÉM DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL SECUNDÁRIA LESÕES ENCEFÁLICAS DO TRAUMA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS TCE LEVE E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE. NO MOMENTO COM APARENTE DÉFICIT COGNITIVO RESIDUAL E DÉFICIT MOTOR EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO RESIDUAL. REFERE TONTURAS E ESQUECIMENTOS.

Sequelae permanentes: Dano neurológico em grau leve, Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau residual.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 20/11/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau leve da função neurológica devido ao déficit cognitivo e presença de tonturas. Vítima já indenizada em 50% de 25% do ombro, 10% de 100% SNC e 25% de 25% da audição E, portanto, será acrescentado na tabela de danos apenas o valor a indenizar restante. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 15 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11348043

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170390744 ASL-0271108/17

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data Acidente: 06/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11370044

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11451083

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Valor: **R\$ 1.788,75**

Banco: **001**

Agência: **000004249-8**

Conta: **000010005314-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.788,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 12.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (12.5% de 50%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11544413

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2017

Carta nº: 11699640

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **000004249-8**

Conta: **000010005314-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11823942

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2017

Carta nº: 11888286

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Valor: **R\$ 742,50**

Banco: **001**

Agência: **000004249-8**

Conta: **000010005314-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	742,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau residual 22%

% Invalidez Permanente DPVAT: (22% de 25%) 5,50%

Valor a indenizar: 5,50% x 13.500,00 =	R\$	742,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11964070

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Sinistro: 3170390744 ASL-0271108/17
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data Acidente: 06/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12043976

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

Nº Sinistro: 3170390744
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Valor: **R\$ 2.025,00**

Banco: **001**

Agência: **000004249-8**

Conta: **000010005314-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.025,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 15%

% Invalidez Permanente DPVAT: (15% de 100%) 15,00%

Valor a indenizar: 15,00% x 13.500,00 =	R\$	2.025,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**
Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**
Data do Acidente: **06/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170390744**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorretas

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12340682





Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**
Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**
Data do Acidente: **06/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**
Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**
Data do Acidente: **06/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Sinistro: **3170390744**
Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**
Data do Acidente: **06/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Nº Sinistro: **3170390744**

Vítima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170390744**

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data e local do acidente: [**06/05/2017**]

AV CASTELO DO PIAUI, BAIRRO ALTO ALEGRE, TERESINA-PI

Data e local do exame: [**28/03/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE. FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO(ADM EM 100º), ELEVÇÃO(120º) E ADUÇÃO(20º) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal (Sequela):

LESÃO NEUROLÓGICA

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

**VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.**



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO** Sinistro: **3170390744** Data: **06/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **545792**

Data local do exame: [**23/10/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE com HSA, contusão hemorrágica temporal a D, Fx parieto temporal a E até mastoide, fx do arco zigomatico E Fx da clavícula E. Ombro esq: flexão, elevação e abdução de 100°. Sem limitação na rotação. Sem alteração na marcha e fala. Abertura bucal normal. Sem déficit cognitivo. Sem alterações nos demais membros.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Observação clínica em ambiente hospitalar por 5 dias. Uso de tipoia em membros superior esquerdo por 60 dias.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação ADM ombro esq

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170390744**

Nome do(a) Examinado(a): **ADJUTO FERNANDES NETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Sotero Vaz da Silveira, 5150 - ALTO ALEGRE - Teresina - PI - CEP 64002620

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **545792**

Data e local do acidente: [**06/05/2017**] **AVENIDA CASTELO DO PIAUI, PROXIMO AO COLEGIO EDGAR T**

Data e local do exame: [**26/07/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA CEFALÉIA E VERTIGEM PERSISTENTE, COM DIMINUIÇÃO DISCRETA DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(3CM). NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO(ADM EM 100º), ELEVAÇÃO(120º) E ADUÇÃO(20º) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. REALIZOU FISIOTERAPIA.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA NEUROLÓGICA E SEQUELA FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

SEQUELA NEUROLÓGICA

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

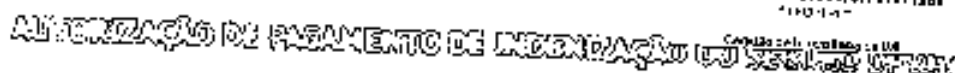
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



CAMPESINOS REAGINDO PELA DESMILITARIZACAO

565 387

PROTOCOLO DE Nº 565.792 DATA 11/06/2014
 OFF 202030027-09 ASS 00000000000000000000 EM 19/11/14
 E FUNDO, MENOR DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE GARANTIDOR DO VALOR REPRESENTA A CONTRATO / PROTESTO
 SEGUNDO INSTRUMENTO Declaro Fernando Neto AUTUADO A RESOLUÇÃO ALFA 2003 QUE DÁ ORDEM DO
 DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE IMÓVEIS COM AS INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

[illegible][illegible]

- Conteúdo não verificado**

14 JUL 2017

SEATE S&A GRAFICA S.A.
Rua Coelho da Sousa, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.032-470

[illegible]

අනුරාධපුරයේ සිටින අගමැතිවරයාගේ නම සහ ස්ථානය

NY de BUREAU _____ NY de BUREAU (non classé) _____ NY de BUREAU (non classé)

~~ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED EXCEPT WHERE SHOWN OTHERWISE~~

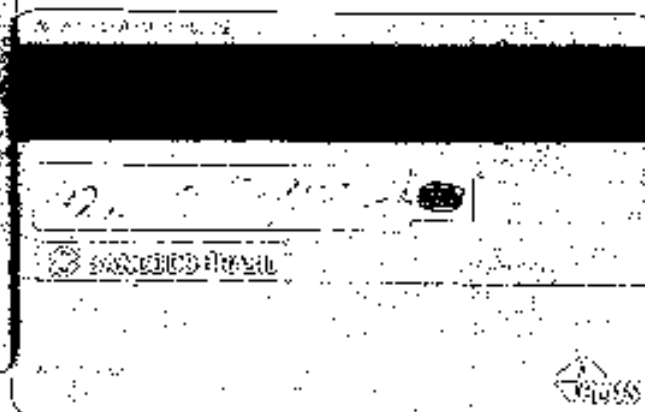
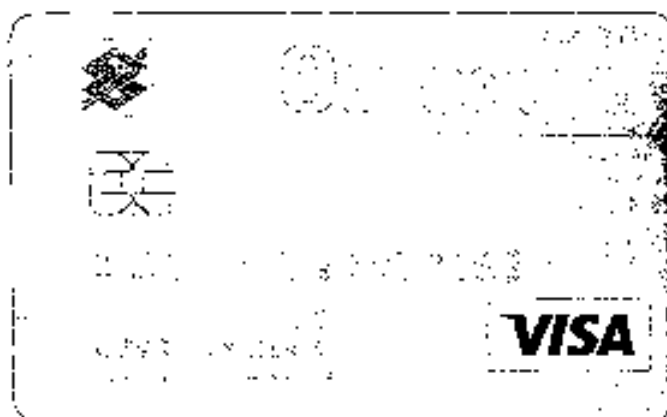
1001
 1002
 1003
 1004
 1005
 1006
 1007
 1008
 1009
 1010
 1011
 1012
 1013
 1014
 1015
 1016
 1017
 1018
 1019
 1020
 1021
 1022
 1023
 1024
 1025
 1026
 1027
 1028
 1029
 1030
 1031
 1032
 1033
 1034
 1035
 1036
 1037
 1038
 1039
 1040
 1041
 1042
 1043
 1044
 1045
 1046
 1047
 1048
 1049
 1050
 1051
 1052
 1053
 1054
 1055
 1056
 1057
 1058
 1059
 1060
 1061
 1062
 1063
 1064
 1065
 1066
 1067
 1068
 1069
 1070
 1071
 1072
 1073
 1074
 1075
 1076
 1077
 1078
 1079
 1080
 1081
 1082
 1083
 1084
 1085
 1086
 1087
 1088
 1089
 1090
 1091
 1092
 1093
 1094
 1095
 1096
 1097
 1098
 1099
 1100
 1101
 1102
 1103
 1104
 1105
 1106
 1107
 1108
 1109
 1110
 1111
 1112
 1113
 1114
 1115
 1116
 1117
 1118
 1119
 1120
 1121
 1122
 1123
 1124
 1125
 1126
 1127
 1128
 1129
 1130
 1131
 1132
 1133
 1134
 1135
 1136
 1137
 1138
 1139
 1140
 1141
 1142
 1143
 1144
 1145
 1146
 1147
 1148
 1149
 1150
 1151
 1152
 1153
 1154
 1155
 1156
 1157
 1158
 1159
 1160
 1161
 1162
 1163
 1164
 1165
 1166
 1167
 1168
 1169
 1170
 1171
 1172
 1173
 1174
 1175
 1176
 1177
 1178
 1179
 1180
 1181
 1182
 1183
 1184
 1185
 1186
 1187
 1188
 1189
 1190
 1191
 1192
 1193
 1194
 1195
 1196
 1197
 1198
 1199
 1200
 1201
 1202
 1203
 1204
 1205
 1206
 1207
 1208
 1209
 1210
 1211
 1212
 1213
 1214
 1215
 1216
 1217
 1218
 1219
 1220
 1221
 1222
 1223
 1224
 1225
 1226
 1227
 1228
 1229
 1230
 1231
 1232
 1233
 1234
 1235
 1236
 1237
 1238
 1239
 1240
 1241
 1242
 1243
 1244
 1245
 1246
 1247
 1248
 1249
 1250
 1251
 1252
 1253
 1254
 1255
 1256
 1257
 1258
 1259
 1260
 1261
 1262
 1263
 1264
 1265
 1266
 1267
 1268
 1269
 1270
 1271
 1272
 1273
 1274
 1275
 1276
 1277
 1278
 1279
 1280
 1281
 1282
 1283
 1284
 1285
 1286
 1287
 1288
 1289
 1290
 1291
 1292
 1293
 1294
 1295
 1296
 1297
 1298
 1299
 1300
 1301
 1302
 1303
 1304
 1305
 1306
 1307
 1308
 1309
 1310
 1311
 1312
 1313
 1314
 1315
 1316
 1317
 1318
 1319
 1320
 1321
 1322
 1323
 1324
 1325
 1326
 1327
 1328
 1329
 1330
 1331
 1332
 1333
 1334
 1335
 1336
 1337
 1338
 1339
 1340
 1341
 1342
 1343
 1344
 1345
 1346
 1347
 1348
 1349
 1350
 1351
 1352
 1353
 1354
 1355
 1356
 1357
 1358
 1359
 1360
 1361
 1362
 1363
 1364
 1365
 1366
 1367
 1368
 1369
 1370
 1371
 1372
 1373
 1374
 1375
 1376
 1377
 1378
 1379
 1380
 1381
 1382
 1383
 1384
 1385
 1386
 1387
 1388
 1389
 1390
 1391
 1392
 1393
 1394
 1395
 1396
 1397
 1398
 1399
 1400
 1401
 1402
 1403
 1404
 1405
 1406
 1407
 1408
 1409
 1410
 1411
 1412
 1413
 1414
 1415
 1416
 1417
 1418
 1419
 1420
 1421
 1422
 1423
 1424
 1425
 1426
 1427
 1428
 1429
 1430
 1431
 1432
 1433
 1434
 1435
 1436
 1437
 1438
 1439
 1440
 1441
 1442
 1443
 1444
 1445
 1446
 1447
 1448
 1449
 1450
 1451
 1452
 1453
 1454
 1455

