

---

**Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190109221**

**Vítima: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS**

**Data do Acidente: 11/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190109221

Vítima: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000002296-9

Conta: 000004503-9

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) 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 89. 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, 12 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190109221**                      **Vítima: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS**

**Data do Acidente: 11/11/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

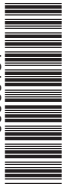
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 00361/00362 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14043054

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Aos Cuidados de: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Nº Sinistro: 3190109221  
UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190109221**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14095917





Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Nº Sinistro: 3190109221  
UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190109221**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14288786



---

**Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190109221**

**Vítima: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS**

**Data do Acidente: 11/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS**

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, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190109221

Vítima: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

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\$ 9.450,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Recebedor: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Valor: R\$ 9.450,00

Banco: 237

Agência: 000002296-9

Conta: 000004503-9

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Número:

Complemento:

Bairro:

E-mail:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Serivente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRABESCO

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 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

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

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: PETROLINA 17 de dezembro de 2018  
Nome: VELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS  
CPF: 085.627.484-47

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

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





VIA DO CLIENTE

Correspondente do Banco Bradesco

\*\*Proposta de Pre-abertura de Conta\*\*

Ag. Relac.: 02296 - LAGOA GRANDE  
PACB : 067 JOAO VICTOR  
CONFECCOES APENAS 5.10

Agencia : 02296-LAGOA GRANDE  
Conta : 0000000004503-9  
Nome : UELSON ROBERTO GONCALVES  
BARROS  
Data : 31/01/2019  
Modalidade: 00

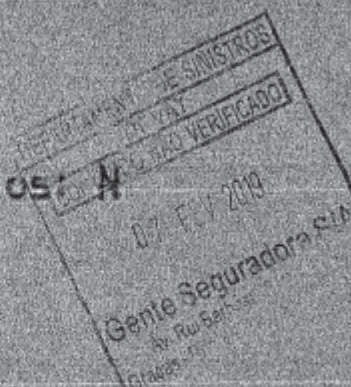
Tipo Pessoa: Fisica  
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios: N

NSU BANCO: 002434528608  
HORA : 13:43:36

Sujeito a Confirmacao do Banco

OUIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933





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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190109221  
Nome do(a) Examinado(a): Uelson Roberto Goncalves Barros  
Endereço do(a) Examinado(a): Assentamento Mansueto de Lavor, S/N  
Rural Izacolandia PE CEP: 56343-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 6531727  
Data local do acidente: [ 11/11/2018 ]  
Data local do exame: [ 18/03/2019 ] Petrolina [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA MANDIBULA  
CONTUSÃO COLUMNA CERVICAL**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DA MANDIBULA COM PLACA E PARAFUSOS.  
TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA CERVICAL.  
Complicações: DEFICIT NA ABERTURA DA BOCA.  
Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOA DE FORMA RESIDUAL.**

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

( X ) Sim ( ) Não

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

( X ) Sim ( ) Não

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

**VITIMA APRESENTA LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**


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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Marcelo Coimbra  
Ortopedista - Reumatologista  
Diplomado em Coluna  
CRM/PE - 5145  
Médico Paulo

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190109221  
Nome do(a) Examinado(a): Uelson Roberto Goncalves Barros  
Endereço do(a) Examinado(a): Assentamento Mansueto de Lavor, S/N  
Rural Izacolandia PE CEP: 56343-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / GO ] 6531727  
Data local do acidente: [ 11/11/2018 ]  
Data local do exame: [ 01/11/2019 ] Petrolina [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**LESÃO TOTAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR.**

**Complicações: LESÃO TOTAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO. C5 C6 C7**

**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**ATROFIA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
ZERO DE MOVIMENTOS**

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

**PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

**JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM ESTRUTURA CRANIO FACIAL.  
ELETRO NEURO MIOGRAFIA DE 23/10/2019.**

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

Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Marcelo Coimbra  
Ortopedia - Reumatologia  
Doutor da Coluna  
CRM/PE - 5145  
Médico Paulo

5035 72  
0047173/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA  
DP214ªCIRC DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0304004273**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2018** às **10:13**



**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **11/11/2018** às **21:40**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, EM FRENTE AO ASSENTAMENTO MANSUETO** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO DISTRITO IZACOLANDIA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)  
UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): **UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS**



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

**UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARA DAS GRACAS DE BARROS GONÇALVES** Pai: **CICERO DONIZETE GONÇALVES** Data de Nascimento: **14/11/1986** Naturalidade: **PETROLINA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6831727/SSP/GO (RG), 08562742447 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 6481285864**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**  
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 111, ASSENTAMENTO MANSUETO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

**HONDA CG 150 FAN (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ON01316** (GOIAS/RIO VERDE) Renavam: **587600381** Chassi: **9C2KC1680ER005732**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA D.P O SR. UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS, NOS COMUNICANDO QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E CAIU AO CHÃO.**

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

↳ *Uelson Roberto Gonçalves Barros*  
**UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **DANIEL DE OLIVEIRA SAMPAIO** - Matrícula: **272808-7**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 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

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

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

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

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

Local e Data: PETROLINA 17 de dezembro de 2018  
Nome: VELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS  
CPF: 085.627.484-47

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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





Registro Nº

Data: 11/11/18

Hora: 21:41

Nome: <u>Uelson Roberto Gonçalves de Barros</u>		CNS: <u>nos tem</u>
Pai: <u>Cícero Donazete Gonçalves</u>		Naturalidade: <u>Petrolina</u>
Mãe: <u>ma das Graças de Barros G</u>	Profissão:	
Sexo: <u>14.11.88</u>	Idade: <u>29</u>	Estado Civil:
Endereço: <u>Manuel</u>		
Fone:	Cid. de: <u>Petrolina</u>	Estado: <u>PE</u>
RG:	Certidão de Nascimento:	
Informante:	Parentesco:	

Queixas do Paciente: Acidente de moto

Atendimento:	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Obstétrico	Hora:
Situação de Destino:	<input type="checkbox"/> Sala de Medicação	<input type="checkbox"/> Sala Vermelha	<input type="checkbox"/> Sala de Curativo	<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Enfermaria

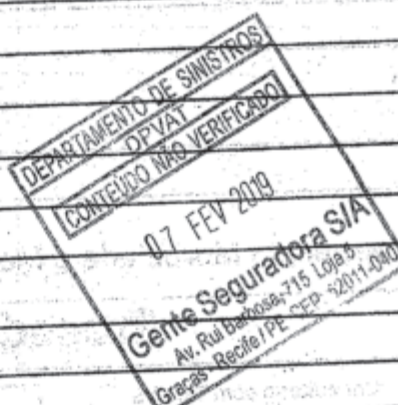
Histórico da Doença Atual: O que existe no regular

Exame Físico: PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Exames Solicitados/ Realizados:

Diagnóstico Provisório: TCE

Identificação do Médico: Alvaro Carvalho  
Médico  
CRM PE 25267  
Médico - CREMEPE





# **Evolução Clínica (Anotar Data e Hora)**

1. SRS 1500 ml, a agone  
 2. SRS  
 3. Cua curral

Alvaro Carvalho  
 Médico  
 CRM-PE 25267

Causas Externas de Morbidade e Mortalidade Sim ( ) Não ( ) (CID 10: \_\_\_\_\_)

## **Procedimento Executado**

☒ Consulta Consultado com Terapia ☐ Consulta com observação Até \_\_\_\_\_ ☐ Sutura Simples  
☐ Retirada de Corpo Estranho ☐ Drenagem de Abscesso ☐ Pequena Cirurgia  
☐ Outros: \_\_\_\_\_

### **Destino de Paciente**

☐ Internamento ☐ Residência ☐ Óbito

☒ Transferência (Motivo): TCB

### **Identificação do Médico**

Álvaro Carvalho  
 Médico  
 CRM-PE 25267

Médico - CREMEPE

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02296-9

CONTA: 000000004503-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1411201905000000000023702296000000004503945000	PAGO
--	------

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	19/02/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

BANCO:        237

AGÊNCIA:    02296-9

CONTA:        000000004503-9

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO1902201905000000000023702296000000004503135000    PAGO



DADOS DO CLIENTE  
CICERO DONIZETE GONCALVES

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI ASSENT SEN MANSUETO DE LAVOR

CPF: 403.228.294-20

ISACOLANDIA RURAL/ISACOLANDIA  
PETROLINA PE  
56343-000

CLASSIFICAÇÃO  
B2 RURAL  
AGROPECUÁRIA RURAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2768921019	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO DE CONTABILIZAÇÃO
22/11/2018	17/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	244,86

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
038125830	UNICA	14/11/2018

REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/11/2018	2002042898	2588730

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	561,000000	0,36101848	213,75
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,81
Acrescimo Bandeira VERMELHA			15,13
Multa por atraso-NF 031607085 - 13/08/18			4,08
Juros por atraso-NF 031607085 - 13/08/18			2,71
Atualização IGPM-NF 031607085 - 13/08/18			4,40
Contribuição CERPEL - (087) 3681-4025			2,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>244,86</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
V57466	CAT	16-10-2018	58.154,00	16-11-2018	58.715,00	28	561,00

MÊS/ANO		VALOR DO IMPORTE		COMPOSIÇÃO CONSUMO	
NOV 18	561	ICMS	231,68	Geração de Energia	R\$ 101,57 47,04%
OUT 18	595	PIS	0,74	Transmissão	R\$ 14,41 6,22%
SET 18	469	COPINS	231,68	Distribuição (Celpe)	R\$ 57,45 23,11%
AGO 18	475			Perdas de Energia	R\$ 21,22 9,14%
JUL 18	479			Encargos Setoriais	R\$ 17,35 7,49%
JUN 18	534			Tributos	R\$ 588 4,18%
MAY 18	501			Total	R\$ 231,68 100%
ABR 18	531				
MAR 18	501				
FEV 18	618				
JAN 18	592				
DEZ 17	510				
NOV 17	514				

Pague no ponto mais perto de você ou em nosso site: [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br). Se não quiser, envie o boleto para: [financeiro@celpe.com.br](mailto:financeiro@celpe.com.br).  
Pagos em até 30 dias após a emissão da fatura. O cliente é responsável por verificar a validade da fatura e o valor devido. O cliente é responsável por pagar a fatura dentro do prazo estabelecido. O cliente é responsável por pagar a fatura dentro do prazo estabelecido. O cliente é responsável por pagar a fatura dentro do prazo estabelecido.

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2768921019	11/2018	22/11/2018	244,86

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2768921019	11/2018	22/11/2018	244,86

83890000002-1 44860011002-8 76892101910-0 15142221053-7



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DI VAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



<input type="checkbox"/> Mudou-se	<input type="checkbox"/> Recusado	<input type="checkbox"/> Falecido
<input type="checkbox"/> Desconhecido	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Endereço
<input type="checkbox"/> Informação do porteiro / síndico	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado	<input type="checkbox"/> Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em \_\_\_\_\_

Responsável \_\_\_\_\_

 **BANCO DO BRASIL**

0594

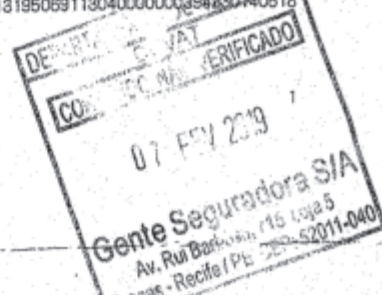
106264494



SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA  
RUA CANA FISTOLA 226  
AREIA BRANCA  
56330-035 PETROLINA - PE



721319506911304000000039423740518





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 722869954 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 085627484 / 47, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 085627484 / 47, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA CANAFISTOLA</u>		Número <u>226</u>	Complemento
Bairro <u>AREIA BRANCA</u>	Cidade <u>PETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56330-035</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81)995024368</u>	Telefone celular (DDD)

PETROLINA, 17 de DEZEMBRO de 2018  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante





Registro Nº

Data: 11/11/18

Hora: 21:41

Nome: <u>Uelson Roberto Gonçalves de Barros</u>		CNS: <u>nos tem</u>
Pai: <u>Cícero Donazete Gonçalves</u>		Naturalidade: <u>Petrolina</u>
Mãe: <u>ma das Graças de Barros G</u>	Profissão:	
Sexo: <u>14.11.88</u>	D.N.: <u>29</u>	Idade: <u>29</u>
Estado Civil:		
Endereco: <u>Manueto</u>		
Fone:	Cid. de: <u>Petrolina</u>	Estado: <u>Petrolina</u>
RG:		Procedência:
Certidão de Nascimento:		
Informante:		Parentesco:

Queixas do Paciente: Acidente de moto

Atendimento:	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Pediátrico	<input type="checkbox"/> Obstétrico	Hora:
Situação de Destino:	<input type="checkbox"/> Sala de Medicação	<input type="checkbox"/> Sala Vermelha	<input type="checkbox"/> Sala de Curativo	<input type="checkbox"/> Raio X	<input type="checkbox"/> Enfermaria

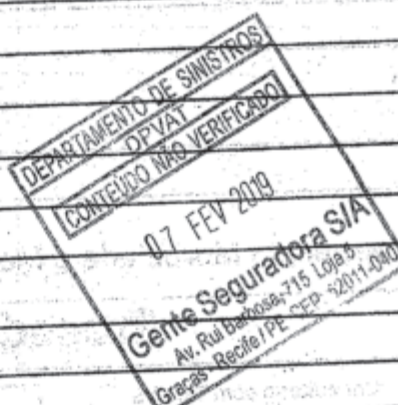
Histórico da Doença Atual: O que existe no regular

Exame Físico: PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Exames Solicitados/ Realizados:

Diagnóstico Provisório: TCE

Identificação do Médico: Alvaro Carvalho  
Médico  
CRM PE 25267  
Médico - CREMEPE





# 16 1. SRS 1500 ml, a agone 2 SRS 3 Cua curral Alvaro Carvalho Médico CRM-PE 25267 **Evolução Clínica (Anotar Data e Hora)**

Causas Externas de Morbidade e Mortalidade Sim ( ) Não ( ) (CID 10: \_\_\_\_\_)

## **Procedimento Executado**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Consultado com Terapia | <input type="checkbox"/> Consulta com observação Até _____ | <input type="checkbox"/> Sutura Simples   |
| <input type="checkbox"/> Retirada de Corpo Estranho                 | <input type="checkbox"/> Drenagem de Abscesso              | <input type="checkbox"/> Pequena Cirurgia |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____                              |  |   |

## **Destino de Paciente**

- ☐ Internamento ☐ Residência ☐ Óbito

☒ Transferência (Motivo): TCB

## **Identificação do Médico**

Álvaro Carvalho  
Médico  
CRM-PE 25267

Médico - CREMEPE

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2235404

Abertura: 11/11/2018 21:58

Paciente: UELSON ROBERTO GONCALVES DE BARROS - Idade: 29a. - Sexo Masculino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO Unid. Origem: HOSP MUN JOSE HENRIQUE DE LIMA - LAGOA GRANDE - PE  
Município: Lagoa Grande Localidade:

Motivo da Solicitação: Avaliação Neurológica

Complemento da Solicitação: AUTORIZO TRANSFERÊNCIA PARA HUP, SOB VAGA ZERO. FAVOR AGUARDAR COM AMBULÂNCIA A AVALIAÇÃO.  
(AMANDA GABRIELA SIQUEIRA DE MORAIS - Nº Cons.: 26357 - CRIL - 11/11/2018 22:17:34)

Resumo Clínico: =====> RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: Paciente de 29 anos, procedente da zona rural de petrolina, alcoolizado, trazido ao serviço devido queda de moto, há mais ou menos 30min, com uso inadequado de capacete, pouco contactuante.  
A: Via aéreas pervias // B: Respirando espontaneamente, taquipneico // C: Escoriações em face, abdome e laceração em MID, sangrante // D: Glasgow 10, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem rinorragia e otorragia, Battle à E // E: lesão em joelho D, com exposição de massa óssea e ligamentar. ACV e AR: sem alterações / ABD: pouco doloroso à palpação

- LISTA DE PROBLEMAS:

Lesão com exposição de massa óssea e ligamentar em joelho D - Ativo - Susp. Diag.: Lesão com exposição de massa óssea e ligamentar em joelho D  
TCE - Ativo - Susp. Diag.: TCE

- EVOLUÇÃO: Feita reposição volêmica, controle do sangramento e sondagem do paciente, com pouca melhora até então  
Não dispomos de meios para adequada condução do quadro do paciente e suas complicações

- DADOS VITAIS:

FC:114

FR:24

PAS:110

PAD:60

- MAIS INFORMAÇÕES:

SUP. VENT.:Ar Ambiente

GLASGOW:11

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASOATIVAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIBIÓTICOS

Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO/LAUDO DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardiio: Sem Exame

RX: Sem Exame

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

MÉDICO RESPONSÁVEL: ALVARO DANIEL DE CARVALHO - Nº Cons.: 25267 / CREMEPE

Informado por Maria Cirino da Silva Macal - HMJHL em 11/11/2018 21:58:05

=====> RELATÓRIO MÉDICO

- EVOLUÇÃO: Correção. PA: 197x106mmHg

Informado por Maria Cirino da Silva Macal em 11/11/2018 22:07:37 - Ocor. 2235404

Alvaro Carvalho  
Médico  
CRM-PE 25267

hipótese do Diagnóstico (CID)

S6.9 TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NÃO ESPECIFICADO

encaminhamento

11/11/2018 22:17

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

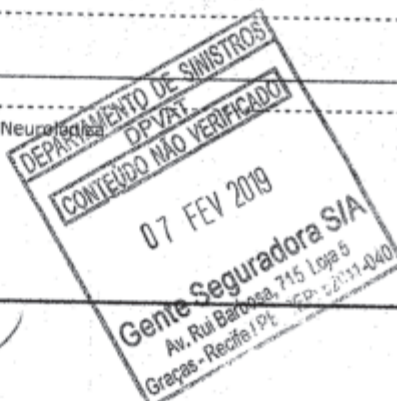
of. Reg.: AMANDA GABRIELA SIQUEIRA DE MORAIS

solutividade: Atendido

ciente Não Acomodado

Mot. Solicit.: Avaliação Neurológica

Ambulância:







# Corpus

Centro de Ortopedia Reumatologia  
Fisioterapia - RPG - Acupuntura  
Doenças da Coluna e Osteoporose

## RELATÓRIO

Paciente UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS relata ter sofrido acidente no dia 11.11.18 a onde veio a fraturar a mandíbula e sofreu uma truma em MSE. O mesmo apresenta dormência em região da boca e ausência de movimento de MSE.

Tratamento cirúrgico na mandíbula. Portador de seqüela de MSE.

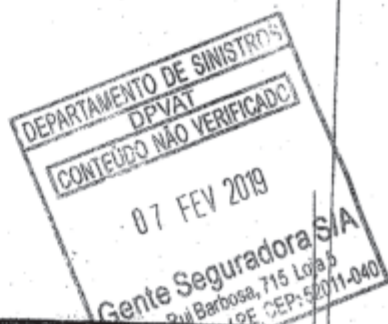
Petrolina - Pe, 05 de Fevereiro 2019

**Marcela M. Coimbra**  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 142017

Marcela M. Coimbra

CREFITO 142017 -F

**Dra. Marcela Coimbra**  
Fisioterapia Motora  
CREFITO 142017



Rua Padre Fraga, s/n Galeria do Hotel Grande Rio  
(Em frente a Clínica de Fraturas) - Petrolina-PE  
Fone: (87) 3866-2613 - E-mail: corpus2014@hotmail.com



### Ficha de Atendimento - Emergência

not R R T

#### DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51352326

Paciente: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Mãe: MARA DAS GRACAS DE BARROS GONCALVES

Endereço: ASSENTAMENTO MANSUETO, nº 0 - ZONA RURAL / PETROLINA (PE)

CNS: 704300598948990

Doc. Identificação: 6531727

Nasc.: 14/11/1988

Idade: 29

Telefone: (87) 998163164

#### ANAMNESE DO MÉDICO

Presente vítima de colisão moto. Ferido. Perda de consciência.

A: Voz zero por + color

B: MVD em APT, 1 RA

C: RUP, BVP, RA: 150X80mm

D: SCG: 12 (3+3+6), pupila isocora.

E: Trauma e manobras, trauma - MTD, abdução do braço, DB negativo

HA: Pólo trauma

Cd: 1) TC de crânio, face, cervical, total, abdome

2) Rx da coxa direita e joelho direito AP/PR

3) SRI 1000ml 2x

4) Tetracil 4g/100ml 2x

5) Analgésico de Meu

6) Antibiótico de Bucamoxol

HU-UNIVASF  
CONFERE O ORIGINAL  
15 01 2019

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249376

#NCR# 11/11/18

Paciente com histórico de acidente motociclístico com ingestão alcoólica, relato de perda de consciência.

ECG 12 (3+3+6), pupilas isocóricas, FR, molhados os 4 membros, LCC em região mentoniana, abdução de braço com dificuldade

Cd: 1) Aguardo TC de crânio face e coluna cervical.

Dra. Analara Ferraz  
Residente Neurocirurgia  
CREMEPE: 23961

Ass. Paciente: \_\_\_\_\_

Saída: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Data de Impressão: 11/11/2018

Hora: 23.26



# NR - 12/11/18 - 7:50h

Ponto de partida em ECG 13 apertado,  
normal.

Força no abdômen TC 1/2 voluntária

Classif. de risco PT no abdômen

Dra. Alyne Oliveira  
Médica  
CRM-PE 25981

# NR - 12/11/18

Ponto de partida em ECG 19, normal, 1/2  
normal MSE, 1/2 ponto de partida.

TC normal: LAD.

Força de flexão

TC normal: no abdômen forçoso.

Classificação de risco

1) Risco BNF.

2) Vigilância normal

Dra. Alyne Oliveira  
Médica  
CRM-PE 25981

HU - UNIVASF  
CONFERE C O ORIGINAL  
DATA 15 01/2019

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249676

# NR - 13/11/18.

Ponto de partida, ECG 14, normal, 1/2  
normal MSE e 1/2 ponto de partida (força de  
flexão de mandíbula).

Classif. de risco de risco PT + orelhas e ponto de partida

2) Ag. orofacial BNF.

3) Vigilância normal

Dra. Alyne Oliveira  
Médica  
CRM-PE 25981



**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Novembro/2018

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - ONES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

6 - ACOMPANHANTE

X

7 - PRONTUÁRIO

51352326

8 - CNS

704300598948990

9 - RG

6531727

10 - CPF

8562748447

11 - NASCIMENTO

14/11/1988

12 - SEXO

M

13 - RAÇA/COR

PARDA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

MARA DAS GRACAS DE BARROS GONCALVES

16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

ASSENTAMENTO MANSUETO, N/A - ZONA RURAL

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - CÓD. IBGE

2611101

22 - UF

PE

23 - CEP

563000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

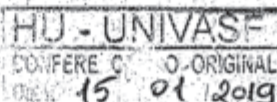
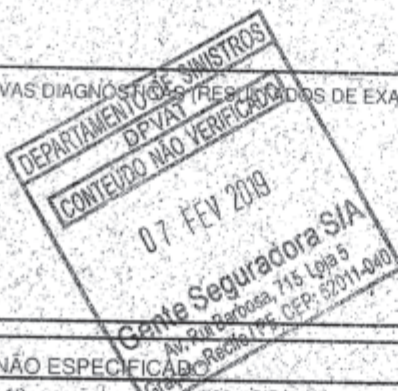
paciente adm com história de acid moto. eeg 14, isocórico. fr

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

acima

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

lad

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249676

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NÃO ESPECIFICADO

28 - CID-10 PRINCIPAL

S06.9

29 - CID-10

30 - CID-10 C. ASSOCIADAS

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

32 - CÓD. PROCEDIMENTO

301060070

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

36 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE

3774758310

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ALYNE OLIVEIRA CORREIA

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/11/2018

39 - ASS. CARIMBO N.º DO CONSELHO

25461PE/CREMER

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

40 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N. BILHETE

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNAE EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

51 - CÓD. ORGÃO

56 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR

54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

14-11-18

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO CONSELHO)

CPF: 928.734.902-06

8228 PE

Autorização



# Descrição Cirúrgica

folha 1/2

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Data cirurgia: 14/11/2018

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Idade: 30 anos 0 mês

Convênio: SUS

Sexo: Masculino

Prontuário: 5135232/6

Leito: 213D

## 2. EQUIPE

Equipe: PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES  
Cirurgião: OZAWA BRASIL JUNIOR  
PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES

CRO: 2519

CRO: 4492

CRO: 2519

CIRURGIA E  
TRAUMATOLOGIA BUCO  
MAXILO FACIAIS

## 3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório S02.6 FRATURA DE MANDIBULA PARASSINFISE 'D'

Pós-Operatório S02.6 FRATURA DE MANDIBULA

## 4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

ASA:

CRM:

## 5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 14/11/2018 08:45

Fim: 14/11/2018 10:18

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

REDUCAO CIRURGICA DE FRATURA DE MANDIBULA

Técnica Anestésica/Sedação: GERAL

LIMPA

Observação:

## 6. ACHADOS OPERATÓRIOS

Não houve perda sangüínea intra-operatória significativa.

Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

## 7. DESCRIÇÃO

PACIENTE EM DDH SOB AG + TNT  
ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS  
COLOCAÇÃO DO TAMPÃO OROFARÍNGEO  
INFILTRAÇÃO COM BUPIVACAÍNA 0,5% + EPI 1:200.000  
ACESSO INTRAORAL + DISSECÇÃO POR PLANOS  
EDUÇÃO DA FRATURA  
BLOQUEIO MAXILOMANDIBULAR  
FIXAÇÃO INTERNA ESTÁVEL  
REVISÃO HEMOSTÁTICA  
IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF0,9%  
HEMOSTASIA  
SUTURA POR PLANOS  
CURATIVO

MATERIAIS ESPECIAIS:

FIR: 03 MINIPLACAS EM TITANIO 2.0 + PARAFUSOS

HU-UNIVASF  
CONFERE O ORIGINAL  
Data: 15 01/2019

Carlos Sandro Eugénia  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249676

DEPARTAMENTO DE SIMESTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracós - Recife/PE CEP: 52011-040

PEDRO HENRIQUE LOPES  
Cir. Bucomaxilofacial  
Implantes Dentários  
CRO-PE 9359 CRO-PJ 2519

14/11/2018 10:52

null PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES CRO 2519

HUUNAF  
EBSERH

Descrição Cirúrgica

Identificação

UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Leito: 213D

5135232/6



14/11/18

NOME: Velson Roberto Gonçalves Barros

Sexo

Idade

ASA

Urgência

M

30

I

SIM ☐ NÃO ☒

CIRURGIÃO

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Osawa + Dr. PedroDr.ª Alessandra

PROCEDIMENTO

Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula

INÍCIO

TÉRMINO

09:00

11:50

Anamnese:

Alergia: ☒ Não ☐ SimJejum: ☒ >8h ☐ <8hPatologias: ☒ Não ☐ Sim

Exames:

CONDIÇÕES DE ENTRADA

PA:

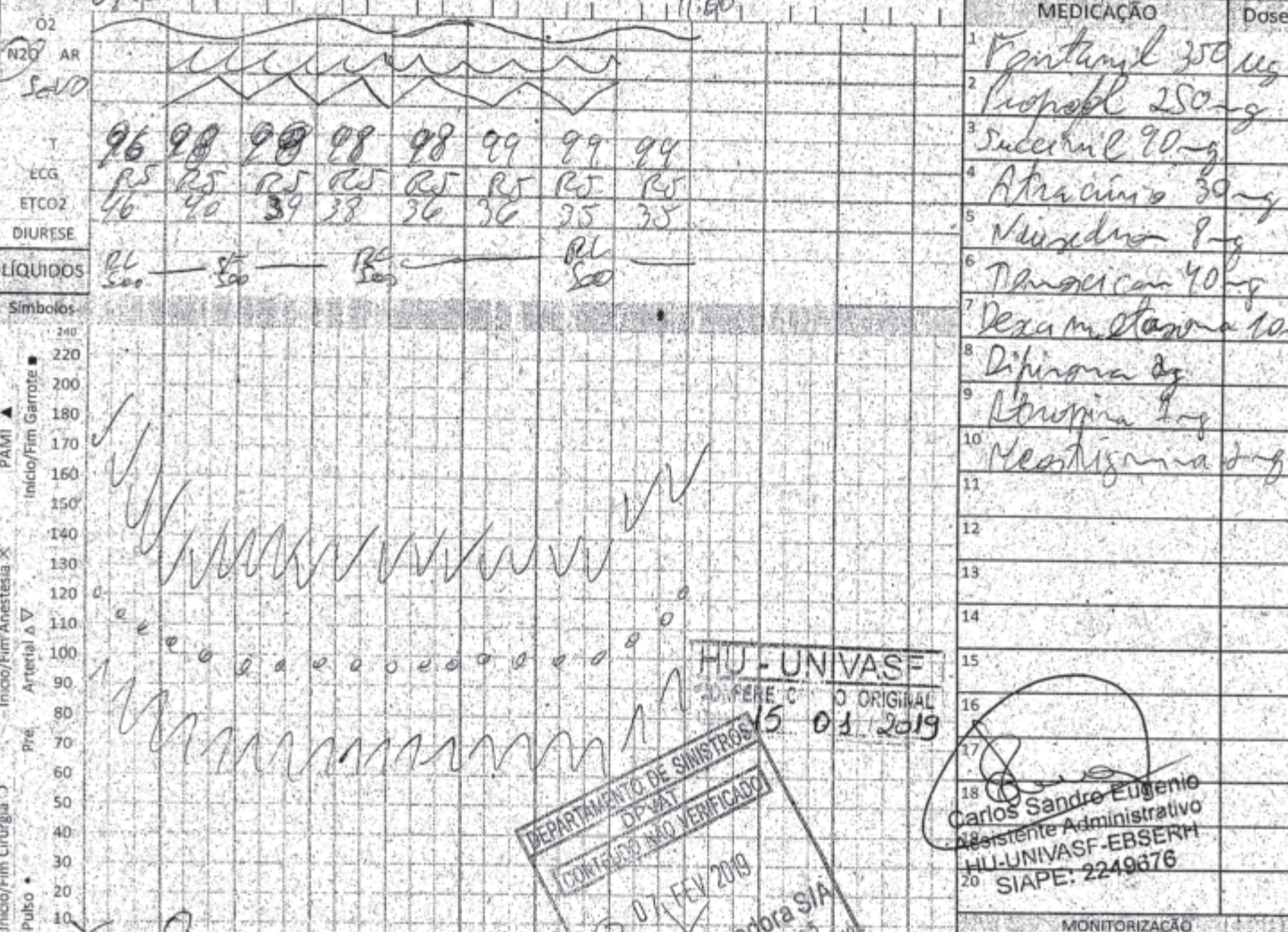
FC:

SAT:

OUTROS:

HORÁRIO 09:00

11:50



HU - UNIVASF

O ORIGINAL

15 03 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DP-VAT  
CONTABILIZADO NÃO VERIFICADO  
07/FEV/2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa  
Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20040-000

Carlos Sandro Eugênio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249676

MONITORIZAÇÃO

☒ OXIMETRIA ☒ ANALISADOR GÁS  
☒ CARDIOSCOPIA ☐ PAI  
☒ PNI ☐ OUTROS  
☒ CAPNOGRAFIA ☐  
☐ SVD ☐

TÉCNICA ANESTÉSICA

☐ ACOMPANHAMENTO  
☐ RAQUIANESTESIA ☐ G. VENOSA  
☒ G. BALANCEADA ☐ PERIDURAL  
☐ G. INALATÓRIA ☐ PERI. CONT.  
☐ B. PLEXO

Posição

Hemocomponentes

☐ Não ☐ Sim

Antibiótico

☒ Profilático☐ Terapêutico1. Cefazolina

Dose:

Hora:

Dose:

Hora:

Descrição:

- Monitoração  
 - Pré-oxigenação  
 - Indução venosa CI + I + 2 + 3  
 - Laringoscopia  
 - INT CI TOT. arameado n.º 7.0 c/cuf  
 - Manutenção CI SVO + N2O + O2  
 - Proteção ocular.



ANOTAÇÕES	INTERCORRÊNCIAS
	<p><i>paciente extubado e não realizado exames de secreções em grande quantidade em via aérea; evoluiu com hipotensão s/s a náusea de refluxo em via aérea. Realizado intubação. Venoja Pn 200ml + succinil 100mg, seguido de lavagem da TDO e 100ml de 0.9% NaCl. Encaminhado p/ RPA</i></p>

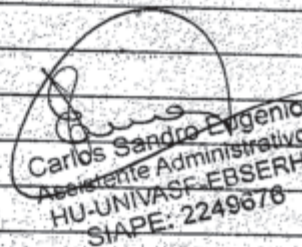
<b>Fluidos Totais</b> CRISTALÓIDE: _____ SORO GLICOSADO: _____ SANGUE: _____ PLASMA: _____ PLAQUETAS: _____ DIURESE: _____	<b>FINAL DO PROCEDIMENTO</b> <b>CONDIÇÕES FINAIS</b> Encaminhado: <input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Enfermaria PA: <u>150x75</u> FC: <u>119</u> SAT: <u>99</u> <input type="radio"/> EXTUBADO <input checked="" type="radio"/> INTUBADO
--	--


Dra. Alessandra A. dos Santos  
 Anestesiologista  
 CRM-BA 21471 / CRM-PE 23109  
 ANESTESIOLOGISTA - CRM

RECUPERAÇÃO POS-ANESTÉSICA			
CONDIÇÕES DE ENTRADA			
<input type="radio"/> ACORDADO <input type="radio"/> EUPNEICO <input checked="" type="radio"/> ESTÁVEL	<input type="radio"/> TORPOROSO <input type="radio"/> DISPNEICO <input type="radio"/> INSTÁVEL	<input checked="" type="radio"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="radio"/> INTUBADO	<p><i>paciente em sedo-analgesia, c/ Fontanel e midazolam em B, Em FOT e VMC a Vd.</i></p>
PA: <u>156x75</u>	FC: <u>117</u>	SAT: <u>99</u>	

SINAIS VITAIS				
HORÁRIO	PA	FC	SAT	ANOTAÇÕES

HU-UNIVASF  
 CONFERE O ORIGINAL  
 15.05.2019

  
 Carlos Sandro Argenio  
 Assistente Administrativo  
 HU-UNIVASF-EBSERH  
 SIAPE: 2249678

CONDIÇÕES DE ALTA			
<input checked="" type="radio"/> ACORDADO <input checked="" type="radio"/> EUPNEICO <input checked="" type="radio"/> ESTÁVEL <input checked="" type="radio"/> NVPO	<input type="radio"/> TORPOROSO <input type="radio"/> DISPNEIA <input type="radio"/> INSTÁVEL <input checked="" type="radio"/> NÃO	<input type="radio"/> INCONSCIENTE <input type="radio"/> INTUBADO <input type="radio"/> SIM	<p><i>Obs. desligado Sedação 15:30h</i></p> <p><i>As 15:30 paciente em Vent espontâneo, acordado e obedecendo a comandos, após aspiração de secreções orais, paciente extubado e montado em O2 sob controle rod. elin. feito Preurolgem. O sangue</i></p> <p><i>As 16:15: 9h paciente consciente, despneico em ar ambiente. Estável sem intercorrências. es. Alta do SRPA</i></p>
<b>DOR</b> 			
<b>BROMAGE</b> 00    01    02    03			
<b>ALDRETE E KROULIK</b>			
PA: <u>110 x 70</u>	FC: _____	SAT: _____	
<b>HORA:</b> <u>9:00</u>			
<b>DESTINO:</b> <input checked="" type="radio"/> Enfermaria <input type="radio"/> UTI <input type="radio"/> _____			

Dr. P. G. G. G.  
 Médico Anestesiologista  
 ANESTESIOLOGISTA - CRM



# Descrição Cirúrgica

folha 1/2

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Data cirurgia: 14/11/2018

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Idade: 30 anos 0 mês

Convênio: SUS

Sexo: Masculino

Prontuário: 5135232/6

Leito: 211A

## 2. EQUIPE

Equipe: PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES  
Cirurgião: OZAWA BRASIL JUNIOR  
PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES

CRO: 2519

CRO: 4492

CRO: 2519

CIRURGIA E  
TRAUMATOLOGIA BUCO  
MAXILO FACIAIS

## 3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório S02.6 FRATURA DE MANDÍBULA PARASSINFISE 'D'

Pós-Operatório S02.6 FRATURA DE MANDÍBULA

## 4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

ASA:

CRM:

## 5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 14/11/2018 08:45

Fim: 14/11/2018 10:18

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

REDUÇÃO CIRURGICA DE FRATURA DE MANDIBULA

Técnica Anestésica/Sedação: GERAL

LIMPA

Observação:

## 6. ACHADOS OPERATÓRIOS

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

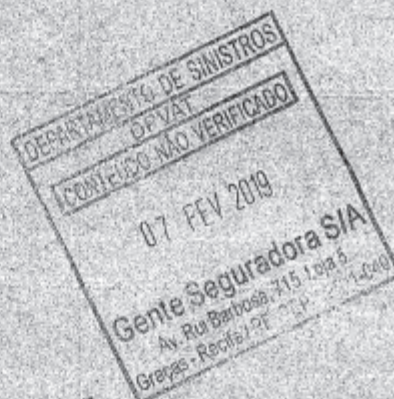
Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

## 7. DESCRIÇÃO

PACIENTE EM DDH SOB AG + TNT  
ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS  
COLOCAÇÃO DO TAMPÃO OROFARÍNGEO  
INFILTRAÇÃO COM BUPIVACAÍNA 0.5% + EPI 1:200.000  
ACESSO INTRAORAL + DISSECÇÃO POR PLANOS  
REDUÇÃO DA FRATURA  
BLOQUEIO MAXILOMANDIBULAR  
FIXAÇÃO INTERNA ESTÁVEL  
REVISÃO HEMOSTÁTICA  
IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF0.9%  
HEMOSTASIA  
SUTURA POR PLANOS  
CURATIVO.

MATERIAIS ESPECIAIS:

FIR: 03 MINIPLACAS EM TITANIO 2.0 + PARAFUSOS



Ozawa Brasil Jr.

Ortomaxilofacial

CRO-PE 9386

14/11/2018 10:52

null PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES CRO 2519

**EBSERH**

Descrição Cirúrgica

Identificação

UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Leito: 211A

5135232/6



135

## COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Requerente

**UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS**

Serviço

**AUXÍLIO DOENÇA - ADMINISTRATIVO**

Unidade Responsável

**AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA  
SOCIAL PETROLINA**

Protocolo realizado em

**13 DEZ**  
2018  
QUINTA-FEIRA

Dados do Requerente

**CPF: 085.627.484-47****Nascimento: 14/11/1988****Mãe: MARIA DAS GRACAS DE BARROS GONCALVES****E-mail: N/D****Telefone: (87) 9960-49995**

## Informações Adicionais

- O atendimento deste serviço será realizado à distância, não sendo necessário o comparecimento presencial nas unidades do INSS, a não ser quando solicitado para eventual comprovação. É possível acompanhar o andamento do requerimento ligando para o telefone 135, de segunda a sábado, das 07:00 às 22:00h, ou caso já possua senha de acesso ao site "Meu INSS", acesse o endereço <http://meu.inss.gov.br>, clique na opção "Agendamentos / Requerimentos", efetue login e clique em "Consultar requerimentos".
- O prazo informado é uma previsão de atendimento que proporciona maior transparência e qualidade no atendimento, podendo variar conforme a disponibilidade da unidade escolhida. Caso sua solicitação envolva valores financeiros, seus direitos estão garantidos desde a data do pedido.





## RELATÓRIO / LAUDO MÉDICO

PACIENTE: UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS  
DATA DA ADMISSÃO: 12/11/18

IDADE: 30 ANOS  
DATA DA ALTA: 22/11/18

### HISTÓRIA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

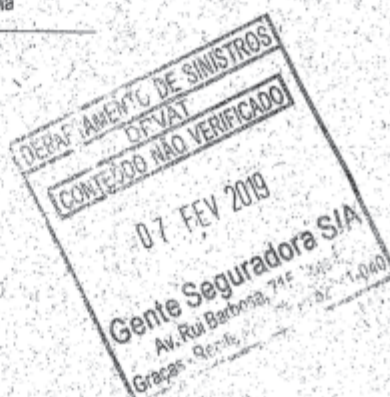
Paciente regulado de Lagoa Grande/PE, com história de acidente motociclístico, após libação alcoólica, com relato de perda da consciência. À admissão, ECG 12 (3+3+6), pupilas isocóricas, FR, LCC em região mentoniana, abertura de boca com dificuldade. Realizou TC de crânio que evidenciou sinais de LAD e fratura de mandíbula, TC de coluna cervical sem evidências de fraturas. Submetido a tratamento cirúrgico da fratura de mandíbula no dia 14/11/18. Mantido em vigilância neurológica em enfermaria de NCR. Evoluiu com paresia de MSE (relato de fratura de clavícula E anterior). Realizou RNM de coluna cervical (21/11/18) que evidenciou contusão medular. Paciente segue em enfermaria, sem necessidade de DVA ou O2 complementar, diurese espontânea, boa aceitação da dieta via oral. ECG 14, algo desorientado, pupilas isocóricas, paresia de MSE.

**Recebe alta após discussão com equipe neurológica para acompanhamento ambulatorial.  
PACIENTE NECESSITA DE 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS.**

HD: TCE  
CID 10: S06.9

PETROLINA, 22 DE novembro DE 2018.

Dra. Anajara Ferraz  
Residente Neuropneumologia  
CRM/PE 225961  
Médico





# Descrição Cirúrgica

folha 1/2

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Data cirurgia: 14/11/2018

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Prontuário: 5135232/6

Idade: 30 anos 0 mês

Sexo: Masculino

Leito: 211A

Convênio: SUS

## 2. EQUIPE

Equipe: PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES

CRO: 2519

CIRURGIA E

Cirurgião: OZAWA BRASIL JUNIOR

CRO: 4492

TRAUMATOLOGIA BUCO

PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES

CRO: 2519

MAXILO FACIAIS

## 3. DIAGNÓSTICO

ASA: I

Pré-Operatório: S02.6 FRATURA DE MANDÍBULA PARASSINFISE D

Pós-Operatório: S02.6 FRATURA DE MANDÍBULA

## 4. AVALIAÇÃO PRÉ-SEDAÇÃO

Via aérea:

ASA:

Avaliação clínica:

Co-morbidades:

Exame físico:

Executor da sedação:

CRM:

## 5. CIRURGIAS REALIZADAS

Início: 14/11/2018 08:45

Fim: 14/11/2018 10:18

Caráter: ELETIVA

Procedimentos - Potencial de contaminação

REDUCAO CIRURGICA DE FRATURA DE MANDIBULA

LIMPA

Técnica Anestésica/Sedação: GERAL

Observação:

## 6. ACHADOS OPERATÓRIOS

Não houve perda sanguínea intra-operatória significativa.

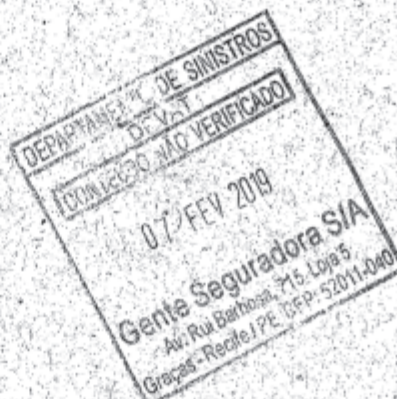
Não houve intercorrências durante o procedimento cirúrgico.

## 7. DESCRIÇÃO

PACIENTE EM DDH SOB AG + TNT  
 ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS  
 COLOCAÇÃO DO TAMPÃO OROFARÍNGEO  
 INFILTRAÇÃO COM BUPIVACAÍNA 0,5% + EPI 1:200.000  
 ACESSO INTRAORAL + DISSECÇÃO POR PLANOS  
 REDUÇÃO DA FRATURA  
 BLOQUEIO MAXILOMANDIBULAR  
 FIXAÇÃO INTERNA ESTÁVEL  
 REVISÃO HEMOSTÁTICA  
 IRRIGAÇÃO COPIOSA COM SF0,9%  
 HEMOSTASIA  
 SUTURA POR PLANOS  
 CURATIVO

MATERIAIS ESPECIAIS:

FIR: 03 MINIPLACAS EM TITANIO 2,0 + PARAFUSOS



Ozawa Brasil Jr.  
 Maxilofacial  
 CRO-PE 9386

14/11/2018 10:52

null PEDRO HENRIQUE DE SOUZA LOPES CRO 2519

**EBSERH**

Descrição Cirúrgica

Identificação:

UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

Leito: 211A

5135232/6





NOME.....: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS  
MEDICO.....: ANTONIO MARCOS MENESES  
CODIGO.....: 003/022823  
DATA ENTRADA.: 21/11/2018

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

### Técnica:

Exame realizado em equipamento de campo fechado (1,5 Tesla), na sequência FSE e GRADIENTE ECHO, nas ponderações T1 e T2.

### Análise:

Área de contusão hemorrágica subpial, envolvendo o aspecto posterolateral esquerda da medula espinhal no nível C6-C7, associada a discreto edema do parênquima medular adjacente, com leve deslocamento da medula espinhal para a direita neste segmento. Observa-se hemorragia situada junto a superfície da pia mater, inferiormente a esta região até o nível D2.

Proeminente coleção líquida intrarraqueana extradural, estendendo-se desde o nível C2 até a porção mais inferior avaliada da coluna vertebral e que demonstra maior espessura no segmento compreendido entre C2 e C5 (cerca de 5,8 mm), deslocando posteriormente a medula espinhal, podendo representar higroma por laceração da duramater.

Indefinição das raízes junto a superfície lateral da medula espinhal no nível D6-D7, podendo representar avulsão radicular pós-traumática neste contexto.

Não há sinais de fraturas nos corpos vertebrais avaliados.

Forames de conjugação sem sinais de estenose importante.

Articulações interapofisárias sem evidências de alterações importantes.

Transição craniovertebral sem anormalidades significativas.

Esvolto de convexidade à esquerda ao decúbito.

### Conclusão:

Área de contusão hemorrágica subpial no aspecto posterolateral esquerda da medula espinhal no nível C6-C7, com hemorragia subpial inferiormente a este segmento, havendo deslocamento da medula espinhal para a direita no nível C6-C7 e indefinição das raízes nervosas à esquerda, podendo representar avulsão radicular.

Volumosa coleção líquida intrarraqueana/extradural, situada anteriormente a medula espinhal, deslocando posteriormente e particularmente no segmento cervical superior, que pode representar higroma por laceração da duramater.



- |                         |                          |                       |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|
| ▶ Ressonância Magnética | ▶ Mamografia Digital     | ▶ Densitometria Óssea |
| ▶ Raios-X Digital       | ▶ Ultrassonografia Geral | ▶ Doppler Colorido    |





# Radimagem

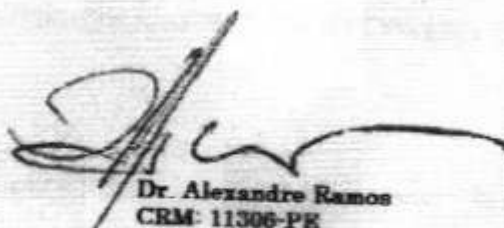
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

NOME.....: UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

MEDICO.....: ANTONIO MARCOS MENESES

CODIGO.....: 003/022823

DATA ENTRADA.: 21/11/2018

  
Dr. Alexandre Ramos  
CRM: 11306-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPURT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

► Ressonância Magnética  
► Raios-X Digital

► Mamografia Digital  
► Ultrassonografia Geral

► Densitometria Óssea  
► Doppler Colorido



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DE LAGOA GRANDE - PE

## RECEITUÁRIO



Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Nome: Helson Roberto B. Barros Registro Nº \_\_\_\_\_

Vítima de acidente moto ciclístico em 11.11.18 sendo encaminhado para o HU em Petrolina - PE, período de internamento de 12.11.18 a 22.11.18 para realização do tratamento.

PA com fratura de mandíbula, perda de consciência; perfuração em membro superior esquerdo; TCE; deslocamento da medula espinhal para direita nível de C6-C7. Sendo submetido a cirurgia tipo comissural com placa e parafusos de titânio.

Síndromes funcionais - evolui com dificuldade de abertura da cavidade oral e mastigação; perda de 90% de ADM do braço esquerdo, força diminuída; perda de 70% de ADM da ATM. Foi realizado todo tratamento proposto, porém o paciente permanece com os sintomas de caráter permanente e com suas dificuldades da

DATA: 26/02/19

Assinatura e Carimbo

do lado direito prejudicado. Sem possibilidade  
de recuperação significativa com olo de reabilita-  
ção.

EID 10 : 514

EID 10 : 506.9

EID 10 : 502.4

Isabela Gomes de Sá Medeiros  
Fisioterapeuta  
CREFITO 264926-F

26.02.19



























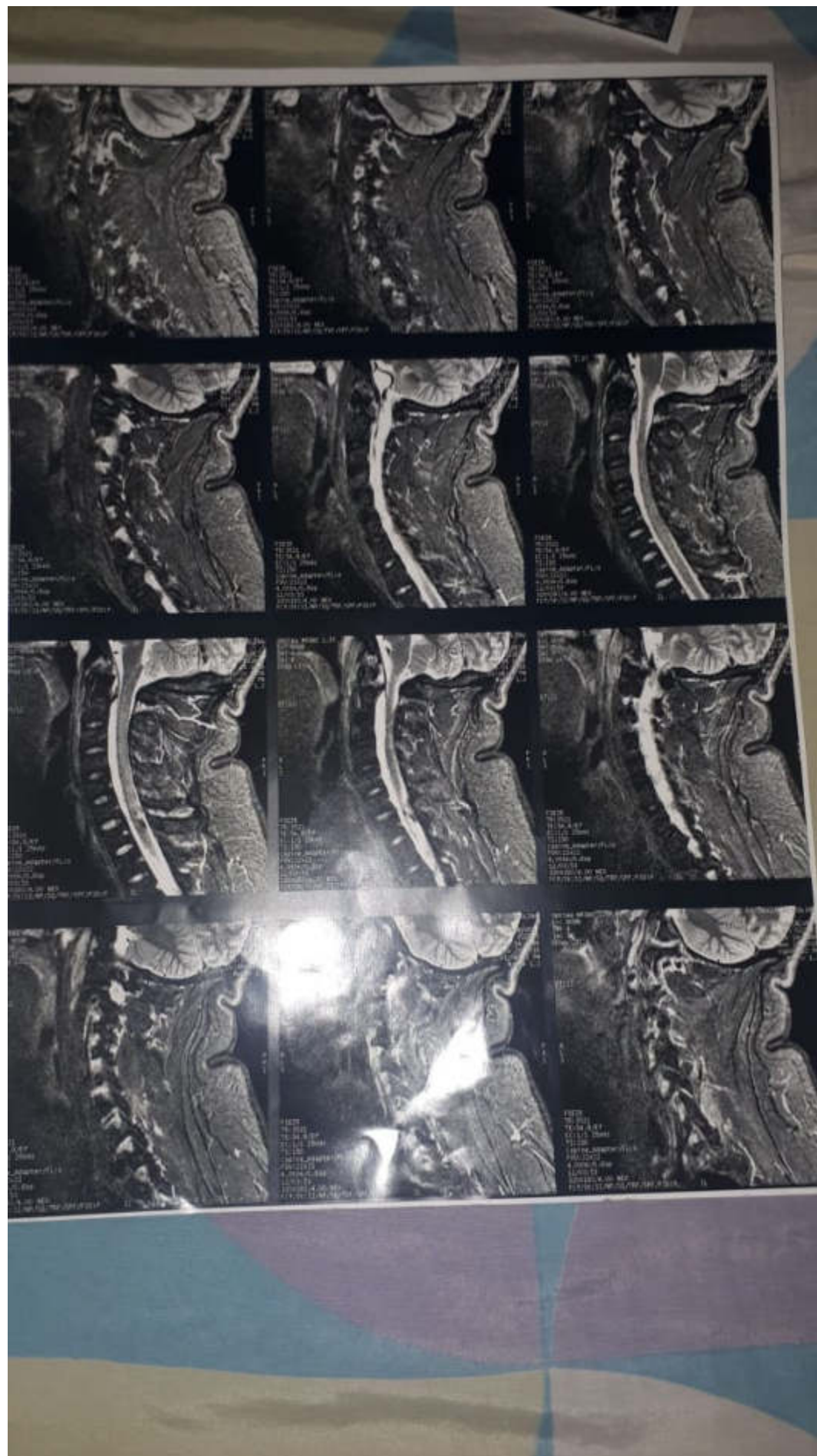












## RELATORIO- NEUROCIRURGIA

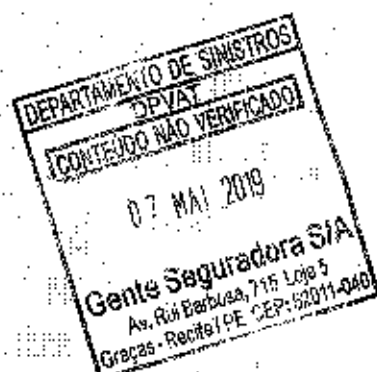
PACIENTE: UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 11/2018, FICANDO INTERNADO NO HU COM QUADRO DE PLEGIA MSE, REALIZOU RNM COLUNA CERVICAL EVIDENCIANDO CONTUSÃO MEDULAR, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA NEUROCIRURGIA NO MOMENTO. EM ECO 15 ISOCORICO, PR, COM CERVICALGIA E PLEGIA MSE - FRANKEL A, DEMAIS MEMBROS SEM DEFETS MOTORES. PACIENTE MANTEM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM NEUROCIRURGIA E FISIOTERAPIA MOTORA.

CID 10: S14

PETROLINA, 24 DE ABRIL DE 2019.

Dr. [Signature]  
Cirurgião Geral  
Medico





ATENDIMENTO: 01337893      FRENTEIRO: 0000261283  
NOME DO PACIENTE: UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS  
DT NASC: 14/11/1938      IDADE: 30 Anos 4 Meses 5 Dias      SEXO: M  
NOME DA MÃE: MARIA DAS GRACAS DE BARROS GONÇALVES  
ENDEREÇO: ASSENTAMENTO SENADOR MANSUETO  
BAIRRO: IZACOLANDIA      CIDADE: PETROLINA      UF: PE

DT ATEND: 20/03/2019      DT ATUAL: 20-03-2019  
HR. ADMISSÃO: 07:34      HR. ATUAL: 08:48  
NOME SOCIAL:  
CARTÃO SUS: 70430069898590  
RESPONSÁVEL:  
FONE: 999049505      RACIA/COA: Pardo

## Receituário

### DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA MENCIONADO FOI SESSÃO DE FISIOTERAPIA PARA TRATAMENTO DE LACERAÇÃO DE RAIZ NERVOSA EM COLUNA CERVICAL.

O MESMO APRESENTA FORÇA GRAM 0 EM REGIÃO PROXIMAL E GRAM 4 A 2 EM REGIÃO DISTAL DE MSD. TAMBEEM REFERE DOR INTENSA EM REGIÃO CERVICAL. OBSERVADO SUBLUXAÇÃO DE UMERO DIR.

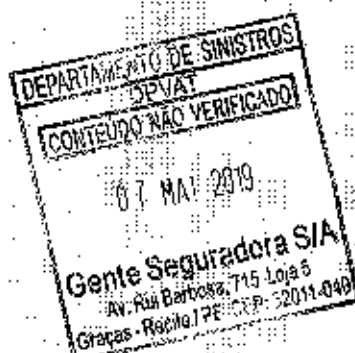
NÃO HOUVE MELHORA NA FORÇA NA REGIÃO PROXIMAL E DE CINT. ESCAPULAR A DIREITA. PROVAVELMENTE ESTE PACIENTE FIQUE COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL PERMANENTE NESTA REGIÃO.

Missa Feitaz  
Fisioterapeuta  
CREFITO 20146

MISSA FERRAZ CAVALCANTI RAMOS

FISIOTERAPIA

CREFITO - 20146





## NEUROCENTRO - CEAME

Rua Antonio Santana Filho 670-Centro-Petrolina  
Telefone (87) 3862 74 52 (87) 988197009 WhatsApp

### Informações do Paciente

Identificação: urgb231019  
Nome: Uelson Roberto Gonçalves Barros  
Sexo: Male  
quadra de moto há mais ou menos 1 ano

Data de Nascimento: 14/11/1988  
Médico: Dra. Alyne  
Data do Exame: 23/10/2019

Histórico

### Conclusão

## ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

### Protocolo do Exame:

Estudo da Neurocondução: Foi estudado a neurocondução sensitivo e motora de: Nervo Mediano e Ulnar, tendo sido avaliado: Latência distal e proximal, Amplitude dos potenciais e Velocidade de condução sensitiva e motora.

Realizado teste de "Bactrian" (estudo comparativo da condução sensitiva entre Nervo Radial e Mediano), Estudo da diferença de latência de Nervo Ulnar e Mediano no IV quirodáctilo e Fibras Palmares.

Realizada pesquisa de Onda F em nervo Mediano e Ulnar.

Estudo Eletromiográfico: Foram estudados os Músculos: Abdutor Curto do Polegar, Abdutor do Dedo Mínimo, Primeiro Interosseio Palmar, Bíceps Braquial e Deltóide, os referidos músculos foram testados em repouso, contração leve e contração máxima. Os parâmetros Atividade de Inserção, presença de Fibrilação, Fasciculações, Ondas Agudas Positivas e Padrão de Recrutamento foram analisadas acústico e graficamente.

### Achados Positivos do Exame:

- Estudo da Neurocondução sensitivo e motora apresentando redução na velocidade de condução e amplitude de nervos musculo-cutaneo, axilar, supra-escapular
- Eletromiografia anormal nos músculos pesquisados.

### Conclusão:

Eletroneuromiografia de Membro Superior esquerdo compatível com PLEXOPATIA CERVICO-BRAQUIAL DE CARATER GRAVE C5/ C6 /C7 (AVULSAO RADICULAR)

Dr. Nilson Bandeira Castelo Branco  
CRM 10943  
Neurologia/Neurocirurgia



## Estudo da Condução Nervosa Motora

Sítio	Lat.	Dur.	Amp.	Área	Segmento	Distância	Intervalo	VCN	VCC	D.N.	Temp.
<b>Ulnar Left</b>											
Punho	2.4ms	4.9ms	4.6mV	12.1mVms	*Punho		2.4ms				
Ab. cotovelo	7.1ms	5.4ms	4.1mV	11.7mVms	Punho-Ab. cotovelo	300mm	4.7ms	63.3m/s			
					Ab. cotovelo-Ac. cot						
					Ac. cotovelo-Braço						
					Braço-Erb						
<b>Axilar Left</b>											
Erb.					*Erb						
<b>Músculocutân Left</b>											
Erb					*Erb						
<b>Supraescapul Left</b>											
Erb	1.0ms	0.5ms	20.0uV	0.0mVms	*Erb		1.0ms				
	13.6ms	6.4ms	0.0uV	0.8mVms							
<b>Mediano Left</b>											
Punho	3.4ms	5.6ms	6.0mV	19.5mVms	*Punho		3.4ms				
Cotovelo	7.9ms	6.0ms	6.3mV	22.1mVms	Punho-Cotovelo		4.5ms				
					Cotovelo-Erb						

