

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200038030

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GENILSON LOURENCO DA SILVA

Data do acidente: 11/12/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS MÚLTIPLAS DE MAXILAR INFERIOR (MANDÍBULA).

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DA REGIÃO ANTERIOR E DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO ÓSSEO), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO CORPO DA MANDÍBULA BILATERAL, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA COM ROTAÇÃO DOS DENTES INFERIORES, DOR E PARESTESIA NA FACE, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ÉSTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA À DIREITA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DA ABERTURA DA BOCA
PERICIAADO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/02/2020

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**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: 3200038030
Nome do(a) Examinado(a): Genilson Lourenco da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Asseent Nove de Junho, S/N Casa
Area Rural Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / BA] 2555896-0
Data local do acidente: [11/12/2018]
Data local do exame: [04/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURAS MÚLTIPLAS DE MAXILAR INFERIOR (MANDÍBULA).

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA MÚLTIPLAS DE MAXILAR (MANDÍBULA) COM PLACAS E PARAFUSOS ASSOCIADOS A BLOQUEIO COM BARRAS DE ERICH POR 45 DIAS.

Complicações: ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA A DIREITA, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA

Data da Alta: 19/12/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM AUMENTO DO VOLUME DA REGIÃO ANTERIOR E DO CORPO DA MANDÍBULA À ESQUERDA (CALO ÓSSEO), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO CORPO DA MANDÍBULA BILATERAL, PERDA DA OCLUSÃO DENTÁRIA COM ROTAÇÃO DOS DENTES INFERIORES, DOR E PARESTESIA NA FACE, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA A DIREITA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DA ABERTURA DA BOCA PERICIAADO REFERE DIFICULDADE DE MASTIGAR.

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

Sim () Não

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

Sim () Não

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

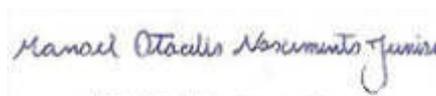
Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Marcos D.O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gemilson Laurenceo Da Góes inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.342.215/03 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Gemilson Laurenceo Da Góes inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.342.215/03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Dos Sílios</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Reservatório</u>	
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Sra Da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP	<u>49.680-000</u>
Email	<u>marcosdgloria@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>79.9918.9207</u>	Telefone celular (DDD)	<u>79.99.252568</u>	

N. Sra Da Glória, 20 de 09 de 19
Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Geulhon Lourenço de Almeida

DATA DA ENTRADA: 11/12/18

DATA DA SAÍDA: 11/12/18

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de moto que
por vezes múltiplos fraturas do fêmur.
Foi internada para tratamento clínico
e evoluiu para alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames de Urina e de Fezes MC.
Hemograma completo

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Patrícia Carvalho (R011-1121)

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 11 de 04 de 2018

Dr. Sérgio Eduardo M. Martins
Médico
CRM 1378
R. 451-515-49

031.366

MSO NAD
NCR
Operatório

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1826768 DATA: 11/12/2018 HORA: 22:43 USUARIO: ACSSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : GENILSON LOURENCO DA SILVA DOC...: 25558960
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 01/10/1989 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: ACENTAMENTO RONIVALDO FARIAS NUMERO:
COMPLEMENTO...: SUS INOPERANTE BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
NOME PAI/MAE...: LUIZ LOURENCO DA SILVA /MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA
RESPONSAVEL...: JOSE /IRMAO/SAMU TEL...: 79 9982981
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO 18
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *Pete vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU no protocolo, A carotenoides de face esquerda para avaliação da lesão. Paciente com o paciente com trauma de cabeça, trauma de face, trauma de tórax, trauma de membros superiores, trauma de membros inferiores, trauma de abdômen, trauma de pelve e trauma de membros inferiores. ECG: 24, apresenta alterações na órbita ocular. Lesão do osso condil e do osso superior, fratura da condil e do osso superior. Trauma da face, trauma de tórax, trauma de membros superiores, trauma de membros inferiores, trauma de abdômen, trauma de pelve e trauma de membros inferiores. MMH em região de fraturas, se edemas. ECG 24, apresenta alterações na órbita ocular. Lesão do osso condil e do osso superior, fratura da condil e do osso superior. Trauma da face, trauma de tórax, trauma de membros superiores, trauma de membros inferiores, trauma de abdômen, trauma de pelve e trauma de membros inferiores.*
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

Solicitado TC de Crânio, Face e Coluna Cervical
Solicitado Ra Tórax AP
Solicitado Análises Neurocirurgia e Neuro-oftalmologia

HUSE
CID: 42515
DATA HORARIO DE MEDICACAO: 12/12/18 22:43
HORARIO: 22:43
Técnico: *Seijo*

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Genilson Santos Silva
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Sérgio Pedroso JR
CRM-SE 3991
Cirurgia Geral e Trauma

CBMF
23:26:00
11/12/18

Paciente Transferido pelo SAMU. sob protocolo
Transferido de Pico Audombr. A equipe médica
que o paciente foi vítima de acidente
metacéfalo no + Shom. Relato érese
Nega dor ou desconforto. Nega injeção e
esta com imunização contra Tetano atualizada.
do. Apresenta FCC Transferido em linha su-
perior. direito. olhos e aguçados por orbita
direita. torticollis, ZOTE.

