

**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 SECUNDÁRIA 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 de 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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
COGNIÇÃO

% 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):
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

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 (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)

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 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):

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):

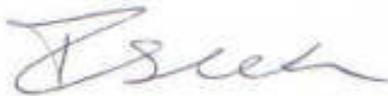
OMBRO ESQUERDO

% 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. HOUE 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'J. Mozes', is written over a light blue circular stamp.

**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 P. S. Bezerra

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°), 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 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 seqüela

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 SUBARACNOÍDE + 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.

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

Sequelas: 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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Julio O. Mozes', is written over a light blue circular stamp.

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11348043

A/C: ADJUTO FERNANDES NETO

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

Vitima: 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: 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, 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.

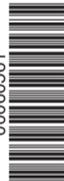
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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



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),

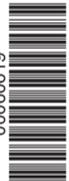
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170390744** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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**

Vitima: **ADJUTO FERNANDES NETO**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

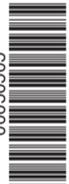
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170390744**.

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, 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), ELEVAÇÃO(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 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):

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 opção 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**

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 CEFALEIA 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):

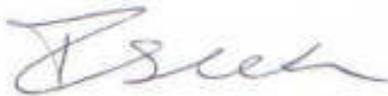
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



ALICERÇAMENTO DE PAGAMENTO DE INCIDÊNCIA DO IPI SOBRE O IPI



Nº DO SIMESTRO

CAMPO RESERVADO PELA SECELVIA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados relativos à tecnologia de Exportação (EX) para a área de comércio exterior, sendo que os dados devem ser preenchidos de acordo com o procedimento em vigor de forma a não causar prejuízo para o contribuinte de IPI.

Deputado Fernando Neto

IDENTIFICADOR DO IPI Nº 545.792, DISTRITO DO IPI SP-PI, EM 19/11/17, E OFF 202020020-09, VALOR DE 1.100,00, PROVEDOR Deputado Fernando Neto, VALOR REPRESENTA A CANCELAMENTO / CANCELAMENTO DO SEGURO INFRA DA VITUA Deputado Fernando Neto, AUTUNTO A SECELVIA PARA OS DEBITOS DO SEGURO CONTRA A SPECTUAR O CANCELAMENTO COM AS INFORMAÇÕES ADICIONAIS

(* A Declaração nº 443/2012, de 14 de maio de 2012, do Conselho Superior de Fomento Industrial, que trata da regulamentação da legislação tributária em matéria de comércio exterior, estabelece que o contribuinte de IPI deve preencher este formulário de acordo com o procedimento em vigor de forma a não causar prejuízo para o contribuinte de IPI.

- Caso tenha sido isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.
- Caso seja isentado - nos casos em que o contribuinte de IPI tenha sido isentado pelo IPI, de acordo com o artigo 150, inciso I, do Regulamento do IPI.

CORTEIO DO VERIFICANTE
14 JUL 2017
CENTRO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO S.A.
Rua Comendador João Batista, 465 Loja C
Centro - Niterói - CEP: 64.002-70

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados relativos à tecnologia de Exportação (EX) para a área de comércio exterior, sendo que os dados devem ser preenchidos de acordo com o procedimento em vigor de forma a não causar prejuízo para o contribuinte de IPI.

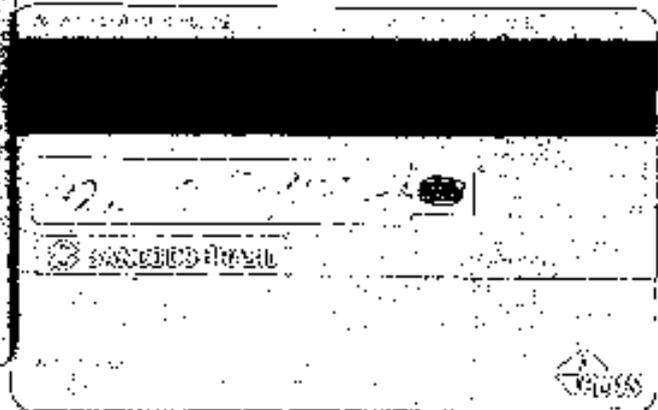
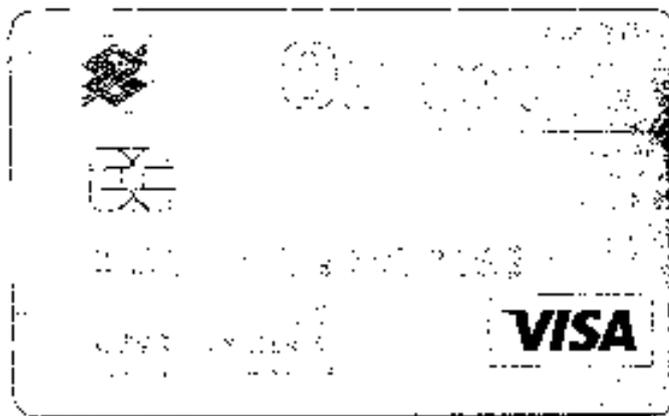
PARA CANCELAMENTO DO IPI EM COMERCIO EXTERIOR (PROCESSO DE EXPORTAÇÃO)
Nº DO IPI Nº DO IPI Nº DO IPI

PARA CANCELAMENTO DO IPI EM COMERCIO EXTERIOR (PROCESSO DE IMPORTAÇÃO)
Nº DO IPI Nº DO IPI Nº DO IPI

DECLARO QUE A MINHA ASSINATURA REPRESENTA UMA VEZ SÓ O CANCELAMENTO DO IPI EM COMERCIO EXTERIOR DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS NESTE FORMULÁRIO E QUE NÃO HÁ MAIS DÚVIDAS SOBRE O CANCELAMENTO DO IPI EM COMERCIO EXTERIOR.