DECLARO QUE A CATEGORIA RESERVADA É DE MINHA PROPRIEDADE PARA SER EXIBIDA E REPRODUZIDA NA RESERVAÇÃO E POSSO GARANTIR QUE NÃO HÁ PROIBIÇÃO DE EXIBIÇÃO E/OU REPRODUÇÃO POR QUALQUER MEIO DE COMUNICAÇÃO.

Jerseyville 13 of Julio of 2017 Agente Fannus Wok
USAID/USAID

• **ASAC**

[Illegible handwritten text]



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTENDEÇÃO CERTIFICADO

14 JUL 2017

CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Gólgota de Rosendo, 465 Loja C
Centro - Maré CEP: 64.033-479

..... DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
0045864 507 CARVALHO AGUA 12/07/2017
CURUCARD
18:03.55 (Horário de Brasília)
*****2183

Saldo N 73010031 e400

40004510101 SALDO DE POUÇANÇA

AGÊNCIA: 4219-8 CONTA: 5.314.7
CLIENTE: ADJUNTO FERNANDES NETO

VAR SALDO ATUAL VLR BLOQUEADO

051

APLIQUE NA POUÇANÇA Curo e Poupe
RENDE TRANQUILIDADE E COMODIDADE

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 6 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003081/2017-14

Unidade do Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirante Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 13/07/2017 - 16:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CASTELO DO PIAUÍ/RUA ALTO LONGÁ, Nº

Complemento

Data/Hora

06/05/2017 - 09:30

Bairro

ALTO ALEGRE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS

RG: 545792

Mãe: MARIA ESPERITA FERNANDES CARLOS

Endereço: RUA SOTERO VAZ, Nº 5150

Bairro: ALTO ALEGRE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3234-2031 86-8825-7564

Isso Envolve: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2017

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

GENTE SEGURO S.A

Rua Coelho de Resende, 453 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/612, ANO 2016, PLACA PIR-8248, PROPRIETÁRIO DANIEL DA PENHA FERNANDES, CPF 01254617396, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA AV. CASTELO DO PIAUÍ, QUANDO ESTAVA DOBRANDO A RUA, VINHA UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA EM ALTA VELOCIDADE COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO DA VITIMA. LESIONADO A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA HU, CONFORME PRONTUÁRIO 442537. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirante Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almirante R. Lebre Carlos

Escrivão Especial

Mat. 009761-6

ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Adriano Fernandes Neto, portador da carteira de identidade nº 545.792, e inscrito no CPF/MF sob o nº 207.435.333.49, residente e domiciliado na Rua: Sotero Nogueira Silva nº 5180, Cidade Jeremias, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento e análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Adriano Fernandes Neto

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jeremias, 13.07.17

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO
13.06.17
CONFÉRMADO NÃO VERIFICADO
14 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 35 Loja C
Centro - Recife - PE 54.002-170



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRL
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (algarismo)	04 Saldo do PA	05 Chegada ao local
	06 Saldo do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Víctima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Assistência	24 Sinais vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupila				
	27 Pulso Radial				
Outros dados	28 Sangramento				
	29 Dor				
Responsável pela recepção	30 Fratura				
	31 Procedimentos realizados				
Socorristas	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada				
Enfermeiro	34 Óbito				
	35 Responsável pela recepção				
Condução	36 Responsável pela recepção				
	37 Responsável pela recepção				

Paciente vítima de acidente de carro a caminho do trabalho, no qual o motorista perdeu o controle do veículo e bateu na parede de um prédio.

14 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Regado, 550 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.012-2470



0015
Diretoria de Administração

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Odjanto Fernandes Neto

RG nº 545.792, data de expedição 19/11/12, Órgão SSP-PI

CPF nº 217.435.333-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua: Sotero Vaz da Silva</u>
Número	<u>5150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alto Alegre</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64002620</u>
Telefone de Contato	<u>86-98111-8596 - 98808-5128</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 13.07.17

Assinatura do Declarante:

Odjanto Fernandes Neto

Fatura Mensal

Cód.	Nome do Serviço
------	-----------------

References
JUL 23 2017

Argument



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daniel da Rocha Fernandes

RG nº 04.529.352.727 data de expedição 19/03/13

Órgão Detran-pi, portador do CPF nº 012.546.133-96, com

domicílio na cidade de Teresina no Estado de

Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Luz - Solens Voz, Alto Algae nº 5150

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adriano Fernandes Neto cujo o condutor era

Adriano Fernandes Neto

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Biz

Ano: 2016

Placa: PTA-8248

Chassi: 9C2JC70066R128018

Data do Acidente: 06.05.17

Local e Data: Terresina - 18.07.17



Assinatura do Declarante

Adriano Fernandes Neto

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Antônio do 6º Ofício de Notas
Maria Rita Barros de Alencar
Escrivente Compromissada
Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO OFÍCIO DE NOTAS
TULIO DE ALMEIDA BARROS - CRÉDITO DE ANEXO
RUA DE SILVEIRA, 330 - CENTRO - NORTE - CEP: 64011-310 - TERESINA - PI
FONE: (85) 3241-1234 / 3241-1235 - E-MAIL: carterio@terresina-pi.com.br



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEMAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme do Romão, 855 Loja C
Centro - Maceió - AL - CEP: 57010-000

Maria Rita Barros de Alencar

FILED



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTO DE DINHEIRO
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
14 JUL 2017
GENTE SEGURADURA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Noda CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE: Andressa Fernandes, neto

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 442530

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

R. Dr. G. F. T. 1320 - Fone: 3229 4312

TERESINA - PI - CEP: 64002-900 - FAP: 05122 - 01/0122-02

NUNO OK
Ouvinda

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE

Nome:	ADJUNTO FERNANDES NETO	Prontuário:	442537
Mãe:	MARIA ESPERIDIA FERNANDES NETO	Pai:	FRANCISCO NETO
End. Resid.:	Av. São Pedro, 123 - ALTO AZUL - TERESINA - PI - CEP: 64030-010		
Nascimento:	05/02/1962	Idade:	55a 11-00
Sexo:	Masculino	Função:	
Responsável:	O MEU	CNS:	09000326219744
Profissão:	ATENDENTE	Documenta:	RG: 541742 - 55991
Gr. Instrução:	Ens. Superior	E. Civil:	Ignorado
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO

Código:	605918	Data:	06/05/2017 11:07:13	Condição:	Emergência
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA DE MOTOCICLETA (MOTO)	Convênio:	SUS		
Ativ. Trab.:	Sim	Ativ. Trabalho:	Sim	Ativ. Trabalho:	Sim
		Ativ. Trabalho:	Sim	CID Secundário:	V203

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Anal/Sintoma:	Sinal/Sintoma:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFALICO	Def. moderada	EXTRUSÃO CÉRAL	Amarelo
Breve História:	Exatidão Principal:	Profissional Class. Risco:	
DOE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA DE MOTOCICLETA (MOTO) - ESTAVA COM A MOTO EM RETROGRADO - CERRADO - QUANDO SAIU, EDECA EM FRENTE - FOI PULADO PARA O ALTO E ALGUEM MANTO O CORPO - DOE EM FRENTE - CONSISTENTE, ORIENTADO, VIGIL.		ALVARO SANTOS DE PEREIRA DOE CRM: 1007651 PI em: 06/05/2017 11:13:10	

DADOS CLÍNICOS

(História)

NÃO

DOE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA DE MOTOCICLETA (MOTO) - ESTAVA COM A MOTO EM RETROGRADO - CERRADO - QUANDO SAIU, EDECA EM FRENTE - FOI PULADO PARA O ALTO E ALGUEM MANTO O CORPO - DOE EM FRENTE - CONSISTENTE, ORIENTADO, VIGIL.

A: Vias aéreas permeáveis sem sinais de trauma.

