

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORUF
195451 SSP PI

CPF
077.532.253-91

DATA NASCIMENTO
02/03/1954

FILIAÇÃO
JOAO ODORICO FERREIRA
LUIZA MARIA DA
CONCEICAO FERREIRA

PERMISSÃO

AC

Nº REGISTRO
03326825915

VALIDADE
10/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/01/1981

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
19/12/2014

55065857216
PI314035559

SAN MARTIN COQUEIRO LINHARES
SUPERVISOR GERAL DO DETRAN-PI
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

1012642520

PROIBIDO PLASTIFICAR

1012642520

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

**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: **3190009828**

Nome do(a) Examinado(a): **GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TANCREDO NEVES, SN - URBANO - Arraial - PI - CEP 64480-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3.351.763**

Data e local do acidente: [**06/09/2018**] **Via pública**

Data e local do exame: [**14/01/2019**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo Crânio Encefálico com Contusão Frontal Direita.

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

Paciente com traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita, apresentando ao exame físico, episódios de cefaleia, tonturas e esquecimento. Sem outras queixas.

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.

Paciente com traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita; realizado tratamento conservador; não realizado fisioterapia; evolui com episódios de cefaleia, tonturas e esquecimento. Sem outras queixas. Paciente encontra-se lúcido, orientado, trajando-se adequadamente, sem apresentar distúrbios de comportamento e personalidade. Não apresenta alterações na fala e na marcha. Paciente em tratamento.

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:

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 120 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):

% 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

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

Paciente fazendo uso de medicação: HIDANTAL 100 mg - duas vezes ao dia.



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI

SOLICITAÇÃO:

A FENASEG

VÍTIMA: Gonzalo Henrique do Carmo Bueno

SINISTRO: 3190009828

Informo a essa representada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V. As(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia estarei com reclamação na SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Gonzalo Henrique do Carmo Bueno

Assinatura

Data: 20-08-2019

PELO REANÁLISE DO PROCESSO E ME RE
CONVOQUE PARA PERÍCIA, PARA CONSTA-
TAR AS GRAVIDADES DAS SEQUELAS E
ME PAGAR A MINHA INDENIZAÇÃO. POR QUE
TIVE LESÃO GRAVE, FIZ TRATAMENTO
E JÁ ESTOU DE ALTA DEFINITIVA.

Gonzalo Henrique do Carmo Bueno

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493997 **Cidade:** Arraial **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
BUENO

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo Cranioencefálico (contusão frontal direita).

Descrição do exame físico: Vítima de Traumatismo Cranioencefálico (contusão frontal direita), apresentando ao exame físico, queixas de cefaleia, tonturas, lapso de memória.
Não há sinais de atrofia, edemas ou cicatrizes; não apresenta déficit de força muscular; sem alterações da marcha, fala, atenção, memória ou orientação; compareceu acompanhado, lúcido, orientado, trajando-se adequadamente, sem distúrbios de conduta, comportamento ou personalidade; sem fazer uso de medicações;

Resultados terapêuticos: Vítima de Traumatismo Cranioencefálico (contusão frontal direita); realizado tratamento conservador; não realizado tratamento fisioterápico; evolui com queixas de cefaleia, tonturas, lapso de memória.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Florianópolis.

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 ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493997 **Cidade:** Arraial **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
BUENO

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo Cranioencefálico (contusão frontal direita).

Descrição do exame físico: Vítima de Traumatismo Cranioencefálico (contusão frontal direita), apresentando ao exame físico, queixas de cefaleia, tonturas, lapso de memória.
Não há sinais de atrofia, edemas ou cicatrizes; não apresenta déficit de força muscular; sem alterações da marcha, fala, atenção, memória ou orientação; compareceu acompanhado, lúcido, orientado, trajando-se adequadamente, sem distúrbios de conduta, comportamento ou personalidade; sem fazer uso de medicações;

Resultados terapêuticos: Vítima de Traumatismo Cranioencefálico (contusão frontal direita); realizado tratamento conservador; não realizado tratamento fisioterápico; evolui com queixas de cefaleia, tonturas, lapso de memória.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Florianópolis.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493997 **Cidade:** Arraial **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
BUENO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR PERITO MÉDICO EM 14/01/2019 E SEGUNDO O MESMO: "Vítima está em tratamento, fazendo uso de medicação: HIDANTAL 100 mg - duas vezes ao dia. Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias. Procedida avaliação médica na cidade de Floriano."

