
Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200314923

Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 14/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TIAGO DOS SANTOS LIMA

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

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200314923

Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 14/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), TIAGO DOS SANTOS LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200314923

Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Data do Acidente: 14/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TIAGO DOS SANTOS LIMA

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **TIAGO DOS SANTOS LIMA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000079213297-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

637.699.923-59

4 - Nome completo da vítima:

TIAGO DOS SANTOS LIMA

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

5 - Nome completo:

TIAGO DOS SANTOS LIMA

6 - CPF: 637.699.923-59

7 - Profissão:

8 - Endereço: AVENIDA PAISAGISTA CJ S. CRISTOUÃO

9 - Número: 633

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JANGURUSSU

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.866-580

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Apasle uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

79213297

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do dolo da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 01 DE SETEMBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020539034



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1517 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **01/09/2020 09:04:37**
Data / Hora da Ocorrência: **14/02/2020 23:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV JORNALISTA TOMAZ COELHO, JANGURUSSU - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **TIAGO DOS SANTOS LIMA**
Nascimento: **15/10/1995** CPF: **617.699.923-59** UF: **CE**
RG: **2008010315663** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **GLAUCIENE DOS SANTOS**
JOSE FRANCISCO DE LIMA FILHO
Endereço: **AVENIDA PAISAGISTA CJ S CRISTOVAO, 633**
Bairro: **JANGURUSSU** CEP: **60.866-580**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE GUIAVA UMA BICICLETA PELA AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO E AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA DE UM LADO PARA O OUTRO FOI COLHIDO POR UMA MOTO DE PLACA NAO ANOTADA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTEIRA DE MESSEJANA E SÓ FOI ATENDIDO NO DIA SEGUINTE(15/02/2020). E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Tiago dos Santos Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

637.699.923-59

4 - Nome completo da vítima:

TIAGO DOS SANTOS LIMA

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

5 - Nome completo:

TIAGO DOS SANTOS LIMA

6 - CPF: 637.699.923-59

7 - Profissão:

8 - Endereço: AVENIDA PAISAGISTA CJ S. CRISTOUÃO

9 - Número: 633

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JANGURUSSU

12 - Cidade:

FORTALEZA

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60.866-580

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Apasle uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

79213297

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do dolo da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 01 DE SETEMBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	30/09/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320031492301
VALOR TOTAL:	2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO DOS SANTOS LIMA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000079213297

Número da Autenticação
8FD77F345EC5E1B8



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

008633070

DADOS DO CLIENTE

GLAUCIENE DOS SANTOS

AV PAISAGISTA-CJ S CRISTOVAO, 633, JANGURUSSU
FORTALEZA - CEP: 60866-580

Codificacao: 001.053.0152.0548.0000.00.00
Padrao do imovel: REGULAR

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A19N072567	243	266	23	20

DATAS

Leitura atual: 06/06/2020

Emissao: 06/06/2020

Lacre agua: 3566561

Leitura anterior: 07/05/2020

Proxima leitura: 07/07/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 04/2020

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	255	255	061	255	255
Analisadas	264	264	264	263	263
Em conformidade	263	257	238	255	263

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

Emissao: Imediato App
Imei: 352623055149044
Leit.: 5451
Data: 06

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** TIAGO DOS SANTOS LIMA**Idade:** 24 ano(s) 5 mes(es) e 10 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5584530**Endereço:** AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE**Bairro:** JANGURUSSU**Num:** 633**CEP:** 60866-580**UF:** CEARÁ**Cidade:** FORTALEZA**Localização****Clínica:** UNIDADE 13**Enfermaria:** 133**Leito:** 1319**Admissão Emergência:** 15/02/2020 01:37**Internação** 15/02/2020

17:51

Alta: * Não Informado * * Não Informado**Relatório**

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE, 24 ANOS, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO DIA 15/02/2020 POLITRAUMATIZADO, APRESENTANDO FRATURA DE ACETABULO DIREITO + RAMO PUBICO DIREITO + SACROILIACA DIREITA, ADMITIDO NA UNIDADE 13 DIA 21/02/2020 - REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO E PELVE COM DR. THIAGO AGUIAR E DR. LEONARDO DRUMOND NO DIA 04/03/2020 - SEM INTERCORRENCIAS.