Concluído. Ampego e injeção de feridas
SAT 5000 UG IM 23:50h
Assinatura P/CBMF

Faturar TC de Face
Paciente internado e / múltiplas
fraturas de face e / sonda de ventilação
e / sonda de ventilação

Dr. Thadeu Rotiz
Cirurgião-Dentista
Esp. Pós-grad. em Periodontia
CRM-SE 1180

NCR 12/12/18 00:30

Paciente com história de acidente de moto
sem coperce te nega uso de Prisma ocular
nas lentes com visão

glaucoma 15 Pupila 2+ / 2+ Sem déficit
focais

TC de crânio Sem fratura nor e lesão
intradominiana. fratura nor de face

TC coluna Sem fratura

Alta NCR

Luiz Magalhães
NEUROCIRURGIA
CRM-SE 5289

DADOS DO PACIENTE

NOME: Crisilson Lourenço da Silva
SEXO FEM. MASC. IDADE: 29a ESTADO CIVIL: ✓
ENDEREÇO: Poço Redondo - SP FONE: ✓
RESPONSÁVEL: O irmão
DESTINO DO PACIENTE: HUSU (Dr. Daniel - Umas Trama)

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Plt. vítima de golpe moto-moto, apresentando
doença e fraturas do fêmur, em sistema subcutâneo
à esquerda e sinais de fratura de mão superior (B).
na admissão apresentou distúrbio de consciência (Glasgow-14),
20 x 7 mm, PC-77, SAT-93 mm, eversão e adução
na sonda de sonda de traqueia ou nasais.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) Dipirona - contínuo + Beas - IV
- 2) Paracetamol - contínuo + S.K. - IV
- 3) S.N.L. - contínuo - IV, 20qtd/min
- 4) C.B. Faltinha - qd - IV
- 5) Rx de ossos do fêmur (em áreas)

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Avaliação em Bulo - médico - fêmur e transferência

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS!

UPA Poço Redondo - SP
Unidade Hospitalar

21/12/18
Local e Data


Ass. R. M.

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 181375
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: GENILSON LOURENCO DA SILVA
Documento.....: 25558960 Tipo :
Data de Nascimento: 1/10/1989 Idade: 29 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: LUIZ LOURENCO DA SILVA
Nome da Mae.....: MARIA ELZA DOS SANTOS SILVA
Endereco.....: ACENTAMENTO RONIVALDO FARIAS SUS INOPERANTE
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49810-000
Telefone.....: 79 998298118
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1826768
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Leito.....: 999.0211
Data da Internacao: 12/12/2018
Hora da Internacao: 00:39
Medico Solicitante: 884.922.495-87 - THADEU RORIZ SILVA CRUZ
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

Alto
18-12-18
Muro Loure
22-2-19



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO



BUCO MAXILO FACIAL

GENILSON LOURENÇO SILVA anos DATA 17/12/2018

DIAGNÓSTICO **FRATURA 1/3 MÉDIO**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA PASTOSA	SND.
2	SFO,9% 500ML IV P/24H	500
3	SG 5%1500ML IV P/24H	500 500 500
4	KEFLIN 01G EV 6/6H	18 24 06 12
5	DEXAMETASONA 4MG IV 24/24h	18 06
7	ANTAK 50MG IV 12/12H	SOS.
8	Plasil: 01amp + 18ml AD, EV de 8/8 horas (SOS)	SOS.
9	TRAMAL 50MG +AD IV DE 8/8H SOS/	06 12
10	DIPIRONA 1G IV DE 06/06H +18 ML DE AD	
11	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
329		

Dr. Hélio Gomes de Azevedo
Cirurgia e Traumatologia
Bucal e Maxilofacial
CRO - SE 2364

Danielle Vivian da Silva
Enfermeira
COREN 203527 - SE

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO



BUCO MAXILO FACIAL

NOME	GENILSON LOURENÇO SANTOS	anos	DATA	18.12.2018
-------------	---------------------------------	------	-------------	------------

DIAGNÓSTICO	
--------------------	--

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	ALTA HOSPITALAR SERÁ OPERADO NO HOSPITAL DE ITABAIANA LIBERAR COM TODOS EXAMES	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
329		

[Handwritten Signature]
 Dr. João Al. de A. Souza
 Bico Facial
 CRO 785

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						