Fernando 12 de Julho de 2017 Deputado Fernando Neto

Atenção: Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados relativos à tecnologia de Exportação (EX) para a área de comércio exterior, sendo que os dados devem ser preenchidos de acordo com o procedimento em vigor de forma a não causar prejuízo para o contribuinte de IPI.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 2153
 CONTEÚDO IDENTIFICADO
 1 & JUL 2017
 CENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Rosende, 465 Loja C
 Centro - Maré CEP: 64.033-79

..... DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO
 0045964 SU? CARVALHO AGUA 12/07/2017
 GURUCARD
 18:03:55 (Horário de Brasília)
 *****2153

Saldo N 73010031 e400

4000451010: SALDO DE POUANCA

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

VAR	SALDO ATUAL	VLR BLOQUEADO
051		

APLIQUE NA POUANCA GORO E POUPEX
 RENDA 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.



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	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	06/05/2017 - 09:30
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	ALTO ALEGRE
Endereço	
RUA CASTELO DO PIAUÍ, RUA ALTO LONGÁ, Nº	
Complemento	Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADJUTO FERNANDES NETO 55 ANOS	Isso Envolve: VITIMA/Noticiante
RG: 545792	
Mãe: MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS	
Endereço: RUA SOTERO VAZ, Nº 5150	
Bairro: ALTO ALEGRE	
Cidade: TERESINA	
Telefone(s): 86-3234-2031 86-8825-7564	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 JUL 2017

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência	GENTE SEGURADORA S.A
1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).	Rua Coelho de Resende, 455 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 SOCCORRIDO 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 595.792, e inscrito no CPF/MF sob o nº 209.435.333.49, residente e domiciliado na Rua: Sotero Vaz da 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 de 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 afeição 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

PLANILHA DE PERÍCIAS 13.06.17 CONDIÇÃO NÃO VERIFICADO 14 JUL 2017 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 35 Loja C Recife - North CEP: 64.002170
--



Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 964
 02 Data do chamado: 06/06/17
 03 PRO (aliquota): 2905
 04 Salário PA: 10.02
 05 Chegada ao local:
 06 Saída do local:
 07 Chegada ao 1º hospital:
 08 Saída do 1º hospital:
 09 Chegada ao 2º hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: Rua Pedro do Piou com Alto Lagoa
 11 Bairro: Alto Alegre
 12 Município: Uruatins

Dados do Paciente

14 Nome: Adolfo Fernando Neto
 15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
 16 Idade: 54 anos 1 - 0-10 anos 2 - 11-20 anos 3 - 21-30 anos 4 - 31-40 anos 5 - 41-50 anos 6 - 51-60 anos 7 - 61-70 anos 8 - 71-80 anos 9 - 81-90 anos 10 - 91-100 anos
 Se idade ignorada, preencha com 999
 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência:
 01 - Acidente de transporte
 02 - Agressão física-esparafusamento
 03 - Agressão física-FAP
 04 - Agressão física-FAB
 05 - Urgência psiquiátrica
 06 - Tentativa de suicídio
 07 - Evacuamento
 08 - Afogamento
 09 - Queimadura
 10 - Choque elétrico
 11 - Queda
 12 - Urgência clínica
 13 - Urgência obstétrica
 14 - Transtorno
 15 - Exames complementares
 16 - Outros
 17 - Já atendido
 18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1 - Passageiro 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
 20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outr 9 - Ignorado
 21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outr 9 - Ignorado
 22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinturão de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 1 - Abertura ocular 2 - Resposta verbal 3 - Resposta motora
 4 - Espontânea
 5 - Orientada
 6 - Obedece a comandos
 3 - À voz
 4 - Confusa
 5 - 1 - oraliza dor
 2 - À dor
 3 - Palavras inapropriadas
 4 - Movimento de retirada
 1 - Nenhuma
 2 - Palavras incompreensíveis
 3 - Flexão anormal
 2 - Extensão anormal
 1 - Nenhum

24 Sinais vitais: Pulso: 89, Resp.: PA, TAX, SatO2: 95

25 Local da lesão:

26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais
 27 Pulso Radial: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
 28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não
 29 Dor: Sim Não
 ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 - Sem dor, 1 - Leve, 2 - Moderada, 3 - Intensa, 4 - 10

30 Fratura: 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeita Exposta Fechada

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):
 Aspiração Pinça longa/curla Imobilização de extremidades Oxicênio Oxiac cervical Reanimação cardiopulmonar Curativos RED Assistência obstétrica Acesso venoso Medicamentos a

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT Não Removido
 33 Condições de entrada: 1 - Melhorada 2 - Plorada 3 - Alterada
 34 Óbito: 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte

Paciente vítima do acidente de moto a caminho no posto de trabalho, suspeito de ter sofrido lesões no tórax e membros superiores e inferiores. O local de ocorrência foi o posto de trabalho.

Responsável pela recepção: *[Assinatura]*
 Socialistas Médico: *[Assinatura]*
 AE/TE: *[Assinatura]*
 Enfermeiro: *[Assinatura]*
 Condutor: *[Assinatura]*

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho do Rego, 650 Loja 6
 Centro - Norte CEP: 64.112-2470



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Odjuntto Fernandes Neto

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

CPF nº 217.435.333-59, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua: Sotero Vaz da Silveira</u>
Número	<u>5150</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Alto Alegre</u>
Cidade	<u>Teresopolis</u>
Estado	<u>PR</u>
CEP	<u>64002620</u>
Telefone de Contato	<u>36-98111-8596 - 98808-5128</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresopolis 13.07.17

Assinatura do Declarante: Odjuntto Fernandes Neto

Fatura Mensal

Número		Endereço		Data	
1218767-0		Y11LS79501		30/06/2017	
Nome/Razão Social/Endereço					
MARIA DOS ANJOS PEREIRA RUA SOTERO VAZ DA SILVEIRA, 5150 ALTO ALEGRE TERESINA 64002620 AG- 31					
Situação		Categorias de Uso		Função	
3/1		1		110 4 04 0249 2370-000	
Data de Início			Data de Término		
26/05/2017			24/06/2017		
Mês/Ano		Módulo de Consumo		Valor	
		Letra		Cubo	
12/16		2215		16	
01/17		2229		14	
02/17		2242		13	
03/17		2254		12	
04/17		2267		13	
05/17		2283		16	
06/17		2509		226	
Cód. de Serviço					
14					
Valor					
226					

SR(A) CLIENTE,

NÃO FOI POSSÍVEL EMITIR A FATURA DESTE MÊS NO ATO DA REALIZAÇÃO DA LECTURA, A MESMA FICOU REEMISSA PARA ANÁLISE E SERÁ ENVIADA POSTERIORMENTE COM VENCIMENTO DENTRO DO PRAZO REGULAMENTAR. AGUARDE.

