

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CÓPIA].

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE LÍNGUAS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Bom Conselho (PE), 16/12/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bom Conselho
A NOSSA CIDADE PARA TER MELHORES



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido, o Sr JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES, Nº DO RG: 8.834.503 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao MESMO com ID – 0504, no dia 13 de SETEMBRO de 2019, às 22H e 00min, no endereço: PE 2018 com queixa de COLISÃO MOTO COM ANIMAL, tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU BOM CONSELHO, que prestou atendimento pré-hospitalar à vítima, transportado para o HOSPITAL MONSENHOR DAMASSO e em seguida realizado a transferência inter-hospitalar para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO com senha 5770739

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL, PRANCHAMENTO DA VÍTIMA, COLOCAÇÃO DO KED, AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS, CURATIVOS COMPRESSIVOS E A ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM A INFUSÃO DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9 %.

BOM CONSELHO – PE, 25 SETEMBRO DE 2019

KLEITSON ALBUQUERQUE DE ARAÚJO
COORDENADOR

Kleitson Albuquerque de Araújo
COORDENADOR AGRESTE

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE BOM CONSELHO
em ____ / ____ / ____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03547

CONTA: 000000014683-2

Nr. da Autenticação 3B59160299F00393

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO 17/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 10/09/2019	CONTA CONTRATO 007024003153
CICERO PADILHA SOARES	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 10/09/2019	Nº DO CLIENTE 2000048954
CPF: 843.386.434-91		NÚMERO DA NOTA FISCAL 076742324	Nº DA INSTALAÇÃO 0006347049
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RUA BARBOSA LIMA 83 - A	RESERVADO AO FISCO 33A1.E750.9D45.AF9D.8C92.B384.9940.B1D3		
CENTRO/BOM CONSELHO 55330-000 BOM CONSELHO PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	64,00	0,77952320	49,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,63
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 089064970-10/07/19			0,56
Multa por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			1,20
Juros por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			0,21
Atualização IGPM-NF 072878016 - 09/08/19			0,06
TOTAL DA FATURA			59,84

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
53,51	25,00	13,37	53,51	0,81	0,43	53,51	3,72	1,99

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54823000		kWh
		SET 19	64
		AGO 19	81
		JUL 19	81
		JUN 19	92
		MAY 19	91
		ABR 19	82
		MAR 19	84
		FEV 19	87
		JAN 19	86
		DEZ 18	84
		NOV 18	82
		OUT 18	75
		SET 18	76
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$	%	
Geração de Energia	18,46	34,40	
Transmissão	1,85	3,48	
Distribuição (Celpe)	11,23	28,99	
Energia Saneamento	2,64	4,53	
Tributos	16,78	29,91	
Perdas de Energia	3,54	6,12	
TOTAL	53,51	100	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003160485131	CAT	09/08/2019	2.750,00	10/09/2019	3.814,00	32	1,00000	0,00	64,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/10/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
JUL/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	BOM CONSELHO	0,00	5,91	11,82	23,84
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	2,30	6,50	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	3,46	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICR: 12,22
EURO-Valor de Encargo de Uso - R\$ 19,09					
Tudo Consumidor pode solicitar a operação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo					

HR

[Signature]
Maurice A. ...
Carmel

13/09/19

Hors de réserve:

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Case 4-46 seeding:

Dados do paciente

Nome T. Vitorino de Barros Soares 28 Anos

Identidade

Data de nascimento

Sexo

Fern. () Masc. ()

História clínica

Paciente vítima de acidente de moto
com TCE atropelado. Ressonância apurada
lesões lacerações na face em nível da
superfície parietotemporo anterior. Consciente
orientado no go das vias e
memória. Exame 18.

Solicito avaliação de NCR e BME

SENHA: 5770739



Staphylococcus aureus
Carimboi

Nome: João Manoel de Aguiar Júnior Hora: 23:15
 Idade: 23 anos Peso: 70 kg Temperatura: 36,5°C PA: 120 x 80
 Endereço: Rua Carlos de Aguiar, 100 - Fátima
 Filiação: Marcelo de Aguiar Júnior - Mãe
 Acid. Trans: ☒ Acid. Trab: ☐ Agressão: ☐ Outros: ☐
 HDA: paciente vítima de queda de moto
com 100 cm de altura, altura 1,5
com 300 g de peso, apresentando lesão
na região da cabeça e membros inferiores
 Diagnóstico: AVC Numa
 Conduta: 57 70 739 HR
 Cons. Simples ☐ Cons. Terapia ☐ Cons. Observação ☐ Procedimento ☐
13 / 07 / 19 13 / 07 / 19
 Data Médico