B: ACG: MVD: 14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1047/1048/1049/1050/1051/1052/1053/1054/1055/1056/1057/1058/1059/1060/1061/1062/1063/1064/1065/1066/1067/1068/1069/1070/1071/1072/1073/1074/1075/1076/1077/1078/1079/1080/1081/1082/1083/1084/1085/1086/1087/1088/1089/1090/1091/1092/1093/1094/1095/1096/1097/1098/1099/1100/1101/1102/1103/1104/1105/1106/1107/1108/1109/1110/1111/1112/1113/1114/1115/1116/1117/1118/1119/1120/1121/1122/1123/1124/1125/1126/1127/1128/1129/1130/1131/1132/1133/1134/1135/1136/1137/1138/1139/1140/1141/1142/1143/1144/1145/1146/1147/1148/1149/1150/1151/1152/1153/1154/1155/1156/1157/1158/1159/1160/1161/1162/1163/1164/1165/1166/1167/1168/1169/1170/1171/1172/1173/1174/1175/1176/1177/1178/1179/1180/1181/1182/1183/1184/1185/1186/1187/1188/1189/1190/1191/1192/1193/1194/1195/1196/1197/1198/1199/1200/1201/1202/1203/1204/1205/1206/1207/1208/1209/1210/1211/1212/1213/1214/1215/1216/1217/1218/1219/1220/1221/1222/1223/1224/1225/1226/1227/1228/1229/1230/1231/1232/1233/1234/1235/1236/1237/1238/1239/1240/1241/1242/1243/1244/1245/1246/1247/1248/1249/1250/1251/1252/1253/1254/1255/1256/1257/1258/1259/1260/1261/1262/1263/1264/1265/1266/1267/1268/1269/1270/1271/1272/1273/1274/1275/1276/1277/1278/1279/1280/1281/1282/1283/1284/1285/1286/1287/1288/1289/1290/1291/1292/1293/1294/1295/1296/1297/1298/1299/1300/1301/1302/1303/1304/1305/1306/1307/1308/1309/1310/1311/1312/1313/1314/1315/1316/1317/1318/1319/1320/1321/1322/1323/1324/1325/1326/1327/1328/1329/1330/1331/1332/1333/1334/1335/1336/1337/1338/1339/1340/1341/1342/1343/1344/1345/1346/1347/1348/1349/1350/1351/1352/1353/1354/1355/1356/1357/1358/1359/1360/1361/1362/1363/1364/1365/1366/1367/1368/1369/1370/1371/1372/1373/1374/1375/1376/1377/1378/1379/1380/1381/1382/1383/1384/1385/1386/1387/1388/1389/1390/1391/1392/1393/1394/1395/1396/1397/1398/1399/1400/1401/1402/1403/1404/1405/1406/1407/1408/1409/1410/1411/1412/1413/1414/1415/1416/1417/1418/1419/1420/1421/1422/1423/1424/1425/1426/1427/1428/1429/1430/1431/1432/1433/1434/1435/1436/1437/1438/1439/1440/1441/1442/1443/1444/1445/1446/1447/1448/1449/1450/1451/1452/1453/1454/1455/1456/1457/1458/1459/1460/1461/1462/1463/1464/1465/1466/1467/1468/1469/1470/1471/1472/1473/1474/1475/1476/1477/1478/1479/1480/1481/1482/1483/1484/1485/1486/1487/1488/1489/1490/1491/1492/1493/1494/1495/1496/1497/1498/1499/1500/1501/1502/1503/1504/1505/1506/1507/1508/1509/1510/1511/1512/1513/1514/1515/1516/1517/1518/1519/1520/1521/1522/1523/1524/1525/1526/1527/1528/1529/1530/1531/1532/1533/1534/1535/1536/1537/1538/1539/1540/1541/1542/1543/1544/1545/1546/1547/1548/1549/1550/1551/1552/1553/1554/1555/1556/1557/1558/1559/1560/1561/1562/1563/1564/1565/1566/1567/1568/1569/1570/1571/1572/1573/1574/1575/1576/1577/1578/1579/1580/1581/1582/1583/1584/1585/1586/1587/1588/1589/1590/1591/1592/1593/1594/1595/1596/1597/1598/1599/1600/1601/1602/1603/1604/1605/1606/1607/1608/1609/1610/1611/1612/1613/1614/1615/1616/1617/1618/1619/1620/1621/1622/1623/1624/1625/1626/1627/1628/1629/1630/1631/1632/1633/1634/1635/1636/1637/1638/1639/1640/1641/1642/1643/1644/1645/1646/1647/1648/1649/1650/1651/1652/1653/1654/1655/1656/1657/1658/1659/1660/1661/1662/1663/1664/1665/1666/1667/1668/1669/1670/1671/1672/1673/1674/1675/1676/1677/1678/1679/1680/1681/1682/1683/1684/1685/1686/1687/1688/1689/1690/1691/1692/1693/1694/1695/1696/1697/1698/1699/1700/1701/1702/1703/1704/1705/1706/1707/1708/1709/1710/1711/1712/1713/1714/1715/1716/1717/1718/1719/1720/1721/1722/1723/1724/1725/1726/1727/1728/1729/1730/1731/1732/1733/1734/1735/1736/1737/1738/1739/1740/1741/1742/1743/1744/1745/1746/1747/1748/1749/1750/1751/1752/1753/1754/1755/1756/1757/1758/1759/1760/1761/1762/1763/1764/1765/1766/1767/1768/1769/1770/1771/1772/1773/1774/1775/1776/1777/1778/1779/1780/1781/1782/1783/1784/1785/1786/1787/1788/1789/1790/1791/1792/1793/1794/1795/1796/1797/1798/1799/1800/1801/1802/1803/1804/1805/1806/1807/1808/1809/1810/1811/1812/1813/1814/1815/1816/1817/1818/1819/1820/1821/1822/1823/1824/1825/1826/1827/1828/1829/1830/1831/1832/1833/1834/1835/1836/1837/1838/1839/1840/1841/1842/1843/1844/1845/1846/1847/1848/1849/1850/1851/1852/1853/1854/1855/1856/1857/1858/1859/1860/1861/1862/1863/1864/1865/1866/1867/1868/1869/1870/1871/1872/1873/1874/1875/1876/1877/1878/1879/1880/1881/1882/1883/1884/1885/1886/1887/1888/1889/1890/1891/1892/1893/1894/1895/1896/1897/1898/1899/1900/1901/1902/1903/1904/1905/1906/1907/1908/1909/1910/1911/1912/1913/1914/1915/1916/1917/1918/1919/1920/1921/1922/1923/1924/1925/1926/1927/1928/1929/1930/1931/1932/1933/1934/1935/1936/1937/1938/1939/1940/1941/1942/1943/1944/1945/1946/1947/1948/1949/1950/1951/1952/1953/1954/1955/1956/1957/1958/1959/1960/1961/1962/1963/1964/1965/1966/1967/1968/1969/1970/1971/1972/1973/1974/1975/1976/1977/1978/1979/1980/1981/1982/1983/1984/1985/1986/1987/1988/1989/1990/1991/1992/1993/1994/1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/23

L'ESCLUSIVA PIÙ GRANDE DEL MONDO

SUB PR - "Ottaviano" 7500 BCCGina and Poretti 3E-0229 3572

TRFESTER-PT-C63-19012330-NB--01-533-815/9272-03

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Doc: 05/05/1717 11:11:25

24.220.2014.291.1.1.

CASOS DO PACIENTE

<u>Nome:</u> ADJUNTO FERNANDES NETO		<u>Fronteirão:</u> 442537	
<u>Mãe:</u> MARIA ESPERITO FERNANDES DA SILVA	<u>Pai:</u> FRANCISCO CARLOS		
<u>End. Resid.:</u> RUA SDO ROLDO PRY 5150 - ALTO ALFOPRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 06/12/1962	<u>Idade:</u> 35a. Anos	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Espos:</u> -
<u>Responsável:</u> O MESMO	<u>CNPJ:</u> 035002326214214		
<u>Profissão:</u> ATIVO CIVIL	<u>Documento:</u> RG: 545792 - SSP/PI		
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>E. Civil:</u> Ignorado		
<u>End. Local:</u> -			

· TABUAS DO ATENDIMENTO ·

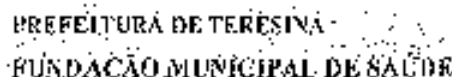
Código: 605918	Data: 06/05/2017 11:07:13	Class. Coz: Amarelo
Motivo da Bloqueio: ACCIDENTE DE TRÂNSITO CULPA DO INTERVENIENTA (HU/CC)		Conversão: 3 / 5

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 06/05/14 12:14L ESPECIALISTA: NEUROLOGIA;
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: PCG com presença de espasmos glayow 14.
TC de corno HSA traumático.
cd: 11/Enten o
Bruma Nery
Neurologia
CRM 73611
Carimbo/Assinatura Solicitante
DADOS DO PARCEIRO: Data/Hora: 6/5/14 12:14L
Carimbo/Assinatura PGE: Parcer

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora Solicitação: 14 JUL 2011 ESPECIALISTA
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: O DESISTIR
 DATA VERIFICADO: 14 JUL 2011
 CENTE SEGURADORA S.A.
 DADOS DO PASSAGEIRO: Data/Hora: 14 JUL 2011 Nome: CEP: 14012-470
 Carimbo/Assinatura Solicitante
 Carimbo/Assinatura Prof. Passador



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE Adjunto Fernandes Neto		ADM: 06/05/2017	PRONTUÁRIO 442537	DATA DE NASCIMENTO 06/02/1962 55a	CLÍNICA Neurologia	ENF. 20 APT 211	LEITO 102 Rytea
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES TCE - politraumatizado			DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO 10/05/2017		MÉDICO ASSISTENTE Ricardo		
ALERGIAS			PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES		
			HORARIO				
			1. Dieta branda				
			2. SF 0.9% 1500ml EV dia				
			3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h				
			4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h (SOS)				
			5. Plavet 1amp + AD EV 8/8h (SOS)				
			6. Fenitoina 100mg VO 8/8h				
			7. Tramal 50mg VO 6/6h (se dor intensa)				
			8. Diazepam 10mg VO (SOS)				
			9. SSVV 6/6h				

MÉDICO/CRM:

12 hr. pct. de obra
sus pteles. 250.00

Antonio + Perdomo
Año Octavo

Wm. H. Miller, Jr.
11111 1st St. N.E.
Seattle, Wash. 81214



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Posto 01.

