

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENILSON LOURENCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 000010001378-3

Nr. da Autenticação 9D67CC49B5382B66

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, ESTALOS E BLOQUEIO SEVERO BILATERAL, DESVIO DA MANDÍBULA PARA À DIREITA AO ABRIR A BOCA, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DA ABERTURA DA BOCA
PERICIA DO 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?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (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 (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o 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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF²**.

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 João Marcos de 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 Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.342.215/03 do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da Vítima Gemilson Laurenceo Da Silva, 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 Sinos</u>		Número	<u>217</u>	Complemento	<u>Escritorio</u>
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Sra da Glória</u>	Estado	<u>SE</u>	CEP
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

João Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE
INSC.

59.033

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Gemilson Lourenço da Silva

DATA:

25 / 11 / 18

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 07 / 10 / 89

SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI: Luiz Lourenço da Silva

MÃE: Maria Elza dos Santos Silva

ENDEREÇO:

Av. Benedito Farias

REFERÊNCIA: p. 11/11/18

PROFISSÃO:

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

25/11/18

PA - 140 x 90 mmHg

tejanara

Paciente com queixa de dor no peito e dificuldade para respirar.

1 - Exame físico normal

2 - Raios X de Tórax PA

[Handwritten signature]
11/11/18

NOME DO PACIENTE: Geulhon Lourenço de AlmeidaDATA DA ENTRADA: 11/12/18DATA DA SAÍDA: 18/12/18

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 volta de 11h15m fraturas do fêmur
tratadas com fixação cirúrgica.
Evoluiu para alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

+ da Lúmen de face MC.
hemograma completo

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Patrício Carvalho (RQE 1121)

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO ()

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 11 de

de

04

de

18

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

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: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

[illegible]

DIAGNOSTICO:

PRESCricao

CID: 42515
REGISTRO: 12
DATA: 12.12.2010
HORARIO: 09:10
Técnico: Rigo

Soluto TC de Coiro, face e plano cervical

Soluto Rx Tosina AP

Direct Analysis Neurocognition & Psychoanalysis

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

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

CBMF
23:26:00
11/12/18

Paciente Transferido pelo SAMU. sob protocolo
Transferido de Pao Audubon. A equipe médica
que o paciente foi vítima de acidente
metacáritas no + Shom. Relato é que
Nego dorcas mecânicas. Nego encefalo e
esta com imunização anti Tetano atualizado.
do. Apresenta FCC Transferido em linha m-
pauca. direito. esmo e agnoscia por objetos
objetos. lortolubus, ZOTE.

Concluído. Análise e infusões de fêmur
SAT 5000 U/L IM 23:50h
Alimentação 2/1000

TC de Face
Paciente internado e / múltiplas
Fraturas múltiplas.
Solicito exame
paleo-osteológico

Dr. Thadeu Roriz
Cirurgião-Dentista
Esp. Pós-grad. em Periodontia
CRM-SP 1180

NCR 12/12/18 00:30

Paciente com história de acidente de moto
sem cipele te nega uso de bebida alcoólica
nas horas com vontade

glaucoma 15 Pupila 2+12+ Sem déficit
focais

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

TC coluna Sem fratura

A lta NCR

Luan Magalhães
NEUROCIRURGIA
CRM-SE 8289

DADOS DO PACIENTE

NOME: CRUZILSON LUNARDO DA SILVA
SEXO ☐ FEM. ☐ MASC. IDADE: 29a ESTADO CIVIL: X
ENDEREÇO: POÇO REDONDO - GO FONE: X
RESPONSÁVEL: O IRMÃO
DESTINO DO PACIENTE: HUSO (DR. DANIEL - UNAS TRUJUMA)

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Plt. vítima de GOLPE MOTO-MOTO, apresentando
doença e fraturas do fêmur, em ortostese subcutânea
à fratura do fêmur do membro superior direito (B).
na admissão apresentava distúrbio cardíaco (LUSION-24),
22x7 kg, PC-77, SAT-93%, OXIGÊNIO E NASO
para suporte de oxigênio através de máscara.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- ① DILATOR - Contínua + 8ml - IV
- ② PAINKILLER - Contínua + 5mg - IV
- ③ SAL - 2000 - IV, 20g/100ml
- ④ C.B. FALCÃO - 1g - IV
- ⑤ Rx de ossos do fêmur (em anexos)

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Atuação do BULCO - médico - fêmur e Transfusão

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

UPA POÇO REDONDO - GO

Unidade Hospitalar

21/12/18

Local e Data

 Ass. de 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
Memoranda
22-2-19

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 24 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 Igor M. de F. Albuquerque
Cirurgião e Traumatologista
Bucodentofacial
CRO - SE 2364

Danielle Vivian da Silva
Enfermeira
COREN 21527 - 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						

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		

[Assinatura]
Dr. João Al. de A. Souza
Bucco 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						