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190493997 **Cidade:** Arraial **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
BUENO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR PERITO MÉDICO EM 14/01/2019 E SEGUNDO O MESMO: "Vítima está em tratamento, fazendo uso de medicação: HIDANTAL 100 mg - duas vezes ao dia. Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias. Procedida avaliação médica na cidade de Floriano."

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190009828 **Cidade:** Arraial **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo Crânio Encefálico com Contusão Frontal Direita.

Descrição do exame médico pericial: Paciente com traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita, apresentando ao exame físico, episódios de cefaleia, tonturas e esquecimento. Sem outras queixas. Paciente encontra-se lúcido, orientado, trajando-se adequadamente, sem apresentar distúrbios de comportamento e personalidade. Não apresenta alterações na fala e na marcha.

Resultados terapêuticos: Paciente com traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita; realizado tratamento conservador; não realizado fisioterapia; evolui com episódios de cefaleia, tonturas e esquecimento. Sem outras queixas. Paciente em tratamento.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 14/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima está em tratamento, fazendo uso de medicação: HIDANTAL 100 mg - duas vezes ao dia. Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias. Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

Médico examinador: Abdias Viana dos Santos Junior

CRM do médico: 2031

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: 3190009828 **Cidade:** Arraial **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo Crânio Encefálico com Contusão Frontal Direita.

Descrição do exame médico pericial: Paciente com traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita, apresentando ao exame físico, episódios de cefaleia, tonturas e esquecimento. Sem outras queixas. Paciente encontra-se lúcido, orientado, trajando-se adequadamente, sem apresentar distúrbios de comportamento e personalidade. Não apresenta alterações na fala e na marcha.

Resultados terapêuticos: Paciente com traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita; realizado tratamento conservador; não realizado fisioterapia; evolui com episódios de cefaleia, tonturas e esquecimento. Sem outras queixas. Paciente em tratamento.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 14/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima está em tratamento, fazendo uso de medicação: HIDANTAL 100 mg - duas vezes ao dia. Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias. Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

Médico examinador: Abdias Viana dos Santos Junior

CRM do médico: 2031

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:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 3.351.763-PI

CPF: 055.753.573-50

Endereço: RUA TANCRDO NEVES N°S/N, B-URBANO, ARRAIAL-PI



PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 195451-PI

Est. Civil: CASADO

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO Nº262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim do outorgante receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tem direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para o perfeito cumprimento deste mandato.

FLORIANO-PI, 05 de DEZEMBRO de 2018.



Gonçalo Henrique do Carmo Bueno
Assinatura do beneficiário/vítima



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289723/19

Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

CPF: 055.753.573-50

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO : 055.753.573-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 22/08/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0289723/19

Número do Sinistro: 3190493997

Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

CPF: 055.753.573-50

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/09/2018

Titular do CPF: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

Comprovante de residência

GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO : 055.753.573-50

Comprovante de residência

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: 11/09/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190493997 Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Data do Acidente: 06/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
---------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493997

Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493997

Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190493997

Vítima: GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: -	CPF da vítima: 055.753.573-50	Nome completo da vítima: Gonçalo Henrique do Carmo Bueno
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Gonçalo Henrique do Carmo Bueno	CPF: 055.753.573-50	
Profissão: Recusado	Endereço: Rua Tomaz de Naves	Número: 52 Complemento: -
Bairro: Urbano	Cidade: Anápolis	Estado: PI CEP: 64.480-000
E-mail: -		Tel.(DDD): 89-35212793

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4574 CONTA: 3361 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concessão de indenização ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data: Florianópolis, 07.12.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gonçalo Henrique do Carmo Bueno