NOME DO PACIENTE <u>Adriano Fernandes Neto</u>		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	BNF. ou APT. LEITO <u>211 Extra</u>
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <u>DM II, HTA E</u>			DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO		MÉDICO ASSISTENTE <u>NEURO</u>
ALERGIAS <u>Glucose 14</u>					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO		OBSERVAÇÕES
<p>06/08/19</p> <p>1. Dieta Branda</p> <p>2. SF 0,9% 2000ml EV dia</p> <p>KCL 10% 10ml/soro</p> <p>3. Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h</p> <p>4. Dipirone 2ml + 8ml AD EV (SOS)</p> <p>5. Bromoprida 1amp p. AD EV (SOS)</p> <p>6. Fenitoina 2ml + 18ml AD EV 8/8h (moda P.O.)</p> <p>7. Haldol 1amp IM (SOS)</p> <p>8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)</p> <p>9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM</p> <p>10. SSVV 6/6h</p> <p>11. Fenitoina 1amp (10) 8/8h</p>			<p>15h Realizada AVE em MSD com</p> <p>20:30 Paciente consciente, orientado,</p> <p>expulso. Em repouso no leito. HT em</p> <p>MSB, sem alergia medicamentosa.</p> <p>Referido Fato medicado de</p> <p>segundo com prescrição. Diurese esp.</p> <p>kanan. Encaminhado ao Posto 01.</p>		<p>15.50h Pct. admitido</p> <p>no P.O. Consciente, orientado,</p> <p>todos, sem. Suprimento</p> <p>Equimose periorbital e</p> <p>Diurese espontânea.</p>

MÉDICO/CRM:

BRUNO ALVES
Médico
CRM 17.884

BRUNO ALVES
Enfermeiro
COREN-PI 17.884

MS

SUS

RUT

189876

no. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

Orgão Emissor: 002100001

AIR : 221710033620-3
 UN : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

ADJUNTO FERNANDES NETO

ASSISTENTE
 06/02/1982

U.LIBERTY 00/03/2017

DT. LAUDO : 06/05/2017

PROCED. : 0003040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO

EP.SIST: KELLINGTON

C/D 3 3048

Código da
 Internação:

189876

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADJUNTO FERNANDES NETO 16-Quantidade: 442537

1-CNS: 096002326214244 8-Nascimento: 06/12/1962 9-Sexo: Masculino 12-Data: 06/05/2017

11-Mae: MARIA ESPERITO VARGAS CARLOS 13-Fone: -

10-Razo: (O MESMO) 14-Cor: Sem Informação

15-Endor: RUA SAN PEDRO PAZ 5153 - ALTO ALGAR - CEP: 64000-010 17-Cod.UBR: 25 100 18-UT: 52 19-CYP: 64000-010

16-Mulco: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente caiu da moto
 com lesão e fratura

21- Condições que justificam a internação:

WLF

22- Principais resultados de exames diagnósticos (resultado de exames realizados):

TC: Fratura

23-Diagnóstico inicial:

Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAD MEDIO)

Clinica: 10-Caracter: Idorr: 31-Duram: 32-Doc. Med. Solic.:
 02 01 000 952.819.243 22

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
 RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO 06/05/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 () Acidente de Trânsito 37-CPF Segurador:
 37 () Acidente Trabalho Típico 38-CPF Especial:
 38 () Acidente Trabalho Trajetos 39-CPF Especial:
 40-CPF Especial:
 41-CPF Especial:
 42-CPF Especial:
 43-CPF Especial:
 44-CPF Especial:

45- Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46- Nome do Profissional Autorizador: 47- Data Autorização:

48- Documento:

49- Ass. Documento:

50- Ass. Documento:

51- Ass. Documento:

52- Ass. Documento: 53- Ass. Documento:
 54- Ass. Documento: 55- Ass. Documento:
 56- Ass. Documento: 57- Ass. Documento:
 58- Ass. Documento: 59- Ass. Documento:
 60- Ass. Documento: 61- Ass. Documento:
 62- Ass. Documento: 63- Ass. Documento:
 64- Ass. Documento: 65- Ass. Documento:
 66- Ass. Documento: 67- Ass. Documento:
 68- Ass. Documento: 69- Ass. Documento:
 70- Ass. Documento: 71- Ass. Documento:
 72- Ass. Documento: 73- Ass. Documento:
 74- Ass. Documento: 75- Ass. Documento:
 76- Ass. Documento: 77- Ass. Documento:
 78- Ass. Documento: 79- Ass. Documento:
 80- Ass. Documento: 81- Ass. Documento:
 82- Ass. Documento: 83- Ass. Documento:
 84- Ass. Documento: 85- Ass. Documento:
 86- Ass. Documento: 87- Ass. Documento:
 88- Ass. Documento: 89- Ass. Documento:
 90- Ass. Documento: 91- Ass. Documento:
 92- Ass. Documento: 93- Ass. Documento:
 94- Ass. Documento: 95- Ass. Documento:
 96- Ass. Documento: 97- Ass. Documento:
 98- Ass. Documento: 99- Ass. Documento:

50- Ass. Documento: 51- Ass. Documento:
 52- Ass. Documento: 53- Ass. Documento:
 54- Ass. Documento: 55- Ass. Documento:
 56- Ass. Documento: 57- Ass. Documento:
 58- Ass. Documento: 59- Ass. Documento:
 60- Ass. Documento: 61- Ass. Documento:
 62- Ass. Documento: 63- Ass. Documento:
 64- Ass. Documento: 65- Ass. Documento:
 66- Ass. Documento: 67- Ass. Documento:
 68- Ass. Documento: 69- Ass. Documento:
 70- Ass. Documento: 71- Ass. Documento:
 72- Ass. Documento: 73- Ass. Documento:
 74- Ass. Documento: 75- Ass. Documento:
 76- Ass. Documento: 77- Ass. Documento:
 78- Ass. Documento: 79- Ass. Documento:
 80- Ass. Documento: 81- Ass. Documento:
 82- Ass. Documento: 83- Ass. Documento:
 84- Ass. Documento: 85- Ass. Documento:
 86- Ass. Documento: 87- Ass. Documento:
 88- Ass. Documento: 89- Ass. Documento:
 90- Ass. Documento: 91- Ass. Documento:
 92- Ass. Documento: 93- Ass. Documento:
 94- Ass. Documento: 95- Ass. Documento:
 96- Ass. Documento: 97- Ass. Documento:
 98- Ass. Documento: 99- Ass. Documento:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua São Pedro Paz 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442537)
Endereço: RUA SÃO PEDRO PAZ 5150 - ALTO AITGRÉ - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a.3m:23 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 605918
Requisição: 746351 Solicitação: 06/05/2017 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 921731 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 06/05/2017

T.C. DE CRÂNIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-mental.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALCAL PARTETO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENFISEMA ASSOCIADO.
 - HEMORRÁGIA SUBARACNOIDEA SUPRATENTORIAL À DIREITA.
 - SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
 - CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁCTICAS TEMPORAIS À DIREITA.
 - PNEUMOENCEFALO SUPRATENTORIAL À DIREITA.
 - FRATURA PARIETO-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENVOLVIMENTO DA MASTOIDE.
 - FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- MATERIAL HEMORRÁGICO EM MASTÓIDE E COVIDO EXTERNO À ESQUERDA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 06/05/2017

INSTRUMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTUSÃO NÃO VERIFICADA
16 JUL 2017

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.653-15 2443 CRM

Profissional Responsável

COMPTE SEGURADORA S.A.
Rua Osório de Rondônia 695 Loja C
Centro - Nome CEP: 64088-770

12



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otton Tito 1820 - Madalena - Fone: 85 3479 4372
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/2022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Frontuário: 442537)
 Endereço: RUA SAO PEDRO PAZ S150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-910
 Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a5m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 6069h8
 Requisição: 740353 Solicitação: 06/05/2017 Solicitante: FABIÓ MARCOS DE SOUSA
 Controle: 921732 Comentário: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 05/05/2017

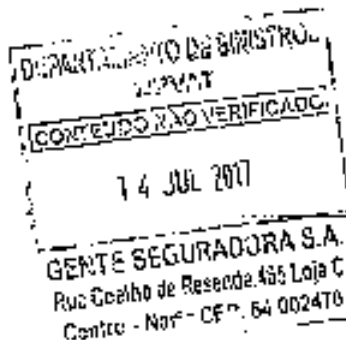
TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES
- MADIÁSTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

SEMAN)

TERESINA - PI 06/07/2017



JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
 CPF: 335.029.603-31 - CRM 23553
 Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1323 Sadequão - Fone: 36 3229 4032
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0001-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442537)
 Endereço: **RUA SAO PEDRO PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64020-040**
 Nascimento: **05/02/1962** Idade: **55a.5m.7d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **605918**
 Requisição: **740353** Solicitação: **05/05/2017** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **921733** Gerência: **S U S**

RELATÓRIO:

Ind. SIA: 0204040035

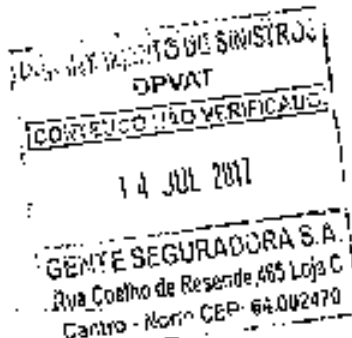
Data Exame: 05/05/2017

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume da partes moles.

TERESINA



TERESINA - PI 13/07/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
 CPF: 535.029.603-30 CRM 2383
 Profissional Responsável



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Otávio Bóia, 2300 * Fone: 085 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.sao-marcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA PROJETADA 6029 - MEMORARE * TERESINA - PI * 64.000-000

R

LAUDO MÉDICO

Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há três meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, reepte, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: S06.3

Geruân Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 18/08/2017 13:47:57

Galvan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cocho de Resanda, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 15:00 * TER: 13:00 - 15:00 * QUA: 13:00 - 15:00 * QUI: 13:00 - 15:00 * SEX: 13:00 - 15:00

TELEFONE(S): 9521-8888

e-mail: mirellamc@ig.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone: 086 2106-8000 * 04091-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.hospitalmarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

R

LAUDO MEDICO

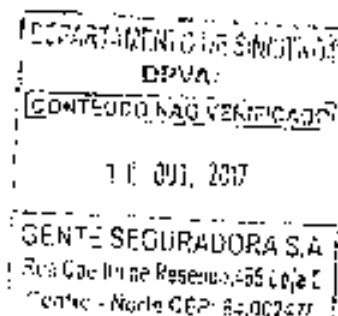
Paciente com relato de trauma craniano por acropelamento há cinco meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, respie, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: 506.3

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (Pi), 10/10/2017 14:04.20

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180



CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 15:00 * TER: 13:00 - 15:00 * QUA: 13:00 - 15:00 * QUI: 13:00 - 15:00 * SEX: 13:00 - 15:00

TELEFONE(S): 9921.8885

e-mail: mrcollern@uol.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 • Fone 086 2106-8000 • 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 • I. S. Gasto

www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Eminent

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

UF do CRM: PI

Nº: 4180

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE • TERESINA - PI • 64.000-000

Prescrição:

oral

Paracetamol 25 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

Data: 10/10/2017

RECETÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
PRIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10/10/2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Manoel de Resende, 485 Loja C
Teresina - Piauí CEP: 64.002-470

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____

Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____

UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Cláudio Telles, 2300 • Fone: 086 2106 8800 • 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026-0901-77 • L.E. 16.000

