



Número: **0000484-90.2020.8.17.3000**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Orobó**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALISSON DA SILVA AMORIM (AUTOR)		EUEDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74453364	02/02/2021 09:40	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo [ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões)]. Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 60. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053470

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALISSON DA SILVA AMORIM

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, contados 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

Pag. 001167020 - cat_LH - INVALIDEZ



Cata nº 15073824





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para o Centro de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 60. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053470

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALISSON DA SILVA AMORIM

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

Pág. 0031700316 - canal_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15465338





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo (ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 61 60. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 96. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053470

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISSON DA SILVA AMORIM

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas lóricas, 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%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidiz Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALISSON DA SILVA AMORIM

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 001

Agência: 000002369-8

Conta: 0000021327-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidiz 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 Invalidiz 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.

Pag. DPVAT/DPVAT - cat. 38 - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 320053470 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM Data do acidente: 10/11/2018 Seguradora: PREVISÃO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO COM TRAUMA TORÁCICO COM PNEUMOTORAX A ESQUERDA E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU III DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA E VENTILATÓRIA. LIMITAÇÃO MODERADA DA FORÇA MUSCULAR DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: EVOLUTIVO COM REABILITAÇÃO SATISFATORIA PARA OS DANOS, MAS COM DEFICIT FUNCIONAL DEFINITIVO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTÔNOMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 19/02/2020

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 torácicas, 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	22,5 %	R\$ 3.037,50





PI Autorização de pagamento O DPVAT

Indicar o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ CANS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ROL: CPF da vítima: 70934043400 Nome completo da vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ALISSON DA SILVA AMORIM CPF: 70934043400

Profissão: AGRICULTOR Endereço: FAZENDA VENTENTES Número: 79 Complemento: CASA

Ramo: ZONA RURAL Cidade: OROBÓ Estado: PE CEP: 55745-000

E-mail: endeglatos@hotmail.com.br Tel (DDD): (82) 98964579

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ ACIMA DE R\$20.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (conforme parâmetros estabelecidos pela SUSEP) ☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 9369 (8) CONTA: 91327 (6)

(informar o dígito ao lado) (informar o dígito ao lado)

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 elevação 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 não impossibilito de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Causa civil da vítima: ☐ Suicídio ☐ Causa (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separação judicialmente ☐ Viúvo Data da óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Última pessoa companheira(s): ☐ Sim ☐ Não Se a última deixou companheira(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Filhos: Vítima deixou assinatura (ver rescisão)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem sua 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.

Informo: Local e Data: OROBÓ, PE, 22 de janeiro 2022

Nome: CPF: TESTEMUNHAS

CPF: Assinatura

Assinatura de quem assina a RQGG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do documento, antes da preenchimento e assinatura.

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

FPS-003 V00L/2018



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL	
16/01/2020	Autoatendimento
236970044	0342
TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES	
FAVORECIDO	
AGÊNCIA: 236948	CONTA: 21.327-6
CLIENTE: ALISSON DA SILVA AMORIM	



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

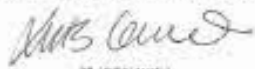
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200053470
Nome do(s) Examinado(s): Alisson da Silva Amorim
Endereço do(s) Examinado(s): Vertente, S/N - Ca
Zona Rural - Crato - PE - CEP: 55745-000
Identificação—Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10008626
Data [do] do acidente: [10/11/2018]
Data [do] do exame: [18/02/2020] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
POLITRAUMATISMO COM TRAUMA TORÁCICO COM PNEUMOTORAX A ESQUERDA E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU II DO OMBRO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data de alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DO PNEUMOTORAX E TRATAMENTO CONSERVADOR DA LAC. PERMANECERU TEMPO PROLONGADO EM SUPORTE DE UTI COM AVM E TRAQUEOSTOMIA. Complicações: ESTENOSE TRAQUEAL E FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ASSOCIADAS A ITR DE REPETIÇÃO. LAC COM INDICAÇÃO CIRÚRGICA NÃO REALIZADO TRATAMENTO DE ESCOLHA. Data de Alta: 17/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA E VENTILATÓRIA. LIMITAÇÃO MODERADA DA FORÇA MUSCULAR DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão definitiva irreversível) não mais susceptível à qualquer medida terapêutica?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (defeitos funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL AS ESTRUTURAS TORÁCICAS E MODERADO AO OMBRO ESQUERDO
Caso a resposta do item V seja "Não", corrigir adicionando apenas as sequelas no item VI "Sim". Caso a resposta seja "Sim", repetir o dano permanente no item VI "Sim".
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 5.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.345/2006 determina o dano corporal permanente e o quantifica 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 sequelas permanentes"
(Não existem lesões efetivamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de recuperação proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
| b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. | |
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTÔNOMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR. |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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 do(s) Médico(s) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. ANTONIO YVES
Médico
CRM: 177561



file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121C
DINTER/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0211000011

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **10:46**

Complementa o BO Número: 19F0211000728

Boletín de experiencia



ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/11/2018 às 17:43

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBO, 1, SÍTIO MATINADAS, ZONA RURAL DE OROBO - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ANTES DA CAIXA D'ÁGUA EM MATINADAS**

Local do Fator: **VIA PÚBLICA / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ DOMINGOS GOMES (OUTRO)
ALISSON DA SILVA AMORIM (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a). ALISSON DA SILVA AMORIM

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ALISSON DA SILVA AMORIM (presente ao plantio) - Sexo: Masculino M56: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA AMORIM Pai: ANTONIO FIRMINO DA SILVA Data de Nascimento: 15/04/1999 Nacionalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10009164-888PE (RG) 70934043400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
(Endereço Residencial) MUNICÍPIO DE OROSO, 1, SÍTIO GUARANI, ZONA RURAL DE OROSO - CEP: 55000-000 - OROSO - CENTRO - OROSO/PERNAMBUCO/BRASIL, NA SURIADA DA PICINA NO VALE DO LEÃO (RIO DE PEDRA)

JOSÉ DOMINGOS GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA KGOMES Pá:
MANOEL DOMINGOS GOMES Data de Nascimento: 1914/1962 Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 950031/SS/PIFE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SÍTIO CHÃO DO ROCHA, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP:
65000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO-BRASIL, PERTO DA IGREJA DE CHÃO DO ROCHA