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

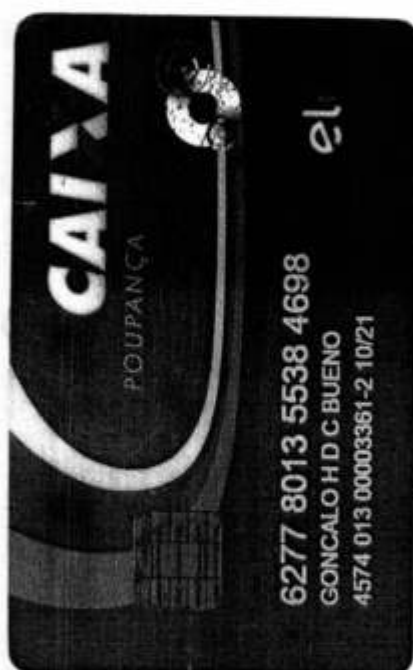
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
03 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 251843.000055/2018-65

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 21/11/2018 - 13:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ARRAIAL

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ARRAIAL

Endereço

PI 120, Nº:

Complemento



Data/Hora

06/09/2018 - 18:00



Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

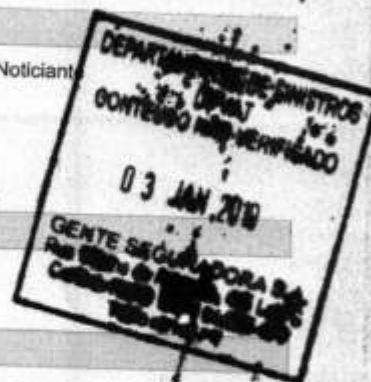
RG: 3351763 SSSPI PI

Endereço: RUA TANCREDO NEVES, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: ARRAIAL

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. POP100

Ano: Placa: Chassi:

DUD4152 9C2HB0210DR409699

Renavam:

524499780

Cor:

Preta

Condutor: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

End: RUA TANCREDO NEVES Número: Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata o noticiante que na data e hora acima expostas vinha pilotando a motocicleta de um amigo seu quando sofreu um acidente na PI 120, sofrendo um instantâneo desmaio. Indica ainda que não se recorda de mais nada, inclusive do momento que caiu da motocicleta. Por fim, indica que devido o acidente sofrido sofreu um traumatismo craniano moderado, onde o mesmo foi encaminhado para o Hospital Elias Helau, no município de Arraial e transferido logo em seguida para o Hospital Regional Tiberio Nunes, na cidade de Floriano. Finalmente, informa que o nome do proprietário da motocicleta é Everaldo José dos Santos, CPF nº 971.271.593-00.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat. 0867632
AGENTE DE POLÍCIA



GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO
GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: - CPF da vítima: 055.753.573-50 Nome completo da vítima: Gonzalo Henrique do Carmo Bueno
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Gonzalo Henrique do Carmo Bueno CPF: 055.753.573-50
Profissão: Revisor Endereço: Rua Tomaz de Naves Número: 52 Complemento: -
Bairro: Urbano Cidade: Anaíel Estado: PI CEP: 64.480-000
E-mail: - Tel (DDD): 87-35212793

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4574 CONTA: 3361 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação da condição permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data: Florianópolis, 07.12.18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gonzalo Henrique do Carmo Bueno
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.


RELATÓRIO MÉDICO

Relato que o paciente Gonçalo Henrique do Carmo Bueno, 26 anos, RG 3351763, CPF 055.753.573-50, vítima de acidente motociclístico no dia 06/09/2018 devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 251843.000055/2018-65, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano - PI no dia 07/09/2018, com prontuário médico número 178418, apresentando traumatismo crânio-encefálico, submetido a tratamento conservador. Após a alta evolui com cefaleia intermitente e vertigem Alta hospitalar.

CID: S-06-9

Floriano - PI

15/08/2019


Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 4315 / TEOT: 14175

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO**, portador da ID 3.351.763, CPF 055.753.573-50, sofreu acidente automobilístico no dia 06/09/2018 e teve atendimento no Hospital Municipal de Arraial e encaminhado ao Hospital Tiberio Nunes, onde foi diagnosticado traumatismo craniano, sendo tratado conservadoramente. Após os noventa dias de tratamento conservador e ambulatorial, teve alta definitiva no dia 05/12/2018 e relata evoluir com dor, lapso de memória, cefaleia e tremores em membros superiores. Paciente está fazendo uso de medicamento controlado e sente dificuldades de realizar suas atividades de vida diária.