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTER VAZ DA SILVEIRA 5150 ALTO ALEGRE • TERESINA - PI • 64.003-600

Rx

LAUDO MÉDICO

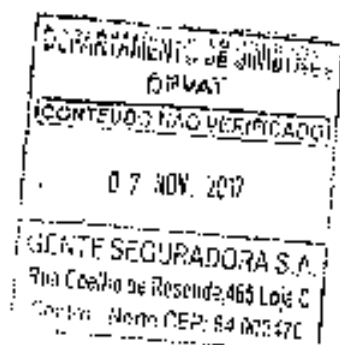
Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há seis meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, romba, repeto, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CID: S06.3

Geivan Borges da Silva Freire
NEURÓLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (Pi). 07/11/2017 13:39:30

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180



CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
NEURÓLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 • TER: 13:00 - 14:00 • QUA: 13:00 - 14:00 • QUI: 13:00 - 14:00 • SEX: 13:00 - 14:00
TELEFONE(S) 9071-9886

e-mail: mrelamousoq@xinet.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone (86) 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.970.026/0001-77 * I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial 1ª VIA - FARMÁCIA

Identificação do Emissor

Nome completo: Galvan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Donarém 50 mg 1 caixa

tomar 1 cp 1x / dia à noite

Data: 07/11/2017

Galvan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
07 NOV. 2017
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Jatoá - CEP. 54.002470

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Para toda vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac 2330 * Fone 086 21151-8000 * 0-800 11-2281 Teresina - PI

C.A.P.J. 05.870.026/0001-77 * E-mail:

www.suomarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOFERO VAZ DA SILVEIRA S'BO ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64-060-000

R

LAUDO MÉDICO

Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há oito meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigíl, orientado, nomeado, repetido, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC do crânio com fratura afilhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

CLD: 906.6

Teresina (PI), 03/01/2018 13:16:28

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 JAN 2018
GENE SEGURADORA S.A.
Rua Gólgota de Resende 455 Loja C
Centro - NADA QER: 64.0624-0

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 * TER: 13:00 - 14:00 * QUA: 13:00 - 14:00 * QUI: 13:00 - 14:00 * SEX: 13:00 - 14:30

TELEFONE(S): 9921-2262

e-mail: trikes@triangles.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 • Fone: (86) 2106-8000 • 64301-280 Teresina - PI

C.N.P.J. 06.870.626/0001-77 • 1.º andar

www.suomarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª Via - PACIENTE

Identificação do Eminente

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE • TERESINA • PI • 64.000-000

Prescrição:

oral

Nortriptilina 25 mg 60 cap

tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

Paroxetina 10 mg 60 cap

tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 03/01/18

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SAUDES
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
03 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Getúlio de Resende, 485 Loja C
Centro - Norte - CEP: 64.002-76

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone (86) 2106 8000 * 64031-280 Teresina - PI

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * L. E. Isente

www.sao-marcos.org.br



Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Eminente

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180/PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64 000-000

Prescrição:

oral

Paroxetina 20 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

oral

Nortriptilina 25 mg 2 caixas
tomar 1 cp 1x / dia à noite

Data 04/01/2018

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso do Rosário, 483 Loja C
Centro - Norte CEP: 84.082-470

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data ____/____/____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2500 - Fone: 086 2106-8000 - 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.872.026/0001-77 - I. L. Isento

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5160 - ALTO ALEGRE - TERESINA - P - 64.000-000

R

LAUDO MÉDICO

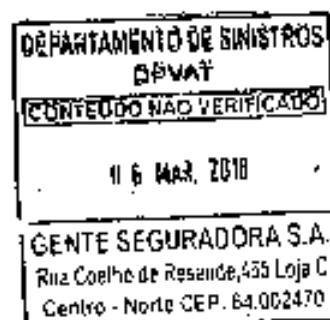
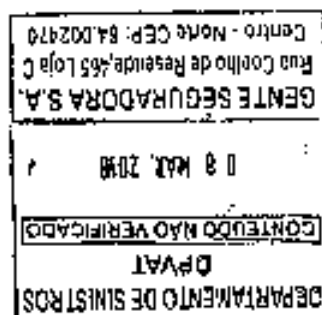
Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há dez meses, res. queimaduras de 1º e 2º graus e cefaleia ocasional. Ao exame: vigil, orientado, memória, atenção, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura afilhada de osso parietal esquerdo. Evolui no tratamento clínico.

CID: S06.2, R42

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 05/03/2018 14:23:02

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180



CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROQUIRURGIA
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 - TER: 13:00 - 14:00 - QUA: 13:00 - 14:00 - SEX: 13:00 - 14:00

TELEFONE(S): 9921-8585

e-mail: clarellamarcos@hotmail.com



Para toda vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone (86) 2106.8006 * 64001-230 Teresina - Piau

CNPJ 06.870.026/0001-11 * I.E. 0693

www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Eminente

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8006

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 * ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Northripina 25 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

Dolaren 100 mg 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: 6 / 3 / 18

Assinatura do Médico



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____ / ____ / ____



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Cayo Silveira, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

CNPJ 06.874.026/0001-77 * F. E. Isento

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA BOTOERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64 000-000

R

LAIADO MÉDICO

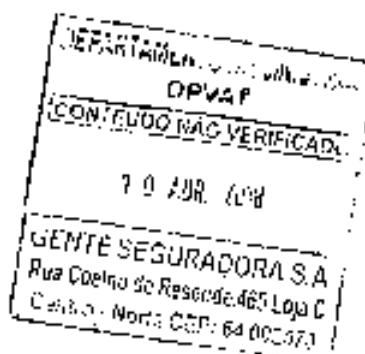
Paciente com relato de trauma craniiano por atropelamento há onze meses, com queixas de tonturas e cefaléias ocasionais, e piore recente com relato de episódio de desmaios (SIC). Ao exame: vigil, orientado, nomeia, repete, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada do osso parietal esquerdo. Paciente em tratamento clínico.

CD: 806.3, R42

Gervan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (Pi), 06/04/2018 13:21:12

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180



CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
NEUROLOGIA

HORÁRIOS DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 * TER: 13:00 - 14:00 * QUA: 13:00 - 14:00 * QUI: 13:00 - 14:00 * SEX: 13:00 - 14:00

TELEFONE(S) 3521-8885

e-mail: neuro@neurologia.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I.E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Rx

LAUDO MÉDICO

Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há dez meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasional. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, repete, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente em tratamento clínico.

CID: S06.3, R42

Gervan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Teresina (PI), 06/03/2018 14:23:02

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180



OBS
JÁ ESTÃO COM
VOCÊS MAIS 2
LAUDOS RECENTE.

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:00 - 14:00 * TER: 13:00 - 14:00 * QUA: 13:00 - 14:00 * QUI: 13:00 - 14:00 * SEX: 13:00 - 14:00
TELEFONE(S): 9821-3685

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - IOD DE DEIAS MARTINS

Adolfo Fernandes Neto

CARTÃO DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

545.792

DATA DE EXPIRAÇÃO 19/11/12

ADILFO FERNANDES NETO

RELACAO

MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS

FRANCISCO CARLOS

DATA DE NASCIMENTO 06/02/1962

LUIZ GOMES - RM

CLRT CASAM 4970 L 67 F 262

EXP. TIMON MA 22/06/82

217.435.333-49

LEI Nº 2.114 DE 25/08/88 - DECRETO Nº 88.240/88

IDENTIFICACAO

DATA DE

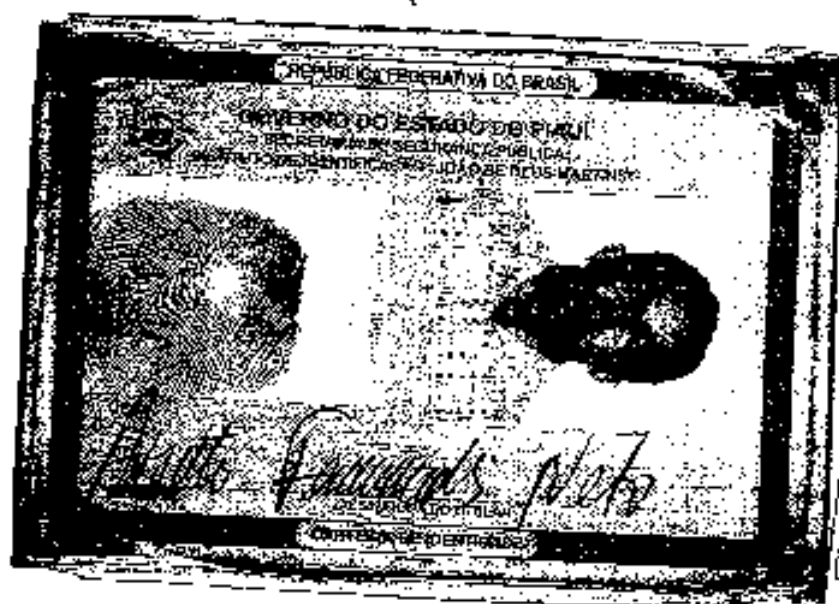
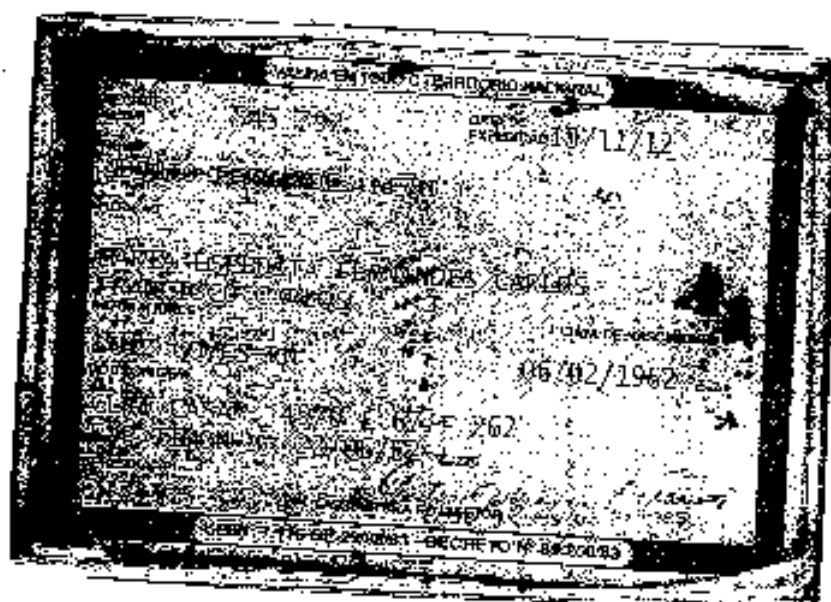
CONTEUDO NA VERIFICACAO