图 1 为图 1 所示的模型。图 1 为图 1 所示的模型。图 1 为图 1 所示的模型。



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE OROBO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO
BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ DOMINGOS GOMES**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **ALISSON DA SILVA AMORIM**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKF8814** (PERNAMBUCO) Ano Informado: **2006/2007** Renavam: **894210211** Chassi: **SC2KC08607R007344**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN**

Complemento / Observação

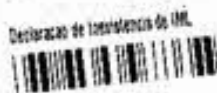
COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR. ALISSON DA SILVA AMORIM, QUEIXANDO-SE QUE NO DIA 16 DE NOVEMBRO DE 2018, ÀS 17:43 HORAS APROXIMADAMENTE, QUANDO TRANSITAVA NA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM NO SÍTIO MATINADAS OROBO, NO SENTIDO CHÁ DO ROCHA, NAS PROXIMIDADES, ANTES DA CAIXA D'ÁGUA, DERRAPOU A MOTO HONDA CG 150 TITAN ES, DE PLACA KKF 8814, DE COR VERMELHA DE PROPRIEDADE DO SR. JOSÉ DOMINGOS GOMES; QUE AO CAIR DA MOTOCICLETA QUE O MESMO ESTAVA PILOTANDO, FICOU DESACORDADO (DESMALADO); QUE CONFORME DECLARAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE NATUBA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU (UGS-47), QUE FOI ATENDIDO NA USA DE AROIRAS/PE E SEGUIU TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA EM CAMPINA GRANDE; QUE ASSINA A DECLARAÇÃO CINTHIA RAFAELLA DE ARAÚJO NUNES/COORDENADOR(ANT); QUE APRESENTA DOCUMENTOS DO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES/GOVERNO DA PARAÍBA/PE. DIANTE DO FATO EXPOSTO SOLICITA DA AUTORIDADE POLICIAL AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER E ASSUME TODA A RESPONSABILIDADE PELA PRESENTE QUEIXA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ALISSON DA SILVA AMORIM
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXSANDRO DE MOURA SILVA** - Matrícula: **273821-0**





O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



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:	28/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALISSON DA SILVA AMORIM

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000000021327-6

Nr. da Autenticação 619862D957A7CF9B





Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais informações, acesse o site www.sagedefortalecimento.gov.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre inscrições e prazos, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4026-1296 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 92 30

Eu, JOSÉ DOMINGOS GOMESRG nº 930037.***data de expedição 02/10/2021Órgão SSP-PCCPF nº 020804564-31

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro;

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	FAZENDA VERTENTES
Número	19
Apto/Complemento	CASA
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	BOBÓIO
Estado	PERNAMBUCO
CEP	55745-000
Tel. de contato	(81) 996964879
E-mail	encheja@pcc.com.br

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Jose Domingos Gomes
Assinatura do Declarante



Dados do Cliente

ANTONIO FIRMINO DA SILVA
%> FZ VERTENTES 19 -
ZONA RURAL OROBORO RURAL -
55745-000 OROBO PE -

Appendimento al Cliente



CELPE - 116

Atendimento 24 horas.
ANIEL - 167
Ligando gratuita de telefones fixos e móveis

Rede de serviço para Via para Pagamento Grupo 3 nº 1417879952

Costa Contratto

034030730785

Período de Fornecimento

18/12/2019 16:01:2025

Water Noto Fiscal (P&B)

\$24.99

Nº da Nota Fiscal

002923685

Date da Nota Fiscal:

10/03 14:20:20

Data de Vencimento

23/04/2020

Variante		Agenda/Cd. Cedente	Exatidão	Quantidade	Valor do Documento	(-) Descontos/Retenções
BANCO DO BRASIL S/A 991-9		23/01/2025	3064-3/54427-3	RS	RS 24,33	
(1) Outras deduções		(2) Montante p/ dia de atraso		(3) Outras retenções		Ficha de Caixa
Número		Nº do Documento		Valor Cobrado		Autenticação Mecânica
32174790103299428		8881741513		RS 24,33		

WTMS - Base de câmbio: R\$ 0,90. Alameda Valor de Imposto: R\$ 0,40

Destaque equi

BANCO DO BRASIL S/A		001-0		00190.00009 03217.475015 02209.42017E 1 81430000002433	
Local de Pagamento Pagável na rede bancária.		Vestimento		CONTRA APRESENTAÇÃO	
Código Companhia Energética de Pernambuco - Celpe		Agência/Cód. Controlador		3064-35447-2	
Data Documento 16/01/2028	Nº Documento 0501741513	Emissão Doc.	Acerto N	Data process.	
Unidade	Moeda	Quantidade	Valor	Mostrar Número	3217475010288426
Valor Bruto	17	R\$	Valor do Documento		R\$ 24,33
Instruções				(-) Descontabilização (-) Outras deduções (-) Mensalidade p/dia de atraso (-) Outros Acentuantes (-) Valor Cobrado	
1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na primeira fatura, resolução 414/2013/ANEEL 2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na primeira fatura, resolução 414/2013/ANEEL 3-Antecipação Monetária - sobre IGPW - Res. 414/ANEEL de 08/09/10 a ser cobrado na próx. fatura. 4-Pagável na rede bancária de reconhecimento da rede bancária 5-Usar o código "TITULO3" para pagamento em meios eletrônicos ou Internet.				R\$ 24,33	

004003730765

Sacada
ANTONIO FIRMINO DA SILVA
07662578468
SacadorAvalista

QUANTOS APÓS COMPENSAÇÃO



Ficha de Compensação	Autenticação Mecânica
----------------------	-----------------------





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos canais abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e gravação de segunda via online, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4033-1596 / Outros regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para dificuldades, anulações e de volta): 0800 022 12 06 | Central Ombudsman: 0800 021 92 30