SENHA DA REGULAÇÃO:

APOIO / DADO
med
FARMACIASecretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital de Restauração

Ficha de Atendimento

 Data: 14/09/19
 Médico: [assinatura]
 Técnico: [assinatura]

ETIQUETA

 070.107.6030
 041.40.2039

Nº PRONTUÁRIO: 1693293	Data e Hora de Atendimento 14/09/2019 03:52	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Nº. ATEND.: 1482106 Data de nascimento: 21/07/1991 Estado Civil: CASADO	Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES Idade: 28a 1m 25d Profissão:	Nm. Social: Sexo: MASCULINO Acompanhante: TAMIRES FEITOSA DA SILVA
DOC ID / Data expedição 8834503 / 09-Sol-08	Mãe: SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES Pai: CICERO PADILHA SOARES	Cartão SUS: 705001620549056
Endereço: RUA BARBOSA LIMA Bairro: CENTRO Cidade: BOM CONSELHO	UF: PE	Numero: 83 Complemento: Telefone: 981209982
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) / CEFALEIA		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:	Assistente Social	
História Clínica: # Relato de colisão moto - cavale, com perda de consciência. Excentava-se alcoolizado e com uso recente de crack. Período 13 PERA mov. 4 membros. ECO: TC de crânio + J. 10. L. anal. GNF.		
Atendimento Médico Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solu. Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que?		
Exame Físico:		
A. Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:
B. Respiratório C. Circulatório		
PA	X mm	Pulso bpm
Hemodinâmica: [assinatura]		

 SERVIÇO EXECUTIVO
 CONTAS MÉDICAS

 Bruno R. S. Rosário
 Resid. Neuropsiquiatria
 CREMESP 28873



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

D. Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input type="checkbox"/> MIE	Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas
Glasgow Abertura Ocular	Glasgow Resposta Verbal	Glasgow Resposta Motora								
Escore	Escore	Escore								
<p>E. C. = 15</p>										
<p>E. Exposição/Abdômen:</p> <p>SEM LESÕES</p>										
Diagnóstico inicial:										Cod. Procedimento
FRATURA DE CÂNDULO MANDIBULAR (C)										
Conduta:										Ass. Médico
<p>1) IMPLANTAÇÃO DE PLACA DE CÂNDULO E BOM;</p> <p>2) ALTA EM F.</p>										
<p>Allen Martins Cirurgião e Traumatologista Residência EM ORTOPEDIA CRM 12044</p>										
Evolução de Enfermagem:										Ass. Enfermagem
Definição do Caso:										Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Cirurgia	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input checked="" type="checkbox"/> Alta					
Internado na Clínica:						<input type="checkbox"/> Curado	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado			
Transferido para:						<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado			
						<input type="checkbox"/> Óbito				
<p>Autorização para Alta / Internamento / Transferência:</p> <p>Médico: Allen Martins CRM 12044 Data: 14/07/14 Hora: 10:00</p>										
<p>Termo de responsabilidade para Internamento:</p> <p>Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>No. da identidade: _____ Assinatura: _____</p>										
<p>Termo de responsabilidade de alta a pedido:</p> <p>Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.</p> <p>Data: _____ Nome completo legível: _____</p> <p>No. da identidade: _____ Assinatura: _____</p>										
Data e Hora Impressão: 14-Set-19										

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Formulário da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

Nome Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/07/1991
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: U0009
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MOTO X ANIMAL HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LÁBIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMBROS, QUEIXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA

Observação: SENHA 5770739

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Acolhido(s) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: JOSÉ IVANILDO BARROS SOARES

Foi atendido às 10:30 hs, do dia 14 / 07 / 2019

Diagnóstico Provável: _____

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE LUDOCRIMINOSO,
CHAMADO COM AVISADO DO DEBATE 21, UPAÇÃO
DO DEBATE 11 E 22 E FRATURA DE CÔRDIS
MANDIBULAR (D)

Tratamento Realizado: BAIXO DE CALÇA + BOM COM
ELÁSTICO

RECOMENDA DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
LABORAIS POR UM PERÍODO DE 15 (QUINZE) DIAS.