EM CASO DE DÚVIDAS FAVOR LIGAR PARA 0800.886.8888

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇAS DE MULTA/JUROS NORA CONFORME LET. FEDERAL 11.145/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Descrição	Unidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Valor Mês	308	30	308				
Valor Mês de Anterior	327	135	327				
Valor Mês de Anterior	254	103	317				

EVITE JOGAR LIXO NA REDE-COLETORA. ESSOYO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA Agência Especial de Pias da AGA		Número		Data	
1218767-0		110 4 04 0249 2370-000		AG- 31	
Situação		Função		Data	
3/1		1218767-0		JUN/2017	

CONTABILIZADO DE SIMISTRO
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Colina do Resende 465 Loja G
 Campo - Maré CEP: 64060-70



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daniel da Rocha Fernandes

RG nº 04529352727 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)

Luiz Sales 102, Alto Algaal 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: 9223C70066R128018
Data do Acidente: 06.05.17
Local e Data: Teresina, 18.07.17



Daniel da Rocha Fernandes
Assinatura do Declarante

Adriano Fernandes Neto

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

Cartão do 6º Ofício de Notas
Maria Rita Barros de Alencar
Escrevente Comprossada
Teresina - PI

TRIBUNA CARTÓRIO GRÁFICO DE NOTAS
LUIZ ANTONIO BARROS DE ALENCAR
RUA DO SILVÉRIO, 330 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64011-100



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEMAT
CONTUDO NÃO VERIFICADO

14 JUL 2017

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme do Romão, 855 Loja C
Centro - Teresina - PI - CEP: 64011-100

Maria Rita Barros de Alencar



DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO
 DE PAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 JUL 2017
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende 465 Loja C
 Centro - Nde CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE: Alexandra FERNANDES NETO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 442537

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

Rua Dr. Manoel Teófilo, 465 Loja C - Centro - Teresina - PI - CEP: 64.002-473
 TERESINA - PI - CEP: 64.002-473 - FONE: 051-22.33.0122-32 (1/0112-32)

*Nota OK
 Atendida*

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADJUNTO FERNANDES NETO		Pontuário: 442537	
Mãe: MARIA ESPERANÇA FERNANDES NETO		Pai: FRANCISCO BRASOS	
End. Resid.: RUA SÃO PEDRO PAZ 3100 - ALTO AZUL - TERESINA - PI - CEP: 64030-010			
Nascimento: 05/02/1962	Idade: 55a 11m 00d	Sexo: Masculino	Fone: -
Responsável: O MEU		Cris: 09000326219744	
Profissão: ATENDENTE		Documenta: RG: 541742 - 55991	
S. Instrução: São informado		E. Civil: Ignorado	
End. Local: -			

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 605918	Data: 06/05/2017 11:07:13	Condição de Atendimento: EMERGENCIA
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA DE MOTOCICLETA (NOVO)		Convênio: SUS
Atid. Trab.: Sim	Acid. Trabalho: Sim	Acid. Trab. Tipo: Não
CID Secundário: 4203		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Anal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFALICO	Evento Principal: por motocicleta	Destino: REURGENCIA GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: VICIUM DE ATENDIMENTO MOTOCICLISTA - ESTAVA COM LAÇOS DE RETRO-COLETAS CERRADAS - QUANDO SAIU, ESCORREGIU EN FRENTE - CAIU POR SOB E ALBERTO DECOMENTOU: SOU UM... CONSISTENTE, ORIENTADO, VIGIL.		Profissional Clás. Risco: ALVARO S. PEREIRA DOS... 06/05/2017 11:13:10	

DADOS CLINICOS

paciente vítima de trauma motociclista, vítima de queda de motocicleta

A: *Vias aéreas permeáveis sem sinais de obstrução*

B: *AC: MVD (M) - sem*

C: *FC: 70 bpm, Sinais vitais sem alterações, sem ruídos ou dor abdominal*

D: *Glicose 114*

E: *Exame de tórax (M) - sem alterações, sem ruídos ou dor abdominal*

EXAME: **OPR**

DATA: **06/05/2017 11:13:10**

CONDIÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de crânio

TC de tórax

TC de abdome

TC de membros superiores

TC de membros inferiores

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: **CONFUSÃO NÃO VERIFICADO**

DATA: **14 JUE 2017**

303040092 5068



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE Adjunto Fernandes Neto		PRONTUÁRIO ADM-06/05/2017 442537	DATA DE NASCIMENTO 06/02/1962 55a	CLÍNICA Neurologia	ENF. ou APT 211	LEITO 102 272A
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES TCE - politraumatizado			DATA HORA DA PRESCRIÇÃO 10/05/2017	MÉDICO ASSISTENTE Ricardo		
ALERGIAS Nenhuma			PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES	
1. Dieta branda			Col. Alto Hospital		8h - 10h - 12h - 14h - 16h - 18h - 20h	
2. SF 0,9% 1500ml EV dia			Dro. Analgesia Antiespasmódica		1 - 5 - 10 - 15	
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h			Dro. Encaminhada		1 - 10 - 20 - 30	
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h (SOS)			14 JUL 2017		1 - 10 - 20 - 30	
5. Plamet 1amp + AD EV 8/8h (SOS)			CENTRO DE SEGURANÇA S.A.		1 - 10 - 20 - 30	
6. Fenitoina 100mg VO 8/8h			Rua Cae. de Resende 463 Lda C		1 - 10 - 20 - 30	
7. Tramal 50mg VO 6/6h (se dor intensa)			Centro. Morf. CEN. de Saúde		1 - 10 - 20 - 30	
8. Diazepam 10mg VO (SOS)			14 JUL 2017		1 - 10 - 20 - 30	
9. SSVV 6/6h			Dro. Encaminhada		1 - 10 - 20 - 30	

MÉDICO/CRM:

[Handwritten signature and stamp]
 Dr. Ricardo
 CRM: 39.350

12h - 14h - 16h - 18h - 20h
 Hospital
 CRM: 39.350

12h - 14h - 16h - 18h - 20h
 Hospital
 CRM: 39.350

[Handwritten signature]
 CRM: 39.350



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Posto 01.

NOME DO PACIENTE <i>Adriano Fernandes Neto</i>	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>ps. USA E</i>					
ALERGIAS <i>Shiga 11</i>				MÉDICO ASSISTENTE	
				NEURO	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
-------------------	---------	-------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1. Dieta Branda		15h Realizada AVP em MSD. Col. 15h
2. SFO 0,9% 2000ml EV dia		20:30 Paciente consciente, orientado, expulso. Ch. Repouso no leito. 18:30
KCL 10% 10ml/soro		MSB, não alergia medicamentosa.
3. Ranitidina 1amp + 18ml AD EV 8/8h		Relato de vômito. Fecho medicação de
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)		relato com presença diurese esp.
5. Bromoprida 1am p. AD EV (SOS)		kanam. Encaminhado ao Posto 01.
6. Fenitoina 2ml + 18ml AD EV 8/8h (MOA P. 15)		
7. Haldol 1amp IM (SOS)		15:50h Pac. admitido
8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)		no P-01. Consciente, orientado,
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM		fadado, roseos. Suprimento
10. SSVV 6/6h		Equimose periorbital E.
11. Pantina 1amp (vo) 8/8h		Diurese espontânea.

MÉDICO/CRM: _____

AGENTE SEGURADORA S.A.
15 JUL 2011

BRUNO MACHADO
CRM 149472

BRUNO MACHADO
Enterrado
COREN: 149472

Luciana Aguiar da Silveira
Enterrado
COREN: PI 17.864

189876



Orgão Emissor: 021400031

RAH : 221710033620-3
UNI : H.M.T (PROF. ZENON ROCHA)

ADJUNTO FERNANDES NETO

RESPOSTA
06/05/2017

U.LIBERTY 00/03/2017 DT. LAUDO : 05/05/2017
PROCED. : 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO
EP.SIST: KELLINGTON
C/D: 3048

ASS. MARQUEZ LOPES DE ARAGAO
Médico Responsável

Código de
Internação:

189876

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSI

Identificação do Estabelecimento
1-Nome do estabelecimento solicitante
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TI
2-Nome do estabelecimento destinatário
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE T.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	ADJUNTO FERNANDES NETO	16 - Pontuação:	442537
1-CNS:	096002326214244	8-Nascimento:	06/12/1962
11-Mae:	MARIA ESPERITO FERNANDES CARLOS	9-Sexo:	Masculino
10-Razo:	(O MESMO)	12-Fone:	-
15-Endar:	RUA SAC PEDRO PAZ 5159 - ALTO ALGAR - CR2: 64000-020	14-Cor:	Cor Informado
16-Mulco:	TERESINA	17 Cod. TRAF:	25 100
		18-UF:	SE
		19-CYM:	64000-020

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas / Sinais:

Paciente caiu da moto com lesão e vomito

21 - Condições que justificam a internação:

WJ

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

TC: Contusões

23-Diagnóstico inicial:

Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAD MEDIO)

30-Carater: Iderr.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 000 952.819.243 22

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RICARDO MARQUES LOPES DE ARAGAO

34-Data Solicitação:

06/05/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 () Acidente de Trânsito	39-CRFB Seguros:	40-Nº. Seguro:	41-Porto:
37 () Acidente Trabalho Típico	42-CRFB Especial:	43-CRFB Proprietário:	44-UF:
38 () Acidente Trabalho Trajetos			

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

14 JUL 2017

48-Documento:

49-Par. Documento:

50-Res. Conselho:

51 - Nome do Paciente ou Responsável:

52-Endereço do Paciente ou Responsável:

53-Endereço do Estabelecimento:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua São Pedro Paz 5150 - Alto Aitgre - Teresina - PI CEP: 64000-010

Teresina-PI CEP: 64017-770 - Fone: 05.522.917/0622-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Prontuário: 442537)
 Endereço: RUA SAO PEDRO PAZ 5150 - ALTO AITGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/02/1962 Idade: 55a.3m:23 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 6059/8
 Requisição: 746351 Solicitação: 05/05/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 921731 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cad. SIA: 8206010079

Data Exame: 05/05/2017

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.
 - HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SUPRATENTORIAL À DIREITA.
 - SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
 - CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁCTICAS TEMPORAIS À DIREITA.
 - PNEUMOENCEFALO SUPRATENTORIAL À DIREITA.
 - FRATURA MASTÓIDE-TEMPORAL À ESQUERDA, COM ENVOLVIMENTO DA MASTÓIDE.
 - FRATURA NO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- MATERIAL HEMORRÁGICO EM MASTÓIDE E COVIDO EXTERNO À ESQUERDA.

(LUIS CEZAR)

INSTRUMENTADO DE SINISTRO
 DPVAT
 CANCELADO NÃO VERIFICADO
 16 JUL 2017

COMPTE SEGURADORA S.A.
 Rua Osório de Rondônia Loja C
 Centro - Nome CEP: 64.088-70

TERESINA - PI 08/05/2017

MARCELO COELHO AVELINO
 CPF: 552.218.633-5 2443 CRM
 Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Br. Cel. Tito 1320 - Madalena - Fone: 85 3479 4372
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/3022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO** (Frentuário: 442537)
 Endereço: RUA SAO PEDRO PAZ 8150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-910
 Nascimento: 06/02/1962 Insc: 5525174 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 606948
 Requisição: 740358 Solicitação: 06/05/2017 Solicitante: FABIO 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
- MEDIÁSTINO 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 2353
 Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
 DE PAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 14 JUL 2017
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro - Nof - CEP: 64 002478



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1923 - Edifício - Fone: 36 3229 4072
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0001-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADJUNTO FERNANDES NETO (Prontuário 442537)**
 Endereço: **RUA SÃO PEDRO PAZ 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI CEP: 64000-040**
 Nascimento: **05/02/1962** Idade: **55a.5m.7d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **609918**
 Requisição: **740353** Solicitação: **06/05/2017** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **921733** Clínica: **S U S**

RELATÓRIO:

Ind. SIA: 0204040035

Data Exame: 06/05/2017

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.