10 ABR. 2018

ENTE SEGURADORA S.A

Rua Coelho da Resende, 485 Loja C

Nº 11 - N.º 11 - N.º 11



DEPARTAMENTO DE BENS
PATRIAS
CONFED. SAO JERONIMO
12 DE JUL 1962
GEN. RODRIGUES S.A.
Rua Manoel de Resende, 455 Lapa
Rio de Janeiro - RJ



SINISTRO INVALIDEZ

NOME DA

VÍTIMA: ADRIATO FERNANDES NETO

PORTADOR / RESPONSÁVEL:

TELEFONE: 86 - 98144-3596

E-MAIL:

☒ NOVO ☐ PENDÊNCIA ☐ REANÁLISE

DOCUMENTAÇÕES:

☒ CÓPIA AUTENTICADA OU ORIGINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

☒ COMPROVAÇÃO DO ATO DECLARATÓRIO

☐ CÓPIA AUTENTICADA DO LAUDO DO IML

☒ DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (PADRÃO DA SEGURADORA LÍDER)

☒ DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO (CASO ACIDENTE ENVOLVA APENAS UMA MOTOCICLETA E A VITIMA NÃO SEJA O PROPRIETÁRIO)

☒ DOCUMENTAÇÃO MÉDICO- HOSPITALAR

☒ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF

☐ DUT - (CASO A VITIMA SEJA PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

☒ CÓPIA DO CARTÃO DO BANCO OU EXTRATO BANCÁRIO

☒ DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

☒ CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

REGISTRO DO SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2007

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho do Resende, 465 Loja C
Centro - Natal - CEP: 64.032-790

Recebido por: Adriato Fernandes Neto

Data do recebimento: 13/07/2007

Adriato Fernandes Neto



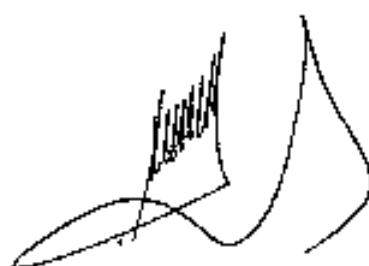
EU, ADJUTO FERNANDES NETO

DECLARO A ESTA EMPRESA DE SEGURO (LIDER)
QUE ESTOU RECORRENDO A ANÁLISE DE
DIREITOS DE IDENTIFICAÇÃO REFERENTE A
PROCESSO JÁ CONSTANTE NA CITADA
SEGURADORA

MOTIVO DE RECORRER:

TRABALHAVA AUTÔNOMAMENTE EM UMA MOTOCICLETA
E ESTOU INCAPACITADO PARA O TRABALHO,
DEVIDO A SEQUELA DE TRAUMATISMO CRANIANO
POIS SINTO TONTURA FORTE E DOR NA
CLAVÍCULA POR ISSO CONTO COM A VOSSA
SENSATEZ EM REVER MEU PROCESSO POIS FOI
UMA QUANTIA MUITO PERDIDA.

Adjuto Fernandes Neto



DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 AGO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 435 Loja C Centro - Nave CEP: 54.002470

TERESINA 10/10/17



VENHO ATRAVÉS DESTA PEQUENA CARTA FAZER
UM PEDIDO A ESTA TÃO CONCEITUADA EMPRESA
SEGURADORA LIDER, DEBO UMA ANÁLISE
MAIS PROFUNDA E CONSIDERÁVEL DO
MEU CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

PROCUREI VOLTAR AO TRABALHO MAS OS
SINTOMAS DE TONTURA E DOR NA CABEÇA
AINDA CONTINUAM, O MEU TRABALHO ERA
AUTÔNOMO PILOTANDO UMA MOTOCICLETA. ISTO ATUAL-
MENTE P/ MIM ESTÁ IMPOSSÍVEL. CONTO
COM O AUTO ~~COMPRE~~ ENTENDIMENTO E COMPEN-
SAÇÃO DE VOÇÊS PARA ME INDENIZAR COM
UMA QUANTIA MAIS SIGNIFICATIVA.
ESTOU ENVIANDO CÓPIA DA RECEITA DO REMÉDIO
ATUAL. CONTO COM A EFICIÊNCIA DE VOÇÊS

COMPARTAMENTO DE DANOS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 OUT. 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelmo de Resende, 465 Loja C
Centro - Natal - CEP: 54.002-470

UM ABRAÇO - AGUARDO RESPOSTA
COMPENSADORA.

ADJUNTO FERNANDES NETO

TERESINA - PI. 10/10/17

TERESINA, 07/11/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CENTRO DE VERIFICAÇÃO
17 NOV 2017
AGENTE SEGURADORA S/O
Rua Coallinda Brande, 465 Lda C.
P: 54.009470

A SEGURADORA DPVAT LÍDER



VENHO ATRAVÉZ DESTA CARTA SOLICITAR A VÓS
QUE CONDUEM ESTA EMPRESA O SEGUINTE.

REFIRO-ME A UMA REAVALIAÇÃO COM MAIS
INTENSIDADE OU SEJA UMA QUANTIA MAIS
ELEVADA REFERENTE AO MEU PROCESSO QUE
JÁ É DO VOSSO CONHECIMENTO. FOI UM ACIDENTE
GRAVE O QUAL ME DEIXA IMPOSSIBILITADO DE
TRABALHAR NO RAMO DE ATIVIDADE QUE EXERCIA,
PILOTANDO MOTO EM UM TRÂNSITO CAÓTICO.
ISSO NÃO É POSSÍVEL ATUALMENTE. POIS AINDA
SINTO TONTURAS E DÓR NA CABEÇA, POR
ISSO ESTOU TAMBÉM ENVIANDO UMA CÓPIA DE
MAIS UM REMÉDIO QUE PASSO A FAZER USO.
(USO) PEÇO QUE SEJA ANALIZADO COM MAIS
PROFUNDIDADE. ESPERO QUE SEJA ANALIZADO
DENTRO DO PADRÃO DE JUSTIÇA QUE ME
É DIREITO. AGUARDO COM URGÊNCIA UMA
RESPOSTA DE VOSSA PARTE. LEMBRE-SE SOFRI
TRAUMATISMO CRANIANO. UM ABRAÇO, ADJUTO FERNANDE
07/11/17 Adjuto Fernando

03 JAN 2008

GENE SEGURADURA S.A.
Rua Copellig 88 Resende, 425 Lopo C
Centro - Nova Friburgo RJ 28620-000

86(9.88257584)86 3214 2331

TERESINA - PI - 25/01/18

À

SEGURADORA LÍDER

DEPARTAMENTO DE SVISI.
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002478

VENHO RELATAR P/VOCÊS O MEU CASO
QUE ESTÁ NO CONHECIMENTO DE VOCÊS.

EU ESTOU SEM TRABALHAR, POIS MEU ESTADO
SE AGRAVOU. ENVIEI P/VOCÊS LAUDO E
COMPROVANTE DE NOVOS MEDICAMENTOS QUE ESTOU

USANDO. HOVÊ UM MAL ENTENDIDO DE VOSSA
PARTE. VOCÊS ME MANDARAM PARA UMA PERÍCIA
QUE FOGE A REGRA DO MEU ESTADO DE SAÚDE.
ESTOU ME TRATANDO COM O NEUROLOGISTA - MEU

CASO É TONTURA - TONTURA - TENTEI VOLTAR AO
TRABALHO (PILOTANDO MOTO) MAS DE REPENTE DÁ

UM BRANCO E VEM A TONTURA. PARO E
PROCURO VOLTAR P/ CASA. VOCÊS ME MANDARAM
PARA UM MÉDICO DE OSSO (ORTOPEDIA) ME

RECEBEU FRIAMENTE - QUANDO EU QUERIA FALAR
ALGO ELE MANDAVA EU CALAR - INSISTIA PARA

EU REPETIR A MESMA COISA.

→

CONTINUAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2011
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Rozendo, 463 Loja C Centro - Norte CEP: 64.092-470

(2)

QUANDO O MESMO MANDOU FECHAR
EM PÊ ABRIR E FECHAR OS OLHOS
SENTI TONTURA, MAS ELE NÃO FEZ
CASO, NEM OLHAVA P/ MIM. SÓ
DIGITAVA NO COMPUTADOR.

EU EXIGO QUE VOÇÊS TENHA MAIS
EMPENHO NO MEU CASO.

DEU A ENTENDER QUE O MÉDICO QUERIA QUE
EU ESTIVESSE TUDO QUEBRADO OU FALANDO
BORAGEM.

A TONTURA NÃO TEM HORA P/ CHEGAR.

ESTOU FALANDO A VERDADE. SE QUIZER
ME MANDE P/ OUTRA PERÍCIA QUE SEJA REFERENTE
AO CASO AGRAVANTE.

EU AINDA CREIO QUE O TRABALHO DE VOÇÊS É SÉRIO.
POR ISSO ESTOU FALANDO TUDO ISSO.

ÚLTIMA PÁGINA.

3

EU ESPERO QUE FAÇA VALER MEU DIREITO.

ADJUNTO FERNANDES NETO

Adjunto Fernandes Neto

CPF 217 435 333-49

RG. 545.792

CONTATO : 9.88257584

ORSS.: A
TONTURA
ELA PRODUZ
TIPO UM
APAGÃO

VC TEM IDÉIA
O QUE É
ISSO ?

ORSS.: ESPERO QUE
HÁIA UM BOM SENSO DA
PARTE DE VOÇÊS. NÃO ESTOU
PEDINDO NADA. É MEU
DIREITO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2010
GENE SEGURADORA S.A.
Rua Getúlio de Resende, 465 Loja C
Centro - Maré CEP: 64.000

ORSS.: SEGUE ANEXO A CÓPIA DE MAIS
UM REM. QUE ESTOU USANDO
PAROXETINA 20 mg.