Observação: RETOURNO AO AMBULATÓRIO GERAL DO
HUCE, SÓ APÓS 14 / 07 / 2019. NO DIA 20/07/2019,
AS 14:30

Cópia de: _____

Atlan Martins

Residência Médica

Atlan Martins

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome completo:		
CRM:	UF:	Nº:
Endereço:		
Cidade:	UF:	
Telefone: ()		

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: José Inocêncio Gomes

Endereço: _____

Prescrição: Clonazepam (10mg) - 1Cx

3 cp Vo 1x/12h

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident:	Org. Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone: ()	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	

SENHA DA REGULAÇÃO:

APPROBADO / *med*Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

TOMOGRRAFIA HR

Data: 14.09.19

Médico: *070107030*Técnico: *041601030*

ETIQUETA

TE 020601030
020601030

Nº PRONTUÁRIO: 1693293	Data e Hora de Atendimento: 14/09/2019 03:52	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Nº ATEND.: 1482106	Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES	Nm. Social:
Data de nascimento: 21/07/1991	Idade: 28a 1m 25d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: TAMIRES FEITOSA DA SILVA
DOC ID / Data expedição: 9834503 / 09-Set-09	Mãe: SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES	Cartão SUS: 705001620549056
Endereço: RUA BARBOSA LIMA	Numero: 83	Complemento:
Bairro: CENTRO	UF: PE	Telefone: 981209982
Cidade: BOM CONSELHO		
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) + CEFALÉIA		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social:
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		
Cursos <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social:
História Clínica:		
<p>* Relato de acidente moto-avulsão, com queda de consciência Enxertava-se alcoolizado e com uso recente de epauk Gargal B PCCA mon 4 membros Acidente de trânsito + Jan 30 L. mal BNF</p> <p><i>BRUNO R. S. ROSADO</i> Médico Neurocirurgião CREMERPE 17712</p>		
Atendimento Médico		
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipu	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Atura:
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?	
Exame Físico:		
A. Geral: Voz aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
C. G. <i>oculto</i>		
B. Respiratório: <i>auscultado</i>		
C. Circulatório: PA: X mm	Pulso:	bpm
Sinais vitais: <i>estáveis</i>		

SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

D. Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD	<input type="checkbox"/>	MGSE	<input type="checkbox"/>	MID	<input type="checkbox"/>	MIE	<input type="checkbox"/>	Pupílas	<input type="checkbox"/>	Isocóricas	<input type="checkbox"/>	Anisocóricas
Glasgow Abertura Ocular	Nota	Glasgow Resposta Verbal	Nota	Glasgow Resposta Motora	Nota											

5-1-15



E. Exposição/Abdômen:

sem lesões

Diagnóstico Inicial:

Fratura de crânio fechada

Cod. Procedimento

Conduta:

- ② Afirmação de lesão de crânio e de base de crânio.
- ③ Alta com...

Ass. Médico

Atlan Martins
Clínica e Neurologia
Hospital da Restauração
Rua da Restauração, 1300
1300-1300

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Atlan Martins CRM: 15541 Data: 14/07/19 Hora: 10:00

Termo de responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 14/Set-19

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

Nome Paciente: JOSÉ IVANILDO DE BARROS SOARES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/07/1991
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: U0005
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MOTO X ANIMAL HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LÁBIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMBROS, QUEIXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA

Observação: SENHA 5770738

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/09/2019 03:37

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MONSENHOR ALFREDO DAMASO

HR

[Signature]
Médico assistente
Carimbo

13/09/14

Hora da reserva:

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Dados do paciente

Jose T. V. da Silva de Barros Soares 20 anos

Identidade

Data de nascimento

Sexo

Fem. () Masc. ()

História clínica

Paciente vítima de acidente de moto
com TCE atenuado, fraturas abertas
lacerações na face, fratura da base
do crânio, lesões no tórax, membros
superiores e inferiores. Condição
estável. Exame físico: 15.

Solicitado Avaliação de NCR e RME

SENHA: 5770739

[Signature]

Médico assistente
Carimbo



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

JOE Y Manoel de Bona

1482106

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#ETOMF + 14/09/13 5h

Paciente com história de colisão motor-veículo
 Neste consulto, insatisfeito, supinista, normotensão, 86Kg.
 No exame BNF apresenta edema e laceração em
 lábio inferior, hemorragia em dente 11 e ausência do 21.
 Edema em região pré-auricular D. TC de face
 sugere fratura de condilo D.