CID: S06.9

Florianópolis – Pi, 05 de Dezembro de 2018


Cibelle Silva Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO: 187.848-F



178418

07/09/18

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE E SANEAMENTO

REGISTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

UNIDADE DE SAÚDE ELIAS HELAL TAJRA

Nome Gonçalo Henrique de Sousa Pinheiro
 DN 17/06/1993 Sexo M Plano Saúde? 160 44805671 00071
 Endereço Rua Francisco Nunes
 Barro Canoa D'Água Município Marcel UF PI
 Data 06/09/18 Hora _____ Ass. Func. _____

Queixa Principal: Dor de cabeça e dor nas costas

Ex. Clínico: paciente vítima de acidente automobilístico com lesão crânio em face (intelecto) e dor nas costas com mais lesões nas costas, dor na cabeça e dor no abdômen
PA 120x90, 55kg, P-80, 213, T=37,3, EC 6-15

Exame Complementares: pequenas lesões e fraturas

Diagnóstico Provável:

TCC moderado - Hemorragia subaracnóide

Medicação Prescrita/Procedimentos Realizados

1- Voltores 1-0 em
 2- _____

Neologismo novo + TC crânioAlta ☐ Internação ☐Encaminhado a: HLN

Assinatura Paciente / Responsável:

Assinatura [signature] ProfissionalMEDICO
CRM-PI 6886

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 ABO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

FUNCIONÁRIO: JOAQUIM

Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 69

GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

CPF: - RG: 3351763 - SUS: 160448056710007

Nasc.: 17/06/1993 Idade: 25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 644800

End.: 0 -

Bairro:

Cidade: **ARRAIAL/PI**

Cor: PARDA

Telefone: (89) 9429-3083

Mãe: MARIA MADALENA DO CARMO SILVA

Pai: MANOEL SANTOS BUENO

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 110 X 80

Procedimentos

07/09/2018 11:02 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

15:30h Foi realizado TC de crânio, aguardando as imagens + laudos

17:40h Enviado na ficha de urgência o laudo, aguardando as imagens + avaliação do neuro

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Maria madalena do C S Bueno

Responsavel: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionario: JUAQUIM

Senha 69

Sexo: MASCULINO
SUS

GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Nasc.: 17/06/1993 Idade: 25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão:

End.: 0 -

Bairro:

Cidade: **ARRAIAL/PI**

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 644800

IBGE: 2201002 Cor: PARDA Mãe: MARIA MADALENA DO CARMO SILVA BUENO

Pai: MANOEL SANTOS BUENO

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 0000 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO

Responsavel: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO - O MESMO

Procedimentos

07/09/2018 11:02 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE VITIMA MOTOCICLISTICO COM TCE MODERADO + LESAO CORTANTE EM FACE (SUTURADA) + MULTIPLAS ECORIAÇÕES

CONSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 110x80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

MEDICAÇÃO USUAL

NENHUM

CONDUTA

AO CLINICO



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES
2365146

4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
160448056710007

10 - NOME DA MÃE
MARIA MADALENA DO CARMO SILVA BUENO

12 - ENDEREÇO
0 -

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
ARRAIAL

8 - DATA DE NASCIMENTO
17/06/1993

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
178418

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9420-9478



14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2201002

15 - UF
PI

16 - CEP
64480000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
NEUROCIRURGIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF 96266422387

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM Nº 3671

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
07/09/2018

32 - ASS. E CARIMBO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF 078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data: 07/09/2018
 Hora: 20:25

BOLETIM DE ADMISSÃO

178418 - GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 17/06/1993 - 25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N02- NEUROCIRURGIA Leito: N0204 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 3671 - LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR

CPF: RG: 3351763 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: , N° 0 - CEP: 64480000 Bairro:

Cidade: 2201002- ARRAIAL/PI Profissão: Telefone: (89) 9429-3083

Pai: MANOEL SANTOS BUENO Mãe: MARIA MADALENA DO CARMO SILVA BUENO

Responsavel: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO - (89) 9429-3083 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:

☐ Sim



Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado

☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina

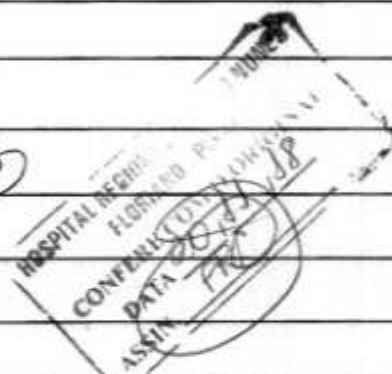
☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Obito

Transferido

História Clínica

TCE.

Cartuneo Franze



Diagnóstico Provável

TCE

Trat. conservador



Paciente: **GONCALO HENRIQUE DO CARMO BUENO**
Dt. Exame: 07/09/2018
Dt. Nasc: 17/06/1993

Idade: 25
Protocolo: 180246622

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

O exame foi realizado sem infusão endovenosa da substância contrastante.

Relatório:

Ausência de alteração significativa na fossa craniana posterior detectável ao método, estando o quarto ventrículo com situação, morfologia e tamanho normais.

estruturas da linha média centradas.

Sistema ventricular supratentorial com topografia, configuração e dimensões anatómicas.

As cisternas da base, as cisternas silvianas e os sulcos da convexidade, não apresentam anormalidades.

Foco calcário no lobo frontal direito, de aspecto sequelar.

Nota: Este exame foi realizado e avaliado em caráter de urgência/emergência, com protocolo específico para a identificação de condições de risco iminente para a saúde; portanto, achados não relevantes para o atual quadro clínico podem não ter sido mencionados.



Livia S. Oliveira

Dra. Livia Santana Oliveira
CRM-SP 194456



ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1065224 - GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Idade: 25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS

Data da internação: 07/09/2018 - 20:25:00

Sexo: M

Responsável: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Anotação

07/09/2018

13:40:24 ADMITIDO VINDO DO PS DEAMBULANDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO. REFERE QUEDA DE MOTO COM PERDA DA CONSCIÊNCIA NO LOCAL DA QUEDA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. - PA: 130/90 TAX: 36° F.C.: 62 F.R.: 78 Glicemia: 0

VALDINA

Técnico(a)

Assinatura

Data Impresso: 07

P:

M 06:00 PA 90 x 70 mmHg, PA 48 bpm, TAX 35.2°

Valdina Quahá
COREN-PI 547266-TE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 ABO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Valdina Quahá
COREN-PI 547266-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pt

Data impresso: 07

1065224 - GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Idade: 25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS

Data da internação: 07/09/2018 - 20:25:00

Responsável: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

17/09/2018

EDINALVA

Edinalva Nogueira
e
Carmel 3

21:50:00 ADMITIDO NESTE SETOR VINDO DO PS DEAMBULANDO, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, COM DIAGNOSTICO DE CONTUSÃO FRONTAL DIREITA E PERDA DA CONSCIENCIA NO LOCAL DO ACIDENTE. CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, ECG: 15. PUPILAS ISOCÓRICAS, MOVIMENTANDO OS QUATRO MEMBROS. ACOMPANHADO PELA MÃE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E/OU COMORBIDADES. SATURANDO: 97%. FC: 65 BPM. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABDOME PLANDO E INDOLORE A PALPAÇÃO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SOB OBSERVAÇÃO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
03 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE		PROFISSIONÁRIO		ENF. OU APT.		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE	
Cansado Henrique da Silva		Bento				203			
DATA / HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
07/09/18		FTCEP. tentamos Fmtil D1 Pseudo de lençóis por TCE C Dieta oral normal C SFO 9'6 - 1000ml Nali 10'6 - 1000ml C 50'6 - 1000ml C Fome 100mg - 10'6 C Depressão 2ml - 10'6 C Trombocitose 2ml - 10'6 C PA/Tx 6/6 C sob. peso 300 C Dr. Nunes				OBSERVAÇÕES			
						O dia 20/03/18 07-08-18 Pete chegou em no no, pediu bandagem superfície, nome no, 80-100/100 pressão 120/80			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
LINHA ÚNICA
03 JAN. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 AGO. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DATA 20/03/18
FEB 2018

Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM 3671



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, O - MANGUINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

Impresso: 08/09/2018 - 08
pá

PACIENTE: 1065224-GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS

ENFERMARIA: N02-NEUROCIRURGIA

LEITO: N0203

ADMISSÃO: 07/09/2018

DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

08/09/2018 - 08:46:47

Evolução Médica

08:46:45

TCE

CONTUSÃO FRONTAL DIREITA

CD:

OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

TC DE CRÂNIO CONTROLE AMANHÃ

DIETA BRANDA

SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML

CLORETO DE POTÁSSIO 10% 10ML

GLICOSE 50% 10ML

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML 1G INJETÁVEL

FENTONINA SODICA 100 MG

CLORID. DE RANITIDINA 150MG

CABECEIRA ELEVADA

SSV + CCG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

03 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 AGO. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM - PI: 3671

3671 - LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1065224 - GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

P₄
Data impresso: 08

Data da internação: 07/09/2018 - 20:25:00

Sexo: M

Idade: 25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS

Responsável: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Clinica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

08/09/2018

8:00:00	PCT SEGUE ESTAVEL SEGUE SOB A VIGILANCIA - PA:111x70 TAX: 36° F.C.:70 F.R.: 20 Glicemia: 0	FERNANDA	
2:00:00	PCT SEGUE NO 1 DIH EM REPOUSO NO LEITO CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, DEAMBULANDO, HIGIENIZADO, SONO E REPOUSO SATISFATORIO, ACEITA A DIETA OFERECIDA SEM QUEIXAS NO MOMENTO SEGUE SOB VIGILANCIA - PA:120x80 TAX: 36° F.C.:67 F.R.: 20 Glicemia: 0	FERNANDA	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
03 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA
64800-000, FLORIANO/PI
CNPJ: 06.553.564/0103-62
TELEFONE: (89) 3522-1489

55224-GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

LEITO: N0203
N02-NEUROCIRURGIA

ADMISSÃO: 07/09/2018

DIAS INTERNADO: 2

25 ANOS,3 MESES,20 DIAS

09/09/2018 - 09:06:53

Evolução Médica

09:06:49

TCE
CONTUSÃO FRONTAL DIREITA

CD:

OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

DIETA BRANDA PACIENTE COM MELHORIA DO QUADRO NEUROLÓGICO

PRECCOCH

RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO

09:07:20

SORO FISIOLOGICO 0,9 % 500 ML

CLORETO DE POTASSIO 10% 10MG

GLUCOSE 50% 10ML

DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML 1G INJETÁVEL

FENITOINA SODICA 100 MG

CLORID. DE RANITIDINA 150MG

CABECEIRA ELEVADA

SSVV + CCGG

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465 L
Centro - Norte CEP: 64.002-71

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
22 A GO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

As 92:40h

Dr. Leonardo Moura
Neurocirurgia
CRM: 3671

3671 - LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1065224 - GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO

Data da internação: 07/09/2018 - 20:25:00 Sexo: M Idade: 25 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS
Responsável: GONÇALO HENRIQUE DO CARMO BUENO
Clínica: NEUROCIRURGIA Leito: N0203

Anotação

09/09/2018

04:31:18 PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, RESPIRANDO SEM APORTE DE O₂, CONSCIENTE, ORIENTADO, NOMOTERMICO, NORMOTENDO, DIETA POR V.O., DIURESE ESPONTANEA, SEM QUEIXAS. - PA:124/79 TAX: 36° F.C.:68 F.R.: 0 Glicemia:

JACK

Jackeline Resende
Oliveira Avelino
CRM: 104057

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 AGO. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Técnico(a)

Assinatura

Obs. Pto Ngu com ciências orientada sem queixa no: 123x61mmHg
FC: 64bpm: 72x78°C

As 22h00. do dia 09/09/2018. Uniflex R= 20mm, Tax: 36°C, P: 63bpm, Tax: 102x64mmHg

Jackeline Resende
Oliveira Avelino
CRM: 104057

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
03 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470