TERESINA 06/MARÇO/2018



DIREÇÃO DE SEGUROS DPVAT

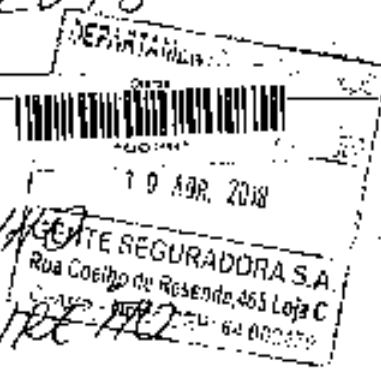


EU, ADJUTO FERNANDES NETO VEIHA SOLICITAR
O REANÁLISE DO MEU CASO DE ACIDENTE.
A ÚLTIMA VÉZ VOCÊS ME MANDARAM PARA
UM MÉDICO O QUAL FAZ PARTE DE OUTRO
QUADRO CLÍNICO. O MEU CASO SE AGRAVOU E

DEPOIS DE MUITOS DIAS FUI ENCAMINHADO
PARA UMA PERÍCIA A QUAL FOI COM O MÉDICO
DE OSSO. O MESMO ME TRATOU COM DESPREZO
E NEM DEIXAVA EU FALAR. EU SOU HUMANO.
NÃO SOU UM ANIMAL IRRACIONAL. VOLTEI A FALAR
COM VOCÊS. ME PEDIRAM UM NOVO LAUDO, O
QUAL ESTOU ENVIANDO JANTAMENTE COM RECEITA
DE REMÉDIO MAIS POTENTE. ESPERO QUE COMPREEN-
DA MEU CASO. VOCÊS SABEM COMO AGIR. PORTANTO
AGUARDO RESPOSTA URGENTE. NÃO MANDEI ANTES POIS
O MÉDICO ESTAVA DE RECESSO.

(86) 9.88257584
CPF 217 435 333-49 RG 545.792 (86) 3214 2331.

TERESINA, 06/ABRIL/2018



EU, ADJUTO FERNANDES NETO, VENHO
RECORRER AO SEGURO DPVAT, O DIREITO
DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ. O ÚLTIMO
DOCUMENTÁRIO QUE MANDEI P/ VOÇÊS
FOI NO MÊS DE MARÇO, OU SEJA
A ÚLTIMA ANÁLISE DE INVALIDEZ ME
FOI NEGADO O MOTIVO: VOÇÊS SABEM AGENTE
RELATA O CASO P/ O MÉDICO PERITO ÉLE
POUCO OLHA P/ O PACIENTE. NÃO SEI
O QUE ÉLE ESCREVE. É MUITA HUMILDADE
P/ RECEBER O QUE É NOSSO DIREITO.
ESTOU ENVIANDO O LAUDO ATUAL, POIS
SENTI TONTURAS NOVAMENTE E FUI VÁRIAS
VEZES A URGÊNCIA. ESPERO DA PARTE DE VCS
UM BOM SENSO. POR FAVOR! VEJA O QUE É
POSSÍVEL FAZER POR MIM.

ADJUTO FERNANDES NETO CPF 217435333 49
Adjuto Fernandes Neto RG 545792
(86) 9.88257584
(86) 3214 2331



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - PI

CNPJ: 08.800.026/0001-07 * ITC 156165

www.sanmarcos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Eminente

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180 PI

UF do CRM: PI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64 000-000

Prescrição:

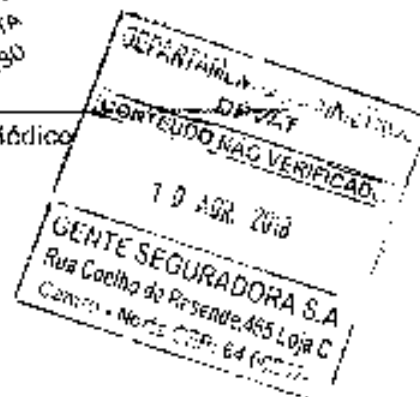
oral

Paroxetina 20 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 06/04/2018

Geivan Borges Da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180
Assinatura do Médico



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



São Marcos
Para toda vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone (86) 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.875.026/0001-77 * I. E. Sênio

www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial

2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Eminente

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire

CRM: 4180PI

UF do CRMEPI

Nº: 4180

End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300

Telefone: (86) 2106-8000

Cidade: Teresina

UF: PI

Paciente: ADJUNTO FERNANDES NETO

Endereço: RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALEGRE * TERESINA - PI * 64.000-000

Prescrição:

oral

Nortriptilina 25 mg 2 caixas

tomar 1 cp 3x / dia à noite

oral

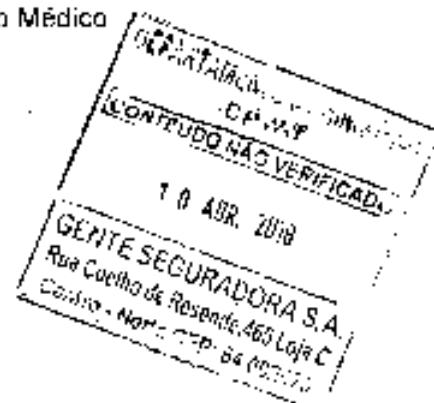
Donaren 100 mg 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180



Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

DEPARTAMENTO DE ORIENTAÇÃO DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENESE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 Loja C Jardim - Norte CEP: 64.000-000

TERESINA, PI 12/06/18



A DIREÇÃO DO SEGURO DPVAT.

ESTOU ME DIRIGINDO A ESSE ORGÃO
COMPETENTE PARA RELATAR MINHA
DECEPÇÃO QUE VENHO SOFRENDO POR MEIO
DE UM SEGURO QUE ME É DIREITO
POR MOTIVO DE UM GRAVE ACIDENTE QUE
SOFRI EM MAIO DE 2017. JÁ SOLICITEI POR
DIVERSAS VEZES E ME FOI CONCEDIDO APENAS UM
VALOR QUE NÃO CONDIZ COM O QUE É PROMETIDO.
ESTOU AINDA SEM TRABALHAR E TOMANDO REMÉDIOS
TENTEI VOLTAR AO TRABALHO COMO ANTES E POR
CAUSA DA TONTURA QUE SINTO CERTA VEZ DO PASSAR
EM UMA AVENIDA SEM QUERER DEU UM BRANCO NA
MENTE E PASSEI COM SINAL FECHADO SÓ ESTOU
ESCREVENDO ISTO AQUI POR QUE DEUS É VIVO
POR QUESTÃO DE ALGUNS CENTÍMETROS EU NÃO
FUI ARREBENTADO TOTAL. PARA RESUMIR VOLTEI AO
MÉDICO E AUMENTOU MAIS UM TIPO DE REMÉDIO,
ESTOU AINDA COM SEQUELA. VÔÊ SABE O QUE É
TONTURA? O QUE É INVALIDEZ PRA VOCÊS? POR
FAVOR! SEJAM MAIS HUMANO, ESTOU PRECISANDO

VOCÊS MARCAR UMA ILUSÓRIA PERÍCIA JÁ
SABENDO QUE O RESULTADO É: FOI NEGADO

ONDE ESTÁ O LADO HUMANO DE VCS?

AI ESTÁ O LAUDO ATUAL COM
RECEITAS VARIADAS. SE FOR PARA MÊ
MANDAR PARA SER NEGADO CHEGA DE
SER ENGANADO. CONSIDERE PELO MENOS O
FATO DE EU VOLTAR A FALAR COM VOCÊS

O SEGURO DIZ QUE É ATÉ 13.500,00

POR INVALIDEZ. O QUE É INVALIDES PARA
VOCÊS? EU NÃO RECEBI O VALOR ESTIMADO
QUE É DIREITO. MANDE ENTÃO 5.000,00
PRONTO! ISSO É QUE DIANTE DE UMA SITUAÇÃO
AGRAVANTE. PROMETO A VCS. NÃO VOU
MAIS INSISTIR COM O QUE NÃO DÁ
EM NADA.

11-2012 A..... Augusto Fournier Neto

VOCÊS MARCAR UMA ILUSÓRIA PERÍCIA JÁ
SABENDO QUE O RESULTADO É: FOI NEGADO

ONDE ESTÁ O LADO HUMANO DE VCS?

AI ESTÁ O LAUDO ATUAL COM
RECEITAS VARIADAS. SE FOR PARA ME
MANDAR PARA SER NEGADO CHEGA DE
SER ENGANADO. CONSIDERE PELO MENOS O
FATO DE EU VOLTAR A FALAR COM VOCÊS

O SEGURO DIZ QUE É ATÉ 13.500,00

POR INVALIDEZ. O QUE É INVALIDES PARA
VOCÊS? EU NÃO RECEBI O VALOR ESTIMADO

QUE É DIREITO. MANDE ENTÃO 5.000,00

PRONTO! ISSO É QUE DIANTE DE UMA SITUAÇÃO

AGRAVANTE. PROMETO A VCS. NÃO VOU

MAIS INSISTIR COM O QUE NÃO DÁ
EM NADA.

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DAVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2013
GENTE SEGURADOR S.A.

trazodona em um paciente idoso, portanto sugere-se especial cuidado nestes casos.

Se você utiliza algum dos medicamentos citados acima, fale com seu médico para que ele ajuste a dose do DONAREN® se necessário.

Os inibidores da MAO podem aumentar os eventos adversos dos antidepressivos inibidores de recaptação da serotonina, como a trazodona.

Interações medicamentos-substâncias químicas

Abstenha-se de bebidas alcoólicas durante o tratamento. A trazodona pode intensificar o efeito do álcool, de barbitúricos e de outros depressores do sistema nervoso central.

Interações medicamentos-exame laboratorial

Ocasionalmente foram observadas diminuições nas contagens de glóbulos brancos e neutrófilos no sangue em pacientes que receberam cloridrato de trazodona que, em geral, não exigiram a suspensão do medicamento; contudo, o tratamento deve ser suspenso se os números dessas células ficarem abaixo dos valores normais. Contagens de glóbulos brancos totais são recomendadas para pacientes que apresentem febre e dor de garganta (ou outros sinais de infecção) durante a terapia.

tontura, fadiga.

Distúrbios gastrointestinais: boca seca, náusea.

Comuns (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento):

Distúrbios cardiovasculares: inchaço.

Distúrbios do sistema nervoso central: agitação, alteração da marcha, confusão, desorientação, diminuição de memória, enxaqueca.

Distúrbio dermatológico: sudorese noturna.