Declaração do proprietário do veículo



Eu, JOSÉ DOMINGOS GOMES
RG nº 950031, data de expedição 02/10/82
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 02080456431
com domicílio na cidade de CRATO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
FAZENDA VENTENTES, CHÃO DO ROCHA, nº 79,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ALISSON DA SILVA AMORIM, cujo o condutor era
ALISSON DA SILVA AMORIM
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG150T, 14V Ano: 2006-2007
Placa: KKE8814 Chassi: 9C2KCB08507K007344
Data do Acidente: 10/11/2018

Local e Data: Ordo, PE, 10 de janeiro 2019



José Domingos Gomes
Assinatura do Declarante

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



COL**CENTRO DE DIAGNÓSTICO**

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

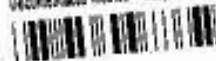
- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO

LAUDO MÉDICO

Documentos médicos - impressão



Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALISSON DA SILVA AMORIM, RG N° 10.008.958 e CPF 709.340.434-00, foi vítima de acidente de trânsito no dia 10/11/2018, sofrendo politraumatismos (TRAUMA TORÁCICO FECHADO, submetido a drenagem torácica, LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR OMBRO ESQUERDO TIPO III DE ROCKWOOD, submetido a tratamento conservador), evoluiu com infecção respiratória de repetição, estenose traqueal e fistula traqueoesofágica em parede posterior (BRONCOSCOPIA), redução do calibre do terço superior da traqueia (TC DO PESCOÇO), submetido a vários internamentos clínicos, traqueostomia e traqueoplastia. Atualmente apresenta deformidade óssea no ombro esquerdo (sinal da tecla de piano) com déficit da força muscular do MSE, parestesia na face anterior do pescoço e hemitórax esquerdo, disfagia e dispneia aos esforços. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 17/12/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.730 - RPEUT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **AUSSON DA SILVA AMORIM**, 20 anos, portador do RG: 10.008.958 e CPF: 709.340.434-00 foi vítima de queda de moto (sem capacete) no dia 10 de Novembro de 2018 às 17h43 em Natuba-PB, recebendo atendimento pela equipe plantonista do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU (USB-47). A vítima encontrava-se na Rodovia entre a cidade de Natuba e o Distrito de Matinaças, a vítima estava inconsciente, alcoolizado, seletivo, sem responder a nenhum tipo de estímulo, escoriações em todo corpo. Realizado o protocolo de atendimento conforme regulação médica e imobilização. Informado a central, a USB 47 seguiu destino a o encontro da USA de Aroeiras-PB a onde o mesmo seguiu para o Hospital de Trauma em Campina Grande. Todo procedimento realizado pela equipe durante o atendimento pré-hospitalar foi de acordo com a orientação do médico regulador da Central de Campina Grande - PB.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

Natuba, 01 de Março de 2019.



Cinthia Roriz de Araújo Nunes

Coordenadora/RT





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1771693

CLASS. DE RISCO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.266/0003-92
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-029 Data: 10/11/2018
Bairro de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Lúgiana Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: ALISSON DA SILVA

CEP: 58454000

Nascimento: 15/06/1999

AMORIM

Endereço: LUIA

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Natal

Morte: 019

Raça: BAIRRO

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA AMORIM

RG:

Nº:

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de Atendimento: 10/11/2018

CNS: 70950984640053

Motivo: ACIDENTE DE TRÁFICO

Hora: 20:52:44

CONVENIO SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS. PELA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|--------------------------|------------------------------------|
| 1. Abalo | 19. Fratura osso fechado |
| 2. Amputação | 20. Fratura osso aberto |
| 3. Anel | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria grave (varicela) |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfiamento subcutâneo | 27. Movimento contínuo paroxístico |
| 10. Escorregamento | 28. Objeto penetrante |
| 11. Equívoco | 29. Osmose |
| 12. F. Amarelado | 30. Paralisia |
| 13. F. Amarelado | 31. Paralisia |
| 14. F. Carilho | 32. Paralisia |
| 15. F. Carilho | 33. Queimadura |
| 16. F. Carilho | 34. Anel |
| 17. F. Carilho | 35. Sinal de choque |
| 18. F. Carilho | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada - %

DIAGNÓSTICO / CID:

Grau

1º Grau

2º Grau

3º Grau

4º Grau

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente em ritmo de queda de moto, sem
abominação da natureza por o mesmo em nome
com a cabeça no nível de asfalto. Foi resgatado
com a cabeça no nível de asfalto, e no momento
da queda sem a cabeça.
Entra com a cabeça no nível de asfalto.

ALERGIA:

Dados pessoais

MEDICAMENTOS:

Dados pessoais

PAILOGIAS:

Dados pessoais

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas

GLAUCOMA

Isocóricas



EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ale	Leito	Enfermaria
Alisson da Silva Amorim			Novo	2	
Data	Hora		Data	Hora	
03.01.19	M	Paciente em EGR, acordado, contac. com a equipe, expressa em SE/LAA, recostado, desarticulado. Não apresenta déficit motor, porém está com diminuição da força muscular e hipotrofia AP: M1+ em RNT. SINA Bandeira: Força ativa e passiva.	04.01	M	Pac. em EGR, acordado, e não desarticulado, aq. VEFm. Apicog. Hipotrofia muscular em movimento, SINA CE: M1+ MRP, Força ativa e passiva.
		Dr. André Roberto de S. FISIOTERAPÊUTICO CREFITO 408177	04.01	P	Paciente segue evoluindo em EGR, aq. em VEFm, sem SINA AP: M1+ e base NT+ E, D'RA CE: Força ativa e passiva.
03.01.19	M	Paciente mantém o quadro clínico Bandeira: M1+ MRP, estímulo a tosse e o grito.			
		Dr. André Roberto de S. FISIOTERAPÊUTICO CREFITO 408177	05.01	T	Paciente segue em EGR, AP: M1+ e base NT+ E, D'RA CE: Força ativa e passiva.
03.01.19	T	Paciente mantém o quadro clínico Bandeira: Força ativa e passiva, M1+ MRP, estímulo a tosse e o grito.			
		Dr. André Roberto de S. FISIOTERAPÊUTICO CREFITO 408177			



Urogas vasculares: () Único

Ausculta cardíaca: () Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: () Periférico () Central () Dissecção. Localização: NE Data da punção: 1/1

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipos somático: () Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () IVG () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: 1 Data: 1/1

Alterações: () Inapetência () Distúrbio () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: () Normotenso () Distendido () Tenso () Aclítico () Outros:

RHA: () Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há 1 dias () Outros:

Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:

Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: () Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()

Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: 1 Curativo em: 1/1

Dreno: () Tipo/Aspecto: 1 Débito: 1 Retirado em: 1/1

Úlcera de pressão: () Estágio: 1 Local: 1 Descrição: 1 Curativo: 1/1

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória

Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outros:

SONO E REPOUSO

() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipos: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Paciente não relata queixas. Apresenta dificuldade em co-
municar-se, porém compreensível. Segue sob cuidados da en-
fermeira.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 1 DATA: 01/01/21 HORA: 09:00 h

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/02/2021 09:40:17

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209401725600000072973881

Número do documento: 21020209401725600000072973881

FONTE: BORDINHO, R.C. Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2009)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Clayton da Silva Registro: Leito: 42 Setor Atual: Neuro

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (☒) Consciente (☐) Orientado (☐) Confuso (☐) Letárgico (☐) Torporoso (☐) Comatoso (☐) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: (☒) Isocóricas (☐) Anisocóricas (☐) O-E (☐) E-D (☒) Fotoreagoras (☐) Mioticas (☐) Midriáticas

Mobilidade Física: (☐) Preservada (☐) Paralisia (☐) Plegia (☐) Parestesia Local:

Linguagem: (☐) Qual? (☐) Disfonia (☐) Afasia (☐) Disfasia (☒) Disartria

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea (☐) Cateter Nasal (☐) Venturi % l/min (☐) Frequência (☐) Ayrn/Tubo

(☐) VMI (☐) VMI TOT n° Comissura labial n° FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia; (☐) Taquipnéia (☐) Bradipnéia (☐) Dispnéia (☐) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☐) Diminuídos (☐) D (☐) E

Ruidos adventícios: (☐) Roncos (☐) Sibilos (☐) Estridor (☐) Outros:

Tosse: (☐) Improdutiva (☐) Produtiva Expectoratória: (☐) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: (☐) D (☐) E (☐) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: (☐) Visão (☐) Audição (☐) Tato (☐) Olfato (☐) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo (☐) Agitado (☐) Agressivo (☐) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular (☐) Irregular (☐) Impalpável (☐) Filiforme (☒) Cheio



Nome do Paciente	Nº Prontuário		
Data da Operação	End.	Leito	
Operador	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório	Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tórax e Tórax - Ligadura - Sutura - Material Especificado - Aspecto Visual

Lesão anterior, hemorragia
lesão devida a perfuração
hemorragia devida a perfuração
lesão anterior
lesão

[Assinatura]

Dr. João Carlos de Costa
Otorrinolaringologista
CRM 1455

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



INSTITUIÇÃO DE SAÚDE NOME DO PACIENTE: ALISON DA SILVA ANDRE Nº do documento: 1771768		DATA DO EXAME: 02/02/2021 HORA DO EXAME: 09:40	
FICHA DE EXATICAÇÃO DE ISOTERAPIA EM ADULTO		Nº do protocolo: 00000000000000000000	
Nome do paciente: ALISON DA SILVA ANDRE Data de nascimento: 17/01/1970 Sexo: M Idade: 51 anos		Nome do médico: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Data de nascimento: 17/01/1970 Sexo: M Idade: 51 anos	
Motivo da consulta: Exame de rotina História clínica: Doença crônica, com sintomas de insuficiência cardíaca, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia.		Exame físico: Normal Sinais vitais: FC: 72 bpm, PA: 120/80 mmHg, FR: 18 rpm, SpO2: 98%	
Exame de laboratório: Normal Exame de imagem: Normal		Exame de função: Normal Exame de eletrocardiograma: Normal	
Diagnóstico: Doença crônica, com sintomas de insuficiência cardíaca Tratamento: Medicação para controle da pressão arterial e glicemia		Prognóstico: Bom Acompanhamento: Regular	





NOME: ALLISON DA SILVA AMORIM

PRONTUÁRIO: 1771766

UTI - AZUL

IDADE

19

DUTI

30*

LEITO: 06

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA																															
11/12/18	• POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO • TCE GRAVE (LAD) • SEQUELA PÓS - TCE • HEMOTÓRAX ESQUERDO DRENADO → RETIRADO • PNM ASPIRATIVA • PAV • SIND. DE ABSTINÊNCIA (DEPENDÊNCIA QUÍMICA) SEM USO: SEM ATR REF: USO: TAZOCIN (De 18/11 a 20/11) /// POLIVOXINA S + AMICACINA + VANCOMICINA (De 20/11 a 05/12/18) # ANTECEDENTES: ☒ TQT + VME ☒ AVC (VCI) ☒ SNG ☒ SVD ☒ OUTROS:																															
DISPOSITIVOS	☒ TQT + VME ☒ AVC (VCI) ☒ SNG ☒ SVD ☒ OUTROS:																															
CONTROLES 24h	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PAB</th> <th>PAB</th> <th>PC</th> <th>FR</th> <th>SPO2</th> <th>T°</th> <th>PVC</th> <th>HGT</th> <th>DIURESE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAX.</td> <td>140</td> <td>88</td> <td>90S</td> <td>VM</td> <td>99%</td> <td>38,5°</td> <td>**</td> <td>135</td> <td>1000 ML/24H</td> </tr> <tr> <td>MIN.</td> <td>103</td> <td>69</td> <td>70</td> <td>27</td> <td>98%</td> <td>35,7°</td> <td>**</td> <td>127</td> <td>BN → 1200 ML</td> </tr> </tbody> </table>			PAB	PAB	PC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE	MAX.	140	88	90S	VM	99%	38,5°	**	135	1000 ML/24H	MIN.	103	69	70	27	98%	35,7°	**	127	BN → 1200 ML
	PAB	PAB	PC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE																							
MAX.	140	88	90S	VM	99%	38,5°	**	135	1000 ML/24H																							
MIN.	103	69	70	27	98%	35,7°	**	127	BN → 1200 ML																							
EVOLUÇÃO MÉDICA	PACIENTE SEGUIR EM LEITO COMUM DE UTI, SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, SEM SEDONAÇÃO, TRACHEOSTOMIZADO. MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, APRESENTANDO PICOS FEBRIS, SEM DESSATURAÇÕES, SEM USO DE DIURETAS VASODILATAS OU INOTRÓPICOS. EVOLUINDO HIPORRESPONSIVO AOS ESTÍMULOS VERBAIS E/OU DOLOROSOS, SONOLENTO, AINDA SECRETIANDO, COM NÍVEIS PRESSÓRICOS E Glicêmicos NORMAIS, DIURESE PRESENTE COM VOLUME SATISFATÓRIO, BALANÇO HÍDRICO POSITIVO E FUNÇÃO RENAL PRESERVADA. ASMO: PASS +1, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTODILATANTES. RAO: ROR EM 7°, SNG, S/S. RAO: MV RUIX, COM RÓRROS ESPARÇOS. RABDOMIO: FLAVO, RHA +, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONIAL. REXTREMIIDADES: SEM EDEMAS, TPC < 2 SEG.																															
CONDUITA	• CUIDADOS INTENSIVOS • INTENSIFICAR FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA • PROGRIDIR DESMAME DA VME • SOLICITAR RAIO X DO TÓRAX																															