INDICADA CIRURGIA POR DR. GUILHERME COLARES - PARA CORREÇÃO DA DISJUNÇÃO LOMBOPÉLVICA, SENDO SUBMETIDO A CORREÇÃO DE FRATURA EM SACRO A DIREITA. PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS NO DIA 24/03/2020.

DISCUTIDO O CASO COM DR. GUILHERME COLARES E CHECADAS RADIOGRAFIAS DE CONTROLE - PACIENTE ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE E CLINICAMENTE, RETIRADO O DRENO PELO VOLUME INFERIOR A 100 ML. URINOU APÓS RETIRADA DA Sonda ESPONTANEAMENTE, AFEBRIL, ACEITANDO DIETA ORAL EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

- NÃO PISAR ATÉ LIBERAÇÃO PELA TRAUMATOLOGIA
- PODE SENTAR E SE MOBILIZAR NO LEITO, MOVIMENTANDO AS PERNAS E OS JOELHOS
- RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DO DR. GUILHERME COLARES E DR. THIAGO AGUIAR COM 15 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR - MARCAR NO SPAI
- RETIRAR OS PONTOS COM 10 DIAS NO POSTO DE SAÚDE
- RETORNAR PRECOCAMENTE A ESTE SERVIÇO EM CASO DE PIORA CLÍNICA OU SINAIS DE INFECÇÃO

Exames Realizados

RADIOGRAFIAS E TOMOGRAFIAS

Terapêutica Utilizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ACETABULO E PELVE COM DR. THIAGO AGUIAR E DR. LEONARDO DRUMOND NO DIA 04/03/2020.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISJUNÇÃO LOMBOPÉLVICA + FRATURA EM SACRO A DIREITA COM DR. GUILHERME COLARES NO DIA 24/03/2020

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

T07 - TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	T07	TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
Não	S324	FRATURA DO ACETABULO
Não	S321	FRATURA DO SACRO

Condições de Alta

Encaminhado ao Ambulatório

Data Programada da Alta: * Não Informado *

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Paciente: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Idade: 24 ano(s) 5 mes(es) e 10 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5584530

Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE

Bairro: JANGURUSSU

Num: 633

CEP: 60866-580

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clinica: UNIDADE 13

Enfermaria: 133

Leito: 1319

Admissão Emergência: 15/02/2020 01:37

Internação 15/02/2020

17:51

Alta: * Não Informado * * Não Informado

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: VICTOR AMON NUNES FERNANDES

Data: 25/03/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408040297	Procedimento Eletivo	04/03/2020 11:45	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO ACETABULO	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408040300	Procedimento Eletivo	24/03/2020 17:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO SACRO	GUILHERME MOURA COLARES

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Lucas Silveira
Ortopedista - Traumatologia
CRM: 123456789
R. Barão do Rio Branco, 1616 - Centro - Fortaleza - Ceará



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5584530 - TIAGO DOS SANTOS LIMA
 Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s) 5 mes(es) e 10 dia Data de Nascimento: 15/10/1995 Num: 633
 Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE
 Bairro: JANGURUSSU Cidade: FORTALEZA
 CEP: 60866-580 UF: CEARÁ

SITUAÇÃO ATUAL

Criticidade: Não Destino: UNIDADE 13(Traumatologia)

Avaliação de risco ESEL11: Não possui avaliação.

Grau de prioridade: ---

Apache II: ---

Histórico clínico PACIENTE VÍTIMA DE POLITRAUMA EXTUBADO COM FRATURA DE Pelve.

CID10 (Principal): ---- Não definido.