CD. D. Rodrigo Souto

② Acamp GNF / NCR

Dr. Rodrigo Souto
 CRM 100.000.000-0
 RUA DO COMÉRCIO, 100
 CEP 50.000-000

NLE # Joe, 18a

14/09/13 TC de maxila com fratura maxilar inferior

* CD. D. Rodrigo Souto

Acamp GNF

Dr. Rodrigo Souto
 CRM 100.000.000-0
 RUA DO COMÉRCIO, 100
 CEP 50.000-000

ETOMF +

14/09/2013

PACIENTE VITIMIZADO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

09 h

VITIMIZADO CENTRALIZADO ORIENTADO QUÍMICO, NENHO

CORPORA C/O DEBILIDADE AO DEBILIDADE BNF, APRESENTA

EDENIA E LACERAÇÃO EM LÍGUA LA FOMBA

AVULSÃO DO DENTE 21 E HEMORRÁGIA NO DENTE

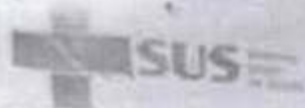
11 E 22 LIMITAÇÃO DE PROTRUSÃO BUCAL

TC DE FACE INDICA FRATURA DE CONDILHO ②

CONDILHO ② LESÃO BOMBA DE TACH, COM DANO

③ AIT BNF

Dr. Rodrigo Souto
 CRM 100.000.000-0
 RUA DO COMÉRCIO, 100
 CEP 50.000-000



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CIES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CIES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Francisco de Sousa Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

169 3123

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de exame

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de 30u 3D

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TOMOGRAFIA HP
Data: 14.09.19
Médico: Tomografia

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16 / 09 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE 13/09/19	DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 13/09/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA José Orlando de Barros Soares	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE Grave + Fratura de maxilar	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento Neurológico + Tratamento Cirúrgico da Maxilar	
ALTA MÉDICA Sim Não	Alta Médica 20/09/19
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

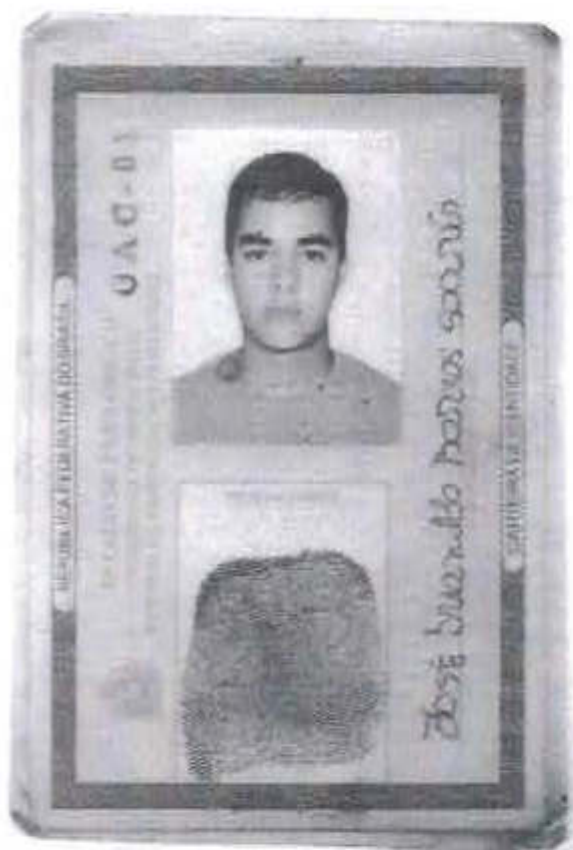
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Lesão funcional e permanentemente
2ª Diminuição do olfato e da paladar
3ª Em Via de recuperação em função da Trauma
4ª Perda de 10% da capacidade laborativa
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTERIORES À DATA DA AVALIAÇÃO, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Carimbo 10/10/19
LOCAL DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Rosângela Sobral
Médica
CREMEPE RJ-342



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PAG.01.05.12)
FRATURA DE MAXILAR (PAG.15)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PAG.01.05.12)
FRATURA DE MAXILAR (PAG.15)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452888/19

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

CPF: 101.004.884-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES : 101.004.884-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES
CPF: 101.004.884-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Steffany Carolyn Lins Veloso

**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: **3190701428**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA BARBOSA LIMA, 83 - Bom Conselho - PE - CEP 55330-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8834503**

Data e local do acidente: [**13/09/2019**] **Bom Conselho**

Data e local do exame: [**27/12/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

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

Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

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.

Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano cranio facial

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):

Estruturas cranio faciais

% 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):

% 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.



Andrea R. Madeira
CRM - 19953

Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701428

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701428 **Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

Data do Acidente: 13/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701428

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: **JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

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

Banco: **104**

Agência: **000003547**

Conta: **0000014683-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