Obs: - At 10:40h. Paciente coberto por
Respirador e mantido em leito de UTI
sem tubos e ventis.
MÉDICO: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



Pele:	☐ Corada	☒ Hipertrofia	☐ Grosseira	☐ Suave	☐ Fria	☐ Aquecida
Tempo de enchimento capilar:	☐ 00 < 3 segundos	☐ 3 a 5 segundos	☐ 5 a 10 segundos	☐ 10 segundos ou mais		
Drugs vasculares:	☐ Quase					
Atividade vascular:	☒ Rápida	☐ Anômala	☐ Lenta	☐ Outra: Marromada	☐ Translúcida	☐ Deletiva
Calor vascular:	☐ Frio	☐ Normal	☐ Quente	☐ Desconhecido	Data de preenchimento: / /	
Edema:	☐ Não	☐ Sim	☐ Tipo	Observações:		
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)						
Alimentação:	☐ Normal	☐ Emagrecida	☐ Grosseira	☐ Coesa		
Dejeção:	☐ Completa	☒ Incompleta	☐ Não			
Alimentação:	☐ Não	☐ Sim	☐ Quantidade	☐ Qualidade	☐ Tipo	☐ Hora
Alimentação:	☐ Impulsiva	☐ Delicada	☐ Inconforto alimentar	☐ Vômito	☐ Prisão	☐ Outros:
Abdome:	☐ Normal	☐ Distendido	☐ Tenso	☐ Acolado	☐ Outros:	
RHA:	☒ Normal	☐ Anômala	☐ Aumentada			
Eliminação intestinal:	☐ Normal	☐ Lenta	☐ Constipação	☐ Diarréia	☐ Outros:	
Eliminação urinária:	☐ Espontânea	☐ Retenção	☐ Incontinência	☐ Hematuria	☐ Micção dolorosa	☐ Outros:
Aspecto da urina:	Observações:					
INTEGRADE FÍSICA E CUIDADO-MICRO						
Condição da pele:	☐ Inteira	☐ Ressecada	☐ Equimoses	☐ Hematomas	☐ Escoriações	☐ Outros:
Coloração da pele:	☐ Normal	☐ Anômala	☐ Rubra	☐ Cianótica	☐ Fungos da pele	☐ Preservado
Condição das unhas:	☐ Normais	☐ Anômalas	☐ Quebras	☐ Manifestações de saúde		
Inteiro completo:	☐ Localizado	☐ Generalizado	☐ Curativo em			
Dreno:	☐ Tipo	☐ Local	☐ Quantidade	☐ Retenção	☐ Outros:	
Ulcera de pressão:	☐ Não	☐ Sim	☐ Local	☐ Quantidade	☐ Retenção	☐ Outros:
CONDICÃO CORPORAL						
Condicionamento corporal:	☐ Independente	☒ Dependente	☐ Parcialmente dependente	Observações:		
Higiene corporal:	☐ Normal	☐ Anômala	☐ Higiene corporal	☐ Higiene pessoal	☐ Higiene ambiental	☐ Outros:
Limpeza física:	☐ Normal	☐ Anômala	☐ Outros:			
SONO E REPOUSO						
☐ Preservado	☐ Intermitente	☐ Dorme durante o dia	☐ Sono interrompido	Observações:		
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS						
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL						
Comunicação:	☐ Preservada	☒ Prejudicada	☐ Sentimentos e suas expressões	☐ Cooperativa	☐ Medo	
☐ Anômala	☐ Ausência de familiaridade	☐ Outros:				
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS						
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE EOU ESPIRITUALIDADE						
Religião:	☐ Praticante	☐ Não praticante	Observações:			
INTERCONECÇÕES						
Paciente que em estado geral quase tão quanto o sado, bastante curado, porém de modo por meio das que se na região corporal, e que se na parte de que se na parte de saúde, com presença de sinais, e que são sinais de enfermidade.						
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Alex Pereira Almeida ENFERMEIRO CORPORA. 518555						
DATA: 02/02/2021 HORA: 09:40 h						

FONTE: RESENDA, R.C. Guia de dados por nota de grupo focal. Porto Alegre (1996).





ALLISON DA SILVA ANORM		Enfermaria UTI AZUL		LEITO: 06	DATA: 01/03/2018
DIAGNÓSTICOS	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO			
1. Constipação	Alívio distendido () Dor à evacuação () Outra ()	Duráveis () Disidriação () Estresse () Outro ()			
2. Múltipla desequilíbrio: menos de 48h	Capacidade local forta () Dor abdominal () Músculos pilos ()	Outro (X) Fatores físicos () Fatores psicológicos () Outro ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()		
3. Dificuldade a auto cuidado para banho	Incapacidade de acessar o banheiro (X) Incapacidade de lavar o corpo (X)	Outro () Anedonia ()	Prejuízo neuromuscular (X) Dor () Fadiga () Outro ()		
4. Dor aguda	Alterações na pressão sanguínea () Ritmo variável de dor ()	Outro () Outro ()	Agentes lesivos (Ex: Fraturas, queimaduras, feridas, psicológicos) () Outro ()		
6. Hipertensão	Aumento de temperatura corporal acima dos parâmetros normais () Taquicardia () Taquipneia () Outro ()	Arterial () Diastólica () Pulsa () Outro ()	Aumento da taxa metabólica ()		
8. Integridade da pele prejudicada	Desidratação da pele (X) Perfuração da Superfície da pele (X) Outro ()	Período de Exatidão do Corpo () Outro (X)	Exatidão de pele () Exatidão prejudicada () Hipotermia () Medicamentos físicos () Outro (X)		
9. Mobilidade física prejudicada	Dificuldade para levantar () Desprezo ao esforço () Outro (X)	Outro (X)	Anedonia () Desconforto () Rigidez articular () Prejuízo muscular sequencial (X) Dor () Outro ()		
10. Paciente respiratório infeliz	Alterações na profundidade respiratória () Saturação de oxigênio () Outro (X)	Outro () Outro (X)	Anedonia () Dor () Fadiga () Obesidade () Outro (X)		
12. Risco de desequilíbrio eletrolítico			Acido () Quimioterapia () Vômito () Diarréia () Outro ()		
16. Risco de infecção			Aumento da exposição ambiental a patógenos () Outras práticas inadequadas () Procedimentos invasivos (X) Outro ()		
11. Risco de queda			Mobilidade física prejudicada (X) Medicações () Exatidão de pele () Agitação/Desorientação ()		
12. Risco de sono prejudicado	Modificação do padrão normal de sono () Ritmo de dificuldade para dormir ()	Outro ()	Falta de privacidade/controle de sono () Outro () Ruído () Iluminação física ()		
17. Outros					
17. Outros					





FLUXOGRAMA

Nome: Alisson da Silva Almeida Prontuário: 20670369

Pro/ Mick

24/05/2005	31/05	02/06	4/6	6/6/19	20/08/19	24/08/19
13.3	10.5	11.6	11.5	12.5	11.3	10.5
52.3	20.2	23.4	33.4	26.4	33.6	20
29.3			25.3	24		9.1
			32.8	22		2.2
			12.3			11.3
11.600	8000	12.500	13.100	14.300	11300	8140
	2/3/2					11.00
33.6/	21.6	58	64.8	65	50.7	50.7
8.43		1.8	3.92			55
0.81			0.13			335
14.4/	12.6/		23.1		35	
3.4/			9.42			
23000	20000	34000	34000	39000	35000	30400
12.3/13.1						
1.18						
33.7						
6.63						
2.3 1.0 0.5 0.8 0.4 0.8						
26.3	50.6	49.4	44	62		
0.4	0.7	0.7	0.8	0.9		
134.8	184	14.2	135			
3.9	4.6	4.3	4.6	4.5		
96	95.8	93.7	95	91		
130		14.1	120	120		
4.3						
32.4			40			
64.9			83			
0.1						
0.1						
0.2						
6.3						
4.1						
2.7						



RESUMO DE ALTA (REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)	
QUALIDADE: <i>Alta com sucesso</i> ISÃO: <i>10/11/20</i>	DN: <i>11/10/19</i> PRONT. Nº: <i>1141677</i> PROCEDÊNCIA: <i>NATURAS</i> ALTA: <i>29/12/19</i>
Ev. da hospitalização (dados positivos de anamnese / exame físico) <i>PA aumentado com frequência de 70</i> <i>pressão 120</i>	
Resultado dos principais exames <i>sem alterações</i>	
Diagnóstico e complicações <i>US - 11.3.14 37.7% / 11.1.19</i> <i>US - 30.11.19 37.7% / 11.1.19</i>	
Procedimentos realizados <i>medicamentoso</i>	
Prognóstico (hipotético ou definitivo) <i>TI - favorável</i> <i>paciente com frequência de 70</i>	
Recomendações médicas para o paciente / egresso <i>acompanhar a melhora clínica</i> <i>Alta com sucesso com medicação p/ 15</i> <i>em 15 dias com acompanhamento</i>	
Condições da alta ☒ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado Transferido para:	

Virgílio R. Costa
MÉDICO





Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas
Enfermaria de Pneumologia



TRATAMENTO REALIZADO:

Meropenem (D0: 27/05 - 10/06), Polimixina B (D0: 24/05 - 07/06).

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. 43º DPO de traqueoplastia e correção de fistula traqueoesofágica
2. Pneumonia nosocomial tratada
3. Desnutrição
4. Úlcera de decúbito: sacral em regressão

EXAME FÍSICO NA ALTA HOSPITALAR

Geral: EGB, consciente e orientado, emagrecido, eufônico, hidratado, hipocrômico (1+/4+), acianótico, anictérico, afebril.

ACV: RCR em ZT, BNF sem sopros. FC: 80 bpm PA: 110x70

AR: MV+ em AHT, sem Ru. StO2: 97% AA

ABD: Abdome plano, flácido, depressível, indolor a palpação, s/ VMG. RHA+ e normoativos.

Membros: Sem edemas, sem perfundidos, panturrilhas livres.

PROGRAMAÇÃO

1. Retorno ao ambulatório de pneumologia dia 10/09/19 às 7h
2. Realizar curativo em PSF em média nasal

Dr. Alexandre Barros
Médico
CRM 25023





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alisson da Silva Amorim	DN: 15/06/1999	Idade: 19
Data de Admissão: 25/05/2019	Data de alta hospitalar: 12/06/2019	Registro: 20680369
		Ent/Leito: 706 - A

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

HDA:

Paciente 19anos, natural e procedente de Machados - PE, agricultor, vítima de acidente automobilístico em novembro de 2018, com politraumatismo e múltiplos internamentos prolongados, com necessidade de AVM e TQT prolongada. Último internamento há 2m no HOF por tosse, dispnéia e erigasso durante alimentação, com perda de peso e infecções do trato respiratório frequentes. Durante investigação foi evidenciada estenose de traqueia e fístula traqueoesofágica posterior. Transferido para este serviço para abordagem junto à cirurgia torácica. ATB: meropenem + amicacina (DO=03/M). Colônado por pseudomonas em secreção traqueal, sensível a meronem e amicacina, resistente aos demais. Alimentação exclusiva por GTT desde 01/04.

Internado em nosso serviço e avaliado pela cirurgia torácica, foi indicado por eles melhor o status nutricional e pre-operatório para definir abordagem, além de repetir broncoscopia para avaliar mobilidade de cordas vocais e realizar TAC de pescoço e tórax com reconstrução 3D. Em 12/04/19 foi realizada nova broncoscopia com mobilidade preservada das cordas vocais, estenose de traqueia complexa com importante redução traqueal e fístula traqueoesofágica. Paciente evoluiu com melhora, quando CCIH orientou suspender amicacina e deixar meropenem 2g 8/8h. Paciente começou a evoluir com piora da tosse produtiva, dispnéia e taquicardia. Retornada amicacina em 20/04, paciente foi reavaliado pela cirurgia torácica que orientou não realizar TQT, caso paciente evoluísse para IRPA, sugerindo tubo nº5. Em 23/04/19 paciente evoluiu com IRPA, tentada dilatar estenose com broncoscopia rígido, sem êxito, sendo realizada TQT peri-estenose, com saída bastante secreção purulenta. Discutido novamente com CCIH foi optado por associar poli B.

Realizada traqueoplastia em 30/04/19, procedimento ocorreu com êxito, paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem queixas, porém resgatando cultura de secreção traqueal, foi evidenciado acinetobacter, sendo iniciado ampicilina-sulbactam. Repetiu broncoscopia em 08/05/19, com boa cicatrização, sem descência. Paciente evoluiu com melhora clínica, ganho de peso. Retirado GTT no dia 21/05, reiniciada dieta por via oral no dia seguinte, com boa aceitação e sem queixas de dor. Assim recebeu hospitalar em 22/05 com retorno no dia 29/05 para realização de nova broncoscopia. No entanto retornou em 24/05/19 com quadro de tosse produtiva importante associado a febre (38°C) há 1 dia, assim optado por internamento hospitalar e início de antibioticoterapia (ampicilina-sulbactam e polimixina B - DO=24/05), no entanto discutido esquema com CCIH e optado por suspender amp-sulbactam e associar meropenem em dose dobrada com a poli B em 28/05. Além disso, realizada broncoscopia em 29/05 e visualizado anastomose íntegra associada a bronquite purulenta moderada. Colhido LBA, que veio com Klebsiella ESBL sensível a meropenem (MIC <0,5) e poli B (MIC <0,25), assim mantido esquema durante 14 dias, com boa resposta clínica e laboratorial.

EXAMES COMPLEMENTARES

1. Broncoscopia (29/05): Anastomose de traqueoplastia íntegra. Bronquite purulenta moderada (secreção purulenta espessa). Colhido LBA.
2. Cultura do LBA (29/05/19): Klebsiella ESBL sensível a meropenem (MIC <0,5) e poli B (MIC <0,25)





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES

EBSERH

VIDEOLARINGOTRAQUEOBroncoscopia

NOME: Alisson de Silva Amorim DN: 15/06/1999 PRONT: 2068036-9 DATA: 20/05/2019

INDICAÇÃO: Pós-op de traqueoplastia

SEDACÃO: Lidocaina tópica

ACHADOS

LARINGE: EPIGLOTE, ARITENÓIDES, PREGAS ARIEPIGLOTTICAS E PREGAS VESTIBULARES DE ASPECTO NORMAL. PREGAS VOCAIS COM MOBILIDADE PRESERVADA. COAPTACÃO COMPLETA.

TRAQUEIA: CALIBRE PRESERVADO, SEM DESVIOS, AUSÊNCIA DE SECREÇÃO EM QUANTIDADE SIGNIFICATIVA. ANASTOMOSE ÍNTEGRA.

CARINA PRINCIPAL: FINA, CENTRADA E MUCOSA ÍNTEGRA.

ÁRVORE RESPIRATÓRIA: BRÔNQUIOS COM MORFOLOGIA E MUCOSA PRESERVADAS, VISUALIZADO ATÉ SUBSEGMENTOS. MODERADA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTE.

MATERIAL COLETADO: LAVADO BRONCOALVEOLAR EM LOBO MÉDIO, ENCAMINHADO MATERIAL PARA PESQUISA DE GERMES PIOGÊNICOS E BAAR/CULTURA DE MICOBACTÉRIA.

INTERCORRÊNCIAS: NENHUMA

OBS. REALIZADO TOALETE DA ÁRVORE BRÔNQUICA.

CONCLUSÃO

1. ANASTOMOSE DE TRAQUEOPLASTIA ÍNTEGRA.
2. BRONQUITE PURULENTE MODERADA

Carolina Freitas C. Caribé
Pneumologia-Broncoscopia
CRM 16318

CAROLINA FREITAS CRM16318/ THIAGO MATOS CRM 17200





CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO

PACIENTE: ALISSON DA SILVA AMORIM

EXAME: RAIOS X OMBRO E AP

DATA: 17/12/2019

SOLICITANTE: DR. ROBERTO DE CASTRO COSTA

CONVÊNIO: PART.

LAUDO RADIOLÓGICO

RAIOS X OMBRO E AP

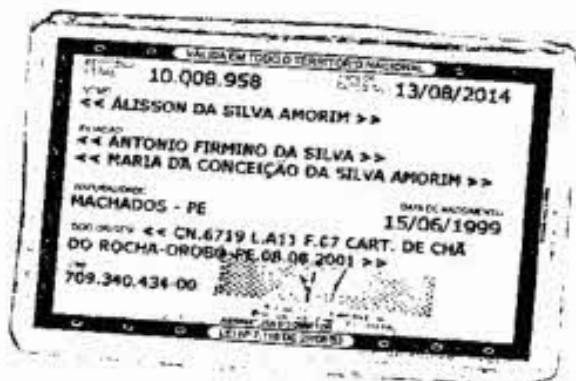
- Luxação acrômio-clavicular.
- Ausência de sinais de fraturas.
- Partes moles sem alterações significativas ao método.