RENANQ

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 COSECO NÃO VERIFICADO
 14 JUL 2017
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
 Centro - Mossoró - RN CEP: 59.002-970

TERESINA - PI 13/07/2017

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
 CPF: 535.029.603-50 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, nemeia, 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

Geovani Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

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

Geovani Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
18 ABO. 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Cocho de Resanda, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64 002470

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIQUIRIA
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: (051) 9521-8688

e-mail: nirel@marcos.org.br@hotmail.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.sao-marcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

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

R

LAUDO MEDICO

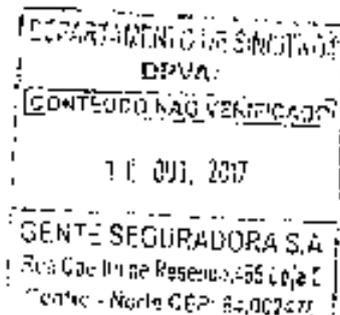
Paciente com relato de trauma craniano por acropelamento há cinco meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, nomeia, respte, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta médica.

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 NEUROCIQUIRIA
NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SEG: 13:30 - 15:00 * TER: 13:00 - 15:00 * QUA: 13:00 - 15:00 * QUI: 13:00 - 15:00 * SEX: 13:00 - 15:00

TELÉFONE(S): 9921-8285

e-mail: mrcollern@hmail.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. S. 0670
www.saomarcos.org.br

Receituário Controle Especial 2ª VIA - PACIENTE

Identificação do Eminentista

Nome completo: Geivan Borges Da Silva Freire	UF do CRM: PI	Nº: 4180
CRM: 4180PI		
End. Completo: Rua Olavo Bilac, 2300	Cidade: Teresina	UF: PI
Telefone: (86) 2106-8000		

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

Prescrição:

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

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Data: 10/10/2017

Assinatura do Médico

REGISTRO DE COMPROVANTE
DIFERENCIAL
CONTÉUDO 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 3106 8000 / 6400 280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0901-77 - L.E. 16660

www.sanmarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

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

Rx

LAUDO MÉDICO

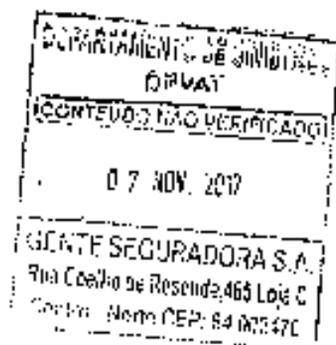
Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há seis meses, com queixas de tonturas e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigília, orientado, memória, repeto, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura alinhada de osso parietal esquerdo. Paciente com alta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

CID: S08.3

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
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) 9071-9885

e-mail: @telamoucaq@xinet.com



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. nº. 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

Galvan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

Data: 07/11/2017

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO OPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO
07 NOV 2017
AGENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Teresina - PE. 54 002470

Identificação do Comprador

Nome completo _____

RG: _____ Org. Financ.: _____

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, 2.110 * Ter. 066 21151-8000 * 0-021-2881 Teresina - Piauí

C.A.P.J. 09.870.026/0001-77 * 1 E-mail:

www.suomarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA SOTERIO VAZ DA SILVA 5150 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - 64.060-000

R

LAUDO MÉDICO

Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há oito meses, em queixas de tonturas e cefaléias ocasionais. No exame: vigíl, orientado, nomeado, repetido, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC do crânio com fratura afibulada de osso parietal esquerdo. Paciente em alta médica.

CLD: 996.3

Geivan Borges Da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

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

Geivan Borges Da Silva Freire
CRM - PI 4180

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cônego de Resende 455 Loja C
Centro - NADA QER: 64.062-4-0

CLÍNICA DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

NEUROLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: SRD: 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): 9921-2262

e-mail: mikes@nourng@hotmail.com



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone: 086 2106-8000 * 64001-260 Teresina - PI

C.N.P.J. 06.870.626/0001-77 * I. E. 0200

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

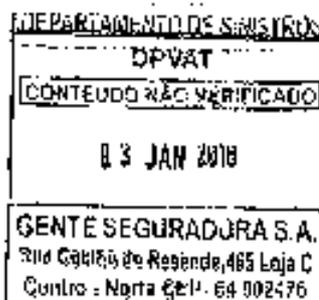
Paroxetina 10 mg 60 cap

tomar 1 cp 1x / dia pela manhã

Data: 03/01/18

Geivan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico



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 - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * 1. E. Isate

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 Coelho do Rosendo, 485 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: ____ / ____ / ____



Para toda vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2500 - Fone: (86) 2106-8000 - 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.872.025/0001-77 - C. B. Isento

www.sao-marcos.org.br



Para o Sr

ADJUNTO FERNANDES NETO

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



LAUDO MÉDICO

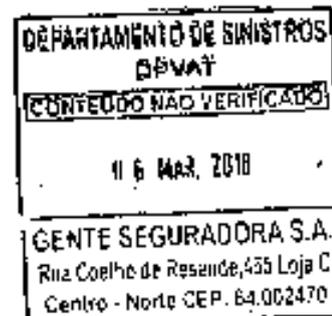
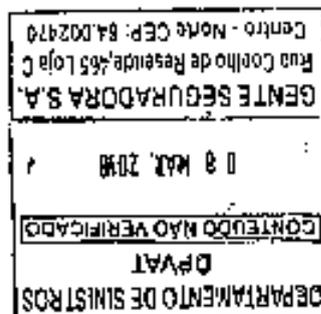
Paciente com relato de trauma craniano por atropelamento há dez meses, nos quadros de convulsões e cefaléia ocasionais. Ao exame: vigil, orientado, memória, atenção, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura afilhada de osso parietal esquerdo. Evoluiu em tratamento clínico.

CID: S06.2, 1842

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 NEUROCIRURGIA
NEUROLOGIA

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

TELEFONES: 9921-8585

e-mail: neurologia@hsmar.com



Para toda vida

Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Ovídio Bilac, 2300 - Fone (86) 2106-8006 - 64001-200 Teresina - Piau

CNPJ 09.870.026/0001-71 - 1.º andar

www.stmk.com.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 Ovídio 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

Neotriptina 25 mg 2 caixas

tomar 1 cp 1x / dia à noite

oral

Doxeren 100 mg 1 caixa

tomar 1 comprimido à noite

Data: 6 / 3 / 18

GEIVAN BORGES DA SILVA FREIRE
NEUROLOGISTA
CRM: 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
08 MAR 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

C.N.P.J. 06.874.024/0001-77 * I.E. Isento

www.saomarcos.org.br



Para o Sr.

ADJUNTO FERNANDES NETO

RUA BOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150 - ALTO ALLEGRO * TERESINA - PI * 64 000-000

R

LAMBO MÉDICO

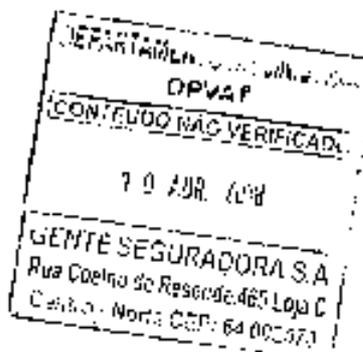
Paciente com relato de trauma craniiano por acropelamento há onze meses, com queixas de tonturas e cefaléias ocasionais, e piore recente com relato de episódio de desmaios (SIC). Ao exame: vigil, orientado, nomeia, repete, força e sensibilidade sem alterações, marcha preservada. TC de crânio com fratura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

DDD: 006.3, R42

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

Gervan Borges da S. Freire
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

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: neurologia@hsmar.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

Geivan 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



Comprovante de validade

VALOR CATADO E TERRA P...
 545.792
 19/11/82
ADJUTO FERNANDES NETO
 MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS
 FRANCISCO CARLOS
 LUIZ GOMES-RN
 06/02/1962
 CERT. CASAM. 4970 L 67 F 752
 EXP TIMON-MA 22/06/82
 217.435.333-49
 LEI Nº 2.119 DE 20/06/82 - DECRETO Nº 09.220/82

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
 GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Maria Espedita Fernandes Carlos
 C

1.ª Seção de Identificação de Similares
 EXPVAT
 COMPROVANTE DE VALIDADE
 14 JUL 1981
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lda C
 Centro - Norte CE - 64.062-70

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - ICAAD DE BELÉM MARTINS



Adauto Fernandes Neto

CARTÃO DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 545.792 DATA DE EXPIRAÇÃO: 19/11/12

TÍTULO: ADJUTO FERNANDES NETO

RELACÃO: MARIA ESPEDITA FERNANDES CARLOS
FRANCISCO CARLOS DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1962

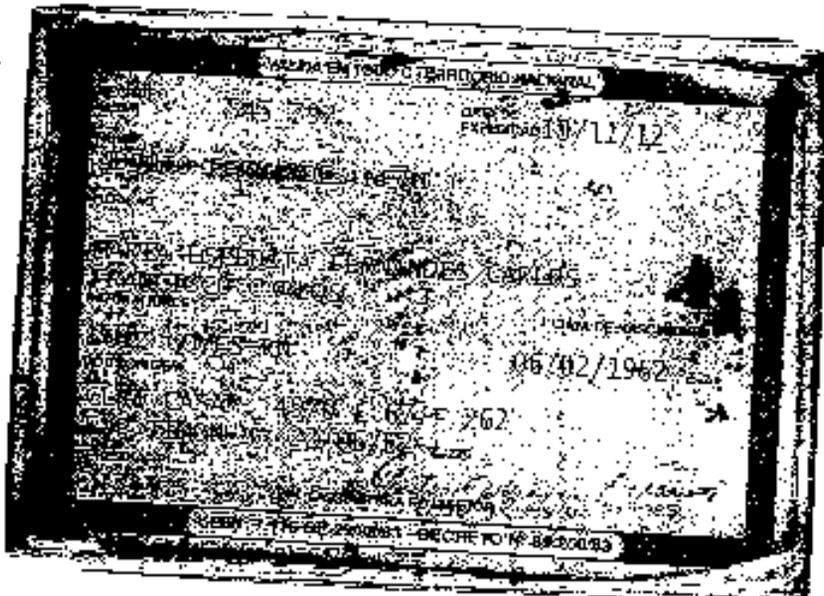
LUIZ GOMES - RM. JOS. ANDRÉ

CLRT CASAM: 4970 L 67 F 262
EXP. TITULO: MA 22/06/82

217.435.333-49

LEI Nº 2.174 DE 25/08/88 - DECRETO Nº 82.240/88

CONFIRMADO
CONTHEIRO NA VERIFICAÇÃO
10 ABR 2018
WENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho da Resende, 455 Loja C
Norm. COP. 54 0011



DEPARTAMENTO DE MINAS GERAIS
 GOV. DE MINAS GERAIS
 GOVERNADOR GONÇALVES
 12 DE MARÇO DE 1962
 GENTE RECORRIDA S.A.
 Rua ... de ... 483 ...
 ...



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 DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JUL 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Natal - CEP: 64.032.790

Recebido por: Adriato Fernandes Neto

Data do recebimento: 13/07/2017

Adriato Fernandes Neto



EU, ADJUTO FERNANDES NETO

DECLARO A ESTA EMPRESA DE SEGURO (LIDER) QUE ESTOU RECORRENDO A ANALISE DE DIREITOS DE IDENTIFICACAO REFERENTE A PROCESSO JA CONSTANTE NA CITADA SEGURADORA

MOTIVO DE RECORRER:

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

Adjuto Fernandes Neto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS BPVAT
CONTEUDO NAO 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 ATRAVÉZ DESTA PEQUENA CARTA FAZER
UM PEDIDO A ESTA TÃO CONCEITUADA EMPRESA
SEGURADORA LIDER, DIBO 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 ~~COM~~ ENTENDIMENTO E COMPRE-
ENÇÃO DE VOCÊS PARA ME IDENTIFICAR COM
UMA QUANTIA MAIS SIGNIFICATIVA.
ESTOU ENVIANDO CÓPIA DA RECEITA DO REMÉDIO
ATUAL. CONTO COM A EFICIÊNCIA DE VOCÊS

UM ABRAÇO - AGUARDO RESPOSTA
COMPENSADORA.

ADJUNTO FERNANDES NETO

TERESINA - PI - 10/10/17

DEPARTAMENTO DE DANOS
DPVA
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 OUT. 2017
COMPENSAÇÃO S.A.
Rua Coelmo de Resende, 465 Loja C
Centro - Natal - CEP: 54.062470

TERESINA, 07/11/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CENTRO DE VERIFICAÇÃO
17 NOV 2017
AGENTE SEGURADORA S.79
Rua Coelha de Resende, 465 Lda C.
P. 54.009470

A SEGURADORA DPVAT LÍDER



000000

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

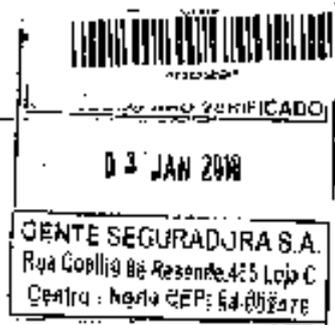
REFIRO-ME A UMA REAVALIAÇÃO COM MAIS INTENSIDADE OU SEJA UMA QUANTIA MAIS ELEVADA REFERENTE AO MEU PROCESSO QUE JÁ É DO VOSSO CONHECIMENTO. FOI UM ACIDENTE GRAVE O QUAL ME DEIXA IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR NO RAMO DE ATIVIDADE QUE EXERCIA, PILOTANDO MOTO EM UM TRÂNSITO CAÓTICO. ISSO NÃO É POSSÍVEL ATUALMENTE. 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

TERESINA, 03/01/18



AMIGOS QUE FAZEM PARTE DESTA HONRADA
EMPRESA DE SEGUROS.

ESTOU ENVIANDO ESTA CARTA PI VOÇÊS
DEVIDO O MEU CASO ESTÁ EM PERMANENTE
ESTADO DE COMPLICAÇÕES DE SAÚDE.

NESTE MOMENTO QUE ESTOU ESCRREVENDO, ESTIVE
NO CONSULTÓRIO DO MÉDICO ÀS 13:10 HRS.
FOI PRECISO O MESMO TOMAR UM COMPRIMIDO
DEVIDO A DORES NA LABEÇA DO LADO ESQUERDO.

ISSO VEM SE AGRAVANDO, POR ISSO NÃO
ESTOU AINDA TRABALHANDO POR DIFICULDADE
DE PILOTAR MOTO. EU CONTO COM O TRABALHO
DE VOÇÊS E QUE ME É DIREITO SOLICITAR
O COMPLEMENTO DESTA IDENTIFICAÇÃO, POIS
EU ESPERO O QUANTO ANTES UMA RESPOSTA
DE VOÇÊS. UMA BOM TRABALHO PI TODOS

CPF 2.17 435 333-49

OBS.: INCLUSIVE FOI AUMENTADO
OS REMÉDIOS

RG. 545-792

CONTATO PI CASO
PRECISE

Adriuto Fernandes Neto

ADRIUTO FERNANDES NETO

86(9-88252584) 86 3214 2331

TERESINA - PI - 25/01/18

À

SEGURADORA LÍDER

DEPARTAMENTO DE SWIST.
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rocha, 466 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002478

VENHO RELATAR P/VOÇÊS O MEU CASO QUE ESTÁ NO CONHECIMENTO DE VOÇÊS. EU ESTOU SEM TRABALHAR, POIS MEU ESTADO SE AGRAVOU. ENVIEI P/VOÇÊS LAUDO E COMPROVANTE DE NOVOS MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO. HOVÊ UM MAL ENTENDIDO DE VOSSA PARTE. VOÇÊS 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. VOÇÊS 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 Sousa, 463 Loja G Centro - Norte CEP: 64.092470

2

QUANDO O MESMO MANDOU FECHAR
EM PÉ ABRIR E FECHAR OS OLHOS
SENTI TONTURA, MAS ÉLE NÃO FEZ
CASO, NEM OLHAVA PÍ 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
BORRAGEM.

A TONTURA NÃO TEM HORA PÍ CHEGAR.

ESTOU FALANDO A VERDADE. SE QUIZER
ME MANDE PÍ 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

R.G. 545.792

CONTATO : 9.88257584

ORSS.: A TONTURRA ELA PRODUZ TIPO UM APAGÃO

VC TEM IDEIA O QUE É ISSO ?

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

DEPARTAMENTO DE SUSTENÇÃO
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
25 JAN 2010
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Getúlio de Resende, 465 Loja C Centro - Maritá CEP: 64.000

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

TERESINA 06/MARÇO/2018



DIREÇÃO DE SEGUROS DPUAT

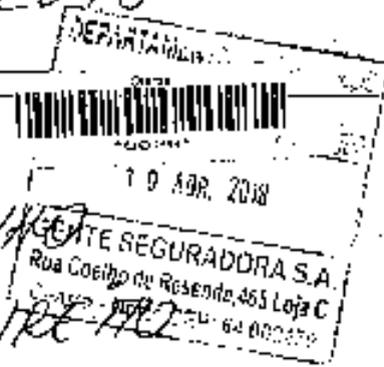


EU, ADJUTO FERNANDES NETO VEINHA SOLICITAR
O REANÁLISE DO MEU CASO DE ACIDENTE.
A ÚLTIMA VEZ VOCÊS ME MANDARAM PARA
UM MÉDICO O QUAL FAZ PARTE DE OUTRO
QUADRO CLÍNICO. O MEU CASO SE AGRAVOU E

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.