Distúrbios endócrinos e metabólicos: diminuição da libido.

Distúrbios gastrointestinais: obstipação intestinal, dor abdominal, alterações do paladar, vômito.

Distúrbios geniturinários: distúrbios da ejaculação, urgência para urinar.

Distúrbios neuromuscular e esquelético: dor nas costas, dor muscular, tremores.

Distúrbios oftalmológicos: embaçamento visual, distúrbios visuais.

Distúrbio respiratório: falta de ar.

Incomuns (ocorre entre 0,1% e 1% dos pacientes que utilizam este medicamento):

com seu médico imediatamente. Há também os riscos para o bebê do uso

imento no risco de deficiências cardíacas, em bebês cujas mães usaram paroxetina nos primeiros meses de que cerca de 1 em 50 bebês (2%) paroxetina no início da gravidez

comparação com a taxa normal de na população em geral. A incidência de hipertensão pulmonar observada em bebês cujas mães usaram cloridrato de paroxetina durante a gravidez foi relatada como sendo semelhante à observada em bebês cujas mães não usaram cloridrato de paroxetina durante a gravidez.

Para as mães usando cloridrato de paroxetina, não se sabe se estes são devidos ao

uso do parto, os seguintes sintomas podem ocorrer antes do nascimento ou dentro de uma vez, não se sabe se estes são devidos ao uso de cloridrato de paroxetina. Os sintomas incluem: pele azulada ou muito quente ou seca, sensação de muito cansaço, respiração constante, músculos rígidos ou espasmos.

Se os sintomas no nascimento ou antes dele, procure o seu médico. Os sintomas podem passar pelo leite materno. Fale com seu médico antes de tomar

utilizado por mulheres grávidas consulte imediatamente seu médico em caso de sintomas graves.

O cloridrato de paroxetina podem

afetar o seu espermatozoide. A fertilidade em alguns homens pode ser reduzida durante a utilização deste medicamento.

Alteração na capacidade de dirigir veículos ou operar máquinas: antes de dirigir veículos ou de operar máquinas, observe se este medicamento lhe causa cansaço ou sono. Caso isso ocorra, evite tais atividades.

Durante o tratamento, você não deve dirigir veículos ou operar máquinas, pois sua habilidade e atenção podem estar prejudicadas.

Uso em crianças e adolescentes menores de 18 anos: este medicamento não é recomendado para crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade. A eficácia de cloridrato de paroxetina não foi demonstrada neste grupo.

Os pacientes dessa faixa etária tratados com antidepressivos apresentam um aumento do risco de ocorrência de pensamento e/ou comportamento suicida. Existem poucos dados sobre segurança de longo prazo do uso do medicamento em crianças e adolescentes relacionados a crescimento, maturidade e desenvolvimento comportamental e cognitivo.

Interações Medicamentosas: informe seu médico se você usa ou usou recentemente outros medicamentos. Assim como o cloridrato de paroxetina pode modificar a ação de outros medicamentos, estes também podem afetar a ação do cloridrato de paroxetina. Estes incluem medicamentos naturais e os sem prescrição médica. É possível que os seguintes medicamentos interfiram nos efeitos do cloridrato de paroxetina:

- outros antidepressivos, como amitriptilina, nortriptilina, imipramina e desipramina;

- outras drogas que afetam a serotonina, como triptanos (usados para o tratamento da enxaqueca), lítio (usado no tratamento de algumas doenças mentais), tramadol (usado para o tratamento da dor), triptofano e Erva de São João (usados para o tratamento da depressão), fentanila (utilizada em anestesia ou para tratar dor crônica);

- carbamazepina, fenobarbital e fenitoína, normalmente usadas para o tratamento de convulsões ou epilepsia;

- perfenazina e risperidona, utilizadas para o tratamento de alguns problemas de saúde mental;

- certos medicamentos usados no tratamento de irregularidades dos batimentos cardíacos (arritmias), como propafenona e flecainida;

- prociclidina, usada no tratamento da doença de Parkinson ou de outros transtornos do movimento;

LEIA ↓



Ao DPVAT



EU, ADJUTO FERNANDES NETO, D160
PORTADOR DO CPF 217 435 333. 49 - E R 6.
545-792 SSP. VENHO RELATAR UM ACORDO
QUE FAÇO JUNTO A SEGURADORA LIDER,

TENDO EM VISTA O CASO DO ACIDENTE QUE SOFRI
TER FICADO SEQUELA PROCURO ENTÃO PROCUAR
MEUS DIREITOS. ATÉ AGORA ME FOI PAGO A
QUANTIA APROX. DE 5.000,00 - QUANDO NA VERDADE
O VALOR AINDA NÃO FOI PAGO. POR VARIAS VEZES
ENVIEI P/ VOÇÊS LAUDOS MÉDICOS E RECEITAS DE
REMEDIOS CONTROLADOS, ENTÃO A RESPOSTA QUE TIVE DA
PARTE DE VCS É: FOI MANTIDO A CONDUITA. EU
PROCUREI UM ADVOGADO, O QUAL ME PEDIU TODA DOCUMENTAÇÃO
PARA ENTRAR NA JUSTIÇA. ENTÃO ACHEI MELHOR FAZER
UM ACORDO JUNTO A SEGURADORA LIDER E MAIS
PRÁTICO. DEPENDE AGORA DE VCS AÍ. PEÇO A
QUANTIA DE 4.000,00 E FICA ENCERRADO O CASO.
VI UMA DENUNCIA NA MÍDIA, QUE VCS NEGA O QUE
É DIREITO NOSSO. ESTOU ENVIANDO UMA BULA
DO REMEDIO QUE ESTOU USANDO VEJA O CADSA

QUE TOMA TAL REMEDIO.

SE A LIDER ACEITAR EU FAÇO UM

PROPOSITO DE ENCERRAR COM ESTE ACORDO

SÓ NÃO ESTOU ENVIANDO UM LAUDO MAIS ATUAL POR MOTIVO FINANCEIRO, POIS É PRECISO PAGAR UMA CONSULTA, PARA O HOSPITAL E FALAR C/ O MÉDICO.

ESPERO ~~CONTRAR~~ CONTAR COM O BOM ENTENDIMENTO DE VOCS;

AGUARDO RESPOSTA.



OBS.: ESTOU ME EXPONDO P/ VOCS DIRETAMENTE

POIS AINDA SINTO TONTURA E NÃO ESTOU TRABALHANDO POR ESSE MOTIVO, POIS É PERIGOSO O TRANSITO E QUEM TOMA ESSES REMEDIOS É MAIS COMPLICADO.

FALEI C/ OS DOIS MÉDICOS AQUI DA REGIÃO ELES NÃO ENTENDE POR QUE VOCS NEGAM. ESTOU SABENDO QUE É NEGADO AÍ MESMO, POR FAVOR! VAMOS COLOCAR UM PONTO FINAL. BASTA 4.000,00

ESPERO NÃO PRECISAR RECORRER AO ADVOGADO

(PF 217 435 333-49 RS 345-732

TEL (86) 9.88257584

Clinica Batista

Rua Gabriel Ferreira, 630/640
MENTOR - Sistema de Gestão Hospitalar
Solicitação de Exames

Data/Hora 08/08/2017 13:00:53

Página 1



170503.01

Nome ADJUTO FERNANDES NETO

Sexo M CPF 21743533349 RG 545792

Prof.

Cel. 86988257584

Nascimento 05/02/1962 55 anos Tel.

Médico LIVIO CARVALHO BARRETO

Médico Solic. SEM SOLICITACAO

Endereço SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150ALTO ALEGRE TERESINA PI

Local CENTROIMAGEM- MEDICINA

Código 170503.01

Unidade: 00

Convênio PARTICULAR

Matrícula SN

Plano GERAL

Guia/Senha /

Atendimento 08/08/2017 12:57:33

Recepção DIONIZIO

Código	Descrição	Qtd	Local	Guia	Solicitante	Cod.Mov	Valor
41001052	T.C Cranio	1	CENTROIMAGEM-		SEM	170503.01	0,00

CENTROIMAGEM-MEDICINA DIAGNOSTICA

Rua Honorio de Paiva,383 Pícarra

Teresina- PI- 3301-3000

(Por trás da Pax União da Miguel Rosa)

CLINICA BATISTA PEGGY PENBLA

PAGO

Em 08/08/17

Visto

Previsão de Entrega: 10/08/2017 13:00

Obs:

APRESENTAÇÃO DESTE COMPROVANTE É OBRIGATÓRIO PARA O RECEBIMENTO DOS SEUS RESULTADOS.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO .

Sequelas permanentes: DANO NEUROLÓGICO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DANO NEUROLÓGICO EM GRAU LEVE, LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA REALIZADA EM 26/07/2018, 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170390744

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

Data do acidente: 06/05/2017

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE LEVE, FRATURA DA CLAVÍCULA E LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL E

Descrição do exame GLASGOW 15 E EM BEG.

médico pericial: LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL E SECUNDÁRIA FRATURA DA CLAVÍCULA COM DÉFICITS NEUROLÓGICOS RESIDUAIS. HIPOACUSIA EM OUVIDO ESQUERDO SECUNDÁRIA FRATURA MASTOIDE DESSE MESMO LADO.

Resultados terapêuticos: ADMITIDO EM GLASGOW 14 EM 06/05/2017 COM HSA TRAUMÁTICA E FRATURAS ACIMA CITADAS. SUBMETIDO À CONDUTA CONSERVADORA. SEM DÉFICIT COGNITIVO APARENTE NO MOMENTO.

Sequelas permanentes: Redução leve da acuidade auditiva à esquerda, Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/07/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do membro superior direito devido ao deficit de força muscular residual.
Indenização em grau leve da audição à esquerda secundaria a fratura de mastoide.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

UF do CRM do médico: PI

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			13,25 %	R\$ 1.788,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271108/17

Número do Sinistro: 3170390744

Vítima: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF: 217.435.333-49

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/10/2018
Nome: ADJUTO FERNANDES NETO
CPF: 217.435.333-49

ADJUTO FERNANDES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.788,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 6240C9CFD4FEA1A8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação 1B919784AB5CA769

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 742,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação B9DBC48E9C90AAE3

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADJUTO FERNANDES NETO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04249-8

CONTA: 000010005314-9

Nr. da Autenticação E801B602EE4C8FEF