DR. BRUNO ROCHA
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-PB 8291





Documento de Identificação



1. **THE STATE OF TEXAS, County of _____, do hereby certify that _____**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		NR 014482161191	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	000 - FISCAL	RMTRC	EXPCION
1	E94P10211	*****	2018
NOME			
JOSE DOMINGOS GOMES			
CÓDIGO - PE			
CPF - CIVIL		PLACA	
020.804.564-33		RZF8814	
PLACA INT - UF		QUANTO	
***** PE		902EC08507R007344	
ESPECIE TPO		CORRELT - E	
FAS /MOTOCICLISTA		GASOLINA	
MODELO/DE 150 VINTAGE 85			
CAP FOT / CL		CATEGORIA	OUT FISCALIZACAO
ZF/149CL		PARTIC	VISUALIZA
COTA UNICA		STNC COTA UNICA	STNC COTA UNICA
I	EXPIR 2018 QUITANDO	1	*****
V	*****	2	*****
A	*****	3	*****
PRIMEIRO ANO (1900 - 1999)		CPF CIB	PRIMEIRO NOME (PR)
SEGUNDO PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
DESCRIÇÃO DE M			
DIR. REGISTRA			
CÓDIGO		DATA	
000000		09/05/18	
Assinado por: <i>[Assinatura]</i>			
Diretor: Anderson Gomes Ribeiro			
Diretor: Presidente do DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DE LUGAR A LUGAR - SEGURO DPVAT

PE Nº 014482161191 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE DOMINGOS GOMES 55745-000

CASA COROZO-PR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 622 1204

EXERCÍCIO 2018		DATA EMISSÃO 09/06/19	
VIA 1	OPV / OPVT 028.804.564-33	PLACA KXP8814	
FANTASMA 094310233		MARCA/TECNOLOGIA HONDA/CC 150 ETAR. HS	
ANO VEA 2006	ES 65	Nº GRUPO 9C2BC0R507R007344	

PRÊMIO TARIFÁRIO

REG. RES.	DEBITANTE (R\$)	QUOTA DO SEGURO PR
QUOTA DO BILHETE PR	OP (R\$)	SEL. 1º ANO RES. RENO. E
SEGURO PAZO	PAGA-MENTO	CARTEIRA OUTRORA
☐ COTA-UNICA	☐ PARCELADO	

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 06.216.406/0001-08

DESTAQUE X GUARDE O BILHETE DPVAT. SEM ISSO É DE PORTA OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

S Seguradora Líder
 Condições da Seguros 2018

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044229/20

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

CPF: 709.340.434-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2018

Título do CPF: ALISSON DA SILVA AMORIM

Seguradora: PREVMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IMV

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ALISSON DA SILVA AMORIM : 709.340.434-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Outros



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: 31/01/2020

Nome: ALISSON DA SILVA AMORIM

CPF: 709.340.434-00

ALISSON DA SILVA AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALISSON DA SILVA AMORIM
 DATA DO ACIDENTE 10-11-2018 CPF DA VÍTIMA 70934043400
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALISSON DA SILVA AMORIM
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL (EUO PARANTESCO COM A VÍTIMA)
 ENDEREÇO DO PORTADOR FAZENDA VERDEZINHAS
 Nº 19 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE OURINHOS UF PE CEP 55345-000
 E-MAIL andrea@brasil.com.br TELEFONE (81) 996964979

MARQUE X PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE, OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEREA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM RECONCÓRDIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE (ORIGINAL E CÓPIA) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E CÓPIAS) DE FARMACIAS E HOSPITAIS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE, OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 • MORTE = R\$ 25.000,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 5.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LBI 6.394/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = R\$ 1.700,00 (R\$ 1.700,00). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTEADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 • PARA ACOMPANHAR O PROCESSO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVSIGUROPORANTIO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

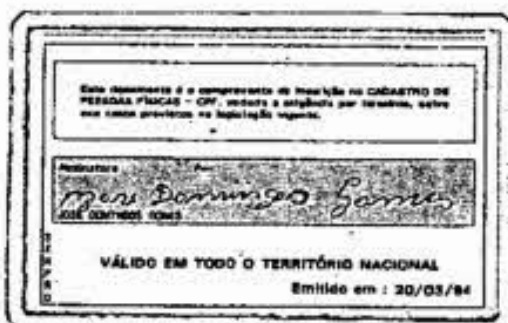
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20-07-2020
 IDENTIDADE 10008958505 PE
 ASSINATURA ALISSON SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24-07-20
 NOME John Lennon de Brito Silva
 ASSINATURA Mat: 8.100.234-6





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 320053470 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM Data do acidente: 10/11/2018 Seguradora: PREVISÃO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO COM TRAUMA TORÁCICO COM PNEUMOTORAX A ESQUERDA E LUXAÇÃO ACRÓMIO CLAVICULAR GRAU III DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA E VENTILATÓRIA. LIMITAÇÃO MODERADA DA FORÇA MUSCULAR DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: EVOLUTU COM REABILITAÇÃO SATISFATORIA PARA OS DANOS, MAS COM DEFICIT FUNCIONAL DEFINITIVO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTÔNOMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 19/02/2020

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 torácicas, 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	22,5 %	R\$ 3.037,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 320053470 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM Data do acidente: 10/11/2018 Seguradora: PREVISÃO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM LESÃO AXIAL DIFUSA.
 TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM HEMOTÓRAX ESQUERDO.
 LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 07.

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENSAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 320053470 Cidade: Orobó Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM Data do acidente: 10/11/2018 Seguradora: PREVISÃO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM LESÃO AXONAL DIFUSA.
 TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM HEMOTÓRAX ESQUERDO.
 LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 07.

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENSAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044229/20

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

CPF: 709.340.434-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2018

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA AMORIM

Seguradora: PREVI-MIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
PUT
Outros

ALISSON DA SILVA AMORIM : 709.340.434-00

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 de apresentação: 31/01/2020
Nome: ALISSON DA SILVA AMORIM
CPF: 709.340.434-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.840.827-59

ALISSON DA SILVA AMORIM

ANDREZA ALVES DA CUNHA