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

TERESINA, 06/ABRIL/2018



EU, ADJUTO FERNANDES NETO, VENHO
RECORRER AO SEGURO DPUAT, O DIREITO
DE IDENTIFICAÇÃO 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 - 64001-289 Teresina - Piauí

CNPJ: 08.800.026/0001-00

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

Data: 06/04/2018

GEIVAN BORGES DA SILVA FREIRE
NEUROLOGISTA
CRM-PI 4180

Assinatura do Médico

DEPARTAMENTO DE FARMACIA
DE FARMACIA
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
19 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S.A
Rua Coelho do Prado, 485 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 000-000

Identificação do Comprador

Nome completo: _____

RG: _____ Org. Emissor: _____

End. completo: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____



SAO MARCOS
Para toda vida

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. 06.875.026/0001-77 * I. L. 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 1x / dia à noite

oral

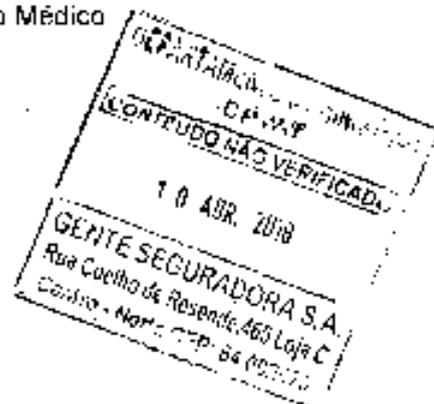
Donaren: 100 mg 1 caixa

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: ____/____/____

TERESINA, PI 12/06/18



DEPARTAMENTO DE REGISTRO DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENESE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 463 Loja C Cidade - Norte CEP: 64.00357

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 UCS?

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 UCS. NÃO VOU
MAIS INSISTIR COM O QUE NÃO DÁ
EM NADA.

11-2012 A..... Adauto Fournelle Neto

VOÇÊS 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 VOÇÊS

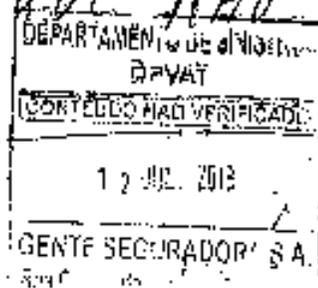
O SEGURO DIZ QUE É ATÉ 13.500,00

POR INVALIDEZ. O QUE É INVALIDES PARA
VOÇÊS? 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.



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 o risco de

afetar o seu bebê do uso

medicamento no risco de deficiências

neias cardíacas, em bebês cujas

roxetina nos primeiros meses de

que cerca de 1 em 50 bebês (2%)

paroxetina no início da gravidez

mparação com a taxa normal de

fa na população em geral.

amada de hipertensão pulmonar

o observada em bebês cujas mães

luindo cloridrato de paroxetina

ssão sanguínea nos vasos sangui-

ulmões é muito alta. O risco de

ies usaram antidepressivos como

gravidez foi relatado como sendo

PPHN observado na população

os por 1.000 gestações.

is para as mães usando cloridrato

ão se sabe se estes são devido ao

o parto, os seguintes sintomas

ente após o nascimento ou dentro

is uma vez, não se sabe se estes

drato de paroxetina. Os sintomas

ele azulada ou muito quente ou

ção, sensação de muito cansaço,

constante, músculos rígidos ou

nvulsões.

esses sintomas no nascimento ou

e dele, procure o seu médico.

podem passar pelo leite materno.

com seu médico antes de tomar

utilizado por mulheres grávidas

imediatamente seu médico em

cloridrato de paroxetina podem

afetar o seu esperma. 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 desordens 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 217435333.49 - E R.G.
545-792559. VENHO RELATAR UM ACORDO
QUE FAÇO JUNTO A SEGURADORA LIDER,

TENDO EM VISTA O CASO DO ACIDENTE QUE SOFRI
TER FICADO SEQUELA PROCURO ENTÃO PROCURAR
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 CONDUTA. EU
PROCUREI UM ADVOGADO, O QUAL ME PEDIU TODA DOCUMENTAÇÃO
PARA ENTRAR NA JUSTIÇA. ENTÃO ACHEI MELHOR FAZER
UM ACORDO JUNTO A SEGURADORA LIDER É 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 CASO

→

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 MEDICO.

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 MEDICOS AQUI DA REGIÃO ELES

NÃO ENTENDE POR QUE VOCS NEGAM. ESTOU SABENDO

QUE É NEGADO AI MESMO, POR FAVOR! VAMOS

COLOCAR UM PONTO FINAL. BASTA 4.000,00

ESPERO NÃO PRECISAR RECORRER AO ADVOGADO

(PF 217 435 333-49 RS 545-732

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



Nome	ADJUTO FERNANDES NETO	Código	170503.01	Unidade:	00
Sexo	M CPF 21743533349 RG 545792 Prof.	Convênio	PARTICULAR		
Nascimento	06/02/1962 55 anos Tel.	Matrícula	SN		
Médico	LIVIO CARVALHO BARRETO	Plano	GERAL		
Médico Solic.	SEM SOLICITACAO	Guia/Senha	/		
Endereço	SOTERO VAZ DA SILVEIRA 5150ALTO ALEGRE TERESINA PI	Atendimento	08/08/2017 12:57:33	Recepção	DIONIZIO
Local	CENTROIMAGEM- MEDICINA				

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

CENTROIMAGEM-MEDICINA DIAGNOSTICA
 Rua Honorio de Paiva,383 Picanha
 Teresina- PI- 3301-3000
 (Por tras da Pax Uniao da Miguel Rosa)

CLINICA BATISTA PEGGY PEMBER
PAGO
 Em 08/08/17
 Visto

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 31 OUT. 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

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

Titular do CPF: ADJUTO FERNANDES NETO

CPF de: Próprio

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