Cuidados paliativos: Não (Nenhum) Em acompanhamento SCP: --- Reunião familiar: ---

Definidas medidas de limitação de suporte: Não

☐ Não realizar RCP ☐ Não intubar ☐ Não iniciar hemodiálise ☐ Não iniciar DVA
☐ Não iniciar ATE de Apoio Respiratório ☐ Limitar a realização de Exames ☐ Não encaminhar a UTI

SSVV

FC: 100 FR: 20 PA: 120X80 SPO2: 99 T: 36

ANTECEDENTES

Comorbidades:

☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ DPOC ☐ Sequela AVC
☐ Imunossupressão ☐ Insuficiência cardíaca ☐ DAC ☐ Cardiopatia congênita
☐ Doença neurodegenerativa ☐ Hemofilia ☐ Neoplasia ☐ Encefalopatia crônica
☐ Displasia pulmonar ☒ Outros: DESCONHECIDO

Alergias: Não Quais? ---

Díálise: Não

Cirurgia nesse internamento: Não Qual? ---

Dr. André Silveira
 Clotopista e Traumatologia
 Médico Residente
 CREMEC 20.454

AVALIAÇÃO

Sepse: Não Realizada reavaliação de 3h? --- Realizada reavaliação de 6h? ---

Infecção: Sim Necessidade de precaução: Não ☐ Gotículas ☐ Contato ☐ Aerossóis
 Data: Microorganismo: ☐ VRE ☐ KPC ☐ Outro Germe MR

Culturas pendentes: Não

Médico: SUZANNA ARAUJO TAVARES

1

20/02/2020 17:32

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5584530 - TIAGO DOS SANTOS LIMA
 Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s) 5 mes(es) e 10 dia Data de Nascimento: 15/10/1995
 Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE Num: 633
 Bairro: JANGURUSSU Cidade: FORTALEZA
 CEP: 60866-580 UF: CEARÁ

Antibióticos: Sim

Antibiótico	Nº de dias
PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4,5G - FA	7

Ventilação mecânica: Não N° dias: --- Tipo de suporte: ---

O2 Suplementar: Não FIO2: ---

Programação de segmento: ---

DVA: Não Qual? ---

Dieta:

Descrição

DIETA ORAL - DIETA BRANDA

Via: Oral Desmame? ---

NEURO / Glasgow: 15

Riscos:

☒ Queda
 ☒ Broncoaspiração
 ☒ Lesão por pressão
 ☐ Dermatite
 ☒ Flebite

☐ Outros: ---

RECOMENDAÇÕES

Plano terapêutico: CORREÇÃO DA FRATURA DE BACIA

Pendência de exames: ---

Pendência de pareceres: ---

Programação de transfusões: Não Quais? ---

Transporte: Maca


 Dr. Suzanna Araújo Tavares
 Médica - Clínica de Reabilitação
 CREMEC 20.454

Médico: SUZANNA ARAUJO TAVARES

2

20/02/2020 17:32

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RECEITUÁRIO

LAVDO

Receita Tioz de Lentes
Lime sobre TCE com lentes
decompensadas no olho esquerdo
+ Fratura do acetábulo DE, ramo
púbico DE e sang. bacia DE em
14/02/2020. Submetido a trata-
mento cirúrgico com placas
e parafusos em ambas as colun-
nas e capacidade funcional do quadril
DE 40% e fratura pélvica SPT
para de e mobilização + li-
mitação de movimento
da anca de 120° de flexão.
Lice definitiva em 01/09/2020

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 01/09/2020

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 708105586030534 Admissão: 15/02/2020 01:37
 Nome: TIAGO DOS SANTOS LIMA
 Pront.: 5584530 Data Nasc.: 15/10/1995 Idade: 24 ano(s) 8 mes(es) e 11 dia(s) Tel.: 85 93255-5037
 Mãe: GLAUCIENE DOS SANTOS
 Sexo: Masculino RG: 2008010315663 Município: FORTALEZA
 CEP 60866-580 Bairro: JANGURUSSU
 Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA COREN:80520 Horário 15/02/2020 01:43
 Queixa: ATROPELAMENTO POR MOTO AS 24:40HS, INTUBADO, TCE GRAVE, AFUNDAMENTO CRANIO.

Fluxograma: ACIDENTE COM PEDESTRE

Discriminador: TCE

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: 3 Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: KELVIO DA SILVA LINS CRM: 19461 Nº: 607865 Horário 15/02/2020 01:43
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: SALA VERMELHA
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, LEVADO AO FROTINHA, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO REALIZADO INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL. RECEBIDO NA SALA DE REANIMAÇÃO, TRAZIDO POR SAMU, O MESMO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, SEDOANALGESIA COM DORMONID E FENTANIL. TÓRAX E ABDOME SEM LESÕES GRAVES APARENTE. PELVE ESTÁVEL. SEM FRATURAS DE OSSOS LONGOS. ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE.

AO EXAME: ESTADO GERAL RUIM, INTUBADO, GLASGOW 9T (AO = 2; RV = 1; RM = 6); PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

PA = 145 X 100. FC = 98 BPM; SAT O2 = 98% EM VM (FIO2 = 100%).

ABDOME FLÁCIDO.

ESCORIAÇÕES SUPERFICIAIS PELO CORPO.

AUSÊNCIA DE DÉFICITS NEUROLÓGICOS FOCAIS APARENTES.

CD: SOLICITO TC DE CRÂNIO SEM CONTRASTE.

SOLICITO RX DE TÓRAX E PELVE + USG FAST

SEDOANALGESIA

PARECER DA NEUROCIRURGIA APÓS TC DE CRÂNIO

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 15/02/2020 04:42

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
------	------------	---------------	-------	--------------

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 708105586030534 Admissão: 15/02/2020 01:37
 Nome: TIAGO DOS SANTOS LIMA
 Pront.: 5584530 Data Nasc.: 15/10/1995 Idade: 24 ano(s) 8 mes(es) e 11 dia(s) Tel.: 85 93255-5037
 Mãe: GLAUCIENE DOS SANTOS
 Sexo: Masculino RG: 2008010315663 Município: FORTALEZA
 CEP 60866-580 Bairro: JANGURUSSU
 Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
15/02/2020 01:43	ACIDENTE COM PEDESTRE	TCE	VERMELHO	JOCIELENE DE MESQUITA SILVEIRA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	15/02/2020 01:50	Sim	Cancelado
RX TORAX (LEITO) (0204030170)	15/02/2020 01:50	Sim	Cancelado
RX BACIA AP (0204060095)	15/02/2020 01:50	Sim	Cancelado
TC COLUNA CERVICAL SEM CONTRASTE (0206010010)	15/02/2020 01:50	Sim	Cancelado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
15/02/2020 02:43	LUIZ ANDERSON BEVILAQUA BANDEIRA	PCTE 24a, M, ADMITIDO NESTA UNIDADE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, ADVINDO COM USA-FORT, AO EXAME ECG 9T, PUPILAS MIOTICAS, MANTENDO IOT VM AC, APRESENTANDO LACERAÇÃO DE ORELHA "D", ESCORIAÇÕES, TAQUICARDICO, NORMOTENSO, TAQUIPNEICO, NORMOGLICEMICO, AFEBRIL, REALIZOU EXAMES RX DE TORAX E BACIA + TC DE CRANIO/CERVICAL + US FAST, EVIDENCIADO FX DE BACIA + CONTUSÃO PULMONAR, AVALIADO PELO CLINICO + NEURO + C. GERAL, AGUARDA TO, MANTENDO AVPMSE COM HV + INICIADO SEDAÇÃO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, AGUARDA VAGA SALA LARANJA, PASSADO SVD COM BOM DEBITO URINARIO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DE
15/02/2020 02:31	LUIZ ANDERSON BEVILAQUA BANDEIRA	#neurocirurgia PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, LEVADO AO FROTINHA, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA, SENDO REALIZADO

SERVIÇO DE PROTOCOLO - INI

RAZ TIRADA

PELO SISTEMA E-SUS

DATA 26/06/2020

MATRÍCULA 138267

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Admissão: 15/02/2020 01:37

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 708105586030534

Nome: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Pront.: 5584530 Data Nasc.: 15/10/1995 Idade: 24 ano(s) 8 mes(es) e 11 dia(s)

Mãe: GLAUCIENE DOS SANTOS

Sexo: Masculino RG: 2008010315663

Município: FORTALEZA

CEP 60866-580 Bairro: JANGURUSSU

Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
		OROTRAQUEAL. RECEBIDO NA SALA DE REANIMAÇÃO, TRAZIDO POR SAMU, O MESMO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, SEDOANALGESIA COM DORMONID E FENTANIL. # AO EXAME: GLASGOW 9T (AO = 2; RV = 1; RM = 6); PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOVIMENTA AS QUATRO EXTREMIDADES. AUSÊNCIA DE DÉFICITS NEUROLÓGICOS FOCAIS APARENTES. TC DE CRANIO SEM LESÕES INTRACRANIANAS. TC DE COLUNA CERVICAL SEM FRATURAS OU LISTESES.
15/02/2020 02:44	ITALO OLIVEIRA DA SILVA	PCTE 24a, M, ADMITIDO NESTA UNIDADE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, ADVINDO COM USA-FORT, AO EXAME ECG 9T, PUPILAS MIOTICAS, MANTENDO IOT VM AC, APRESENTANDO LACERAÇÃO DE ORELHA "D", ESCORIAÇÕES, TAQUICARDICO, NORMOTENSO, TAQUIPNEICO, NORMOGLICEMICO, AFEBRIL, REALIZOU EXAMES RX DE TORAX E BACIA + TC DE

COPIA DE PROTOCOLO - 101

RAZ TIRADA

PELO SISTEMA E-SUS

DATA 26 / 06 / 2020

MATRICULA 13826

SERVIDOR(A)

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 708105586030534 Admissão: 15/02/2020 01:37
 Nome: TIAGO DOS SANTOS LIMA
 Pront.: 5584530 Data Nasc.: 15/10/1995 Idade: 24 ano(s) 8 mes(es) e 11 dia(s) Tel.: 85 93255-5037
 Mãe: GLAUCIENE DOS SANTOS
 Sexo: Masculino RG: 2008010315663 Município: FORTALEZA
 CEP 60866-580 Bairro: JANGURUSSU
 Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
		EVIDENCIADO FX DE BACIA + CONTUSÃO PULMONAR, AVALIADO PELO CLINICO + NEURO + C. GERAL, AGUARDA TO, MANTENDO AVPMSE COM HV + INICIADO SEDAÇÃO, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, AGUARDA VAGA SALA LARANJA, PASSADO SVD COM BOM DEBITO URINARIO, SEGUE SOB OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

PRESCRIÇÃO

Médico: PASCAL CHARLES

CRM 12234

15/02/20 03:17

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
GLICEMIA CAPILAR 4 XDIA	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 4 AMP / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA SE DX < 70MG/DL	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H S/N	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR>SOLUCAO GLICOFISIOLOGICA 1:1 (500ML) - FR ADMINISTRAR NA 1ª FASE(S) 1500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 1500.0 ML; VAZÃO = 62.5 ML/H </BR> / INTRAVENOSA / INFUSÃO CONTÍNUA	
DIETA ZERO - OUTRO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS VAGA EM UTI	
ORIENTAÇÕES EXTRAS METAS: PACO2=35-40; T<36,5°; PAM=65-85; COLO - 137 RAZ TIRADA	
(DESCOMPRIMIDO); RAMSAY=6	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA	

DATA 26/06/2020
 MATRICULA 13826

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 708105586030534

Admissão: 15/02/2020 01:37

Nome: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Pront.: 5584530 Data Nasc.: 15/10/1995 Idade: 24 ano(s) 8 mes(es) e 11 dia(s)

Tel.: 85 93255-5037

Mãe: GLAUCIENE DOS SANTOS

Sexo: Masculino RG: 2008010315663

Município: FORTALEZA

CEP 60866-580

Bairro: JANGURUSSU

Endereço: AVENIDA ALEF DE SOUZA CAVALCANTE

PRESCRIÇÃO

Médico: PASCAL CHARLES

CRM 12234

15/02/20 03:17

Horário:

Prescrição

RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H

MIDAZOLAM 5MG/ML (10ML) - AMP ADMINISTRAR 20 ML + 80 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / BIC / 8ML/H | E ACM

FENTANILA 50MCG/ML (10 ML) - FA ADMINISTRAR 50 ML / INTRAVENOSA / BIC / 3ML/H | E ACM

FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H

DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H

DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H

CEFAZOLINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H

Nº TOTAL DE FASES: 4
</BR> SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML
</BR> FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN
</BR> INTRAVENOSA / 6/6 H

Nº TOTAL DE FASES: 1
</BR> SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 450 ML
</BR> <U> CLORETO DE SÓDIO 20% - AMP ADMINISTRAR EM CADA FASE 5 AMP </U>
</BR> FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 10 ML/H
</BR> INTRAVENOSA / 24/24 H

DIETA ZERO - PÓS-OPERATÓRIO | COM SONDA OROGÁSTRICA EM ASPIRAÇÃO

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

DE PROTOCOLO - 10.
RAZ TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 26/06/2020
MATRÍCULA 13826
SERVIDOR(A)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESQUISAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR



Tiago dos Santos Lima

CARTEIRA DE IDENT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2008010315663

DATA DE
EXPEDIÇÃO

01/07/2015

NOME

TIAGO DOS SANTOS LIMA

FILIAÇÃO

JOSÉ FRANCISCO DE LIMA FILHO

GLAUCIENE DOS SANTOS

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
15/10/1995

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MESSEJANA TERMO: 142851 FOLHA: 250
LIVRO: A-139 FORTALEZA - CE
CPF 617.699.923-59

2 VTA

Act. 2 de Jan 15

SIGNATURA DO DIRETOR

116 DE 29/08/83

P.: 8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200314923

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Data do acidente: 14/02/2020

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Estrutura pélvica (fratura acetábulo direito, ramo púbico direito e sacroilíaca direita)
Coluna Lombar(espondilolistese L5S1)

Descrição do exame físico: Ao exame físico estrutura pélvica apresenta incorreta sustentação do troco, dor à palpação de região pélvica, mobilidade da quadril alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do segmento lombar apresenta extensão aos 20°, lateralização aos 35°, rotação aos 30°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna normal, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 5°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no quadril direito.

Resultados terapêuticos: Tratado com cirurgia e fixação com placa e parafusos sínfise púbica, placa e parafusos no acetábulo direito, na sacroilíaca direita e artrodese lombosacra L5S1, Fez 30 sessões de fisioterapia
Alta medica em 01-09-2020

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve em segmento lombar
Deficit funcional moderado em quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor - após avaliação da documentação médico legal anexada ao processo e a perícia realizada, optamos por não manter a valoração deferida pelo examinador em estrutura pélvica, uma vez que foi baseada em sintoma subjetivo (dor) e a debilidade em quadril referida no exame físico, já esta contemplada em 50% do quadril

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200314923

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA

Data do acidente: 14/02/2020

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Estrutura pélvica (fratura acetábulo direito, ramo púbico direito e sacroilíaca direita)
Coluna Lombar(espondilolistese L5S1)

Descrição do exame físico: Ao exame físico estrutura pélvica apresenta incorreta sustentação do troco, dor à palpação de região pélvica, mobilidade da quadril alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do segmento lombar apresenta extensão aos 20°, lateralização aos 35°, rotação aos 30°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna normal, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 5°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no quadril direito.

Resultados terapêuticos: Tratado com cirurgia e fixação com placa e parafusos sínfise púbica, placa e parafusos no acetábulo direito, na sacroilíaca direita e artrodese lombosacra L5S1, Fez 30 sessões de fisioterapia
Alta medica em 01-09-2020

Sequelas permanentes: Deficit funcional leve em segmento lombar
Deficit funcional moderado em quadril direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor - após avaliação da documentação médico legal anexada ao processo e a perícia realizada, optamos por não manter a valoração deferida pelo examinador em estrutura pélvica, uma vez que foi baseada em sintoma subjetivo (dor) e a debilidade em quadril referida no exame físico, já esta contemplada em 50% do quadril

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200314923 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA **Data do acidente:** 14/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO E Pelve a DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: X, @
P1/2@ PÁG 5.

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 quadril	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: 3200314923 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA **Data do acidente:** 14/02/2020 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO, RAMO PÚBLICO E SACROILÍACA DIREITA.
CONTUSÃO PULMONAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @(P5).

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. 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 quadril	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-0247483/20

Vítima: TIAGO DOS SANTOS LIMA

CPF: 617.699.923-59

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TIAGO DOS SANTOS LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

TIAGO DOS SANTOS LIMA : 617.699.923-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/09/2020
Nome: TIAGO DOS SANTOS LIMA
CPF: 617.699.923-59

TIAGO DOS SANTOS LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

**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: 3200314923

Nome do(a) Examinado(a): TIAGO DOS SANTOS LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): AV PAISAGISTA, 633, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 14/02/2020 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 16/09/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.73763 , longitude: -38.50979

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Estrutura pélvica (fratura acetábulo direito, ramo púbico direito e sacroiliaca direita) 0 COLUNA LOMBAR (espondilolistese L5S1)

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

Tratado com cirurgia e fixação com placa e parafusos sínfise púbica, placa e parafusos no acetábulo direito, na sacroiliaca direita e artrodese lombossacra L5S1, 30 sessões de fisioterapia e alta médica em 01-09-2020

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

Ao exame físico estrutura pélvica apresenta incorreta sustentação do troco, dor à palpação de região pélvica, mobilidade da quadril alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do segmento lombar apresenta extensão aos 20°, lateralização aos 35°, rotação aos 30°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna normal, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 5°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no quadril direito.

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

Sim

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

Sim

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

Dano estrutura pélvica por rigidez articular Dano coluna lombar por rigidez articular Dano quadril direito por rigidez articular

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

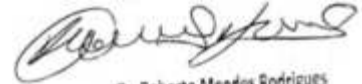
b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Estrutura Pélvica - Médio - 50%

Segmento Lombar - Leve - 25%

Quadril Direito - Médio - 50%

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



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

**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: 3200314923

Nome do(a) Examinado(a): TIAGO DOS SANTOS LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): AV PAISAGISTA, 633, , Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 14/02/2020 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 16/09/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.73763 , longitude: -38.50979

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Estrutura pélvica (fratura acetabulo direito, ramo pubico direito e sacroiliaca direita) 0 COLUNA LOMBAR (espondilolistese L5S1)

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

Tratado com cirurgia e fixação com placa e parafusos sinfise pubica, placa e parafusos no acetabulo direito, na sacroiliaca direita e artrodese lombosacra L5S1, 30 sessões de fisioterapia e alta medica em 01-09-2020

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

Ao exame físico estrutura pélvica apresenta incorreta sustentação do troco, dor à palpação de região pélvica, mobilidade da quadril alterada. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do segmento lombar apresenta extensão aos 20°, lateralização aos 35°, rotação aos 30°, com contratura paravertebral, dor à palpação do processo espinhoso, mobilidade da coluna normal, desconforto a mobilização. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente. Ao exame físico do quadril direito apresenta flexão aos 60°, extensão aos 5°, abdução aos 30°, adução aos 5°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 30°, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no quadril direito.

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

Sim

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

Sim

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

Dano estrutura pélvica por rigidez articular Dano coluna lombar por rigidez articular Dano quadril direito por rigidez articular

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

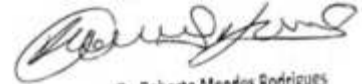
b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Estrutura Pélvica - Médio - 50%

Segmento Lombar - Leve - 25%

Quadril Direito - Médio - 50%

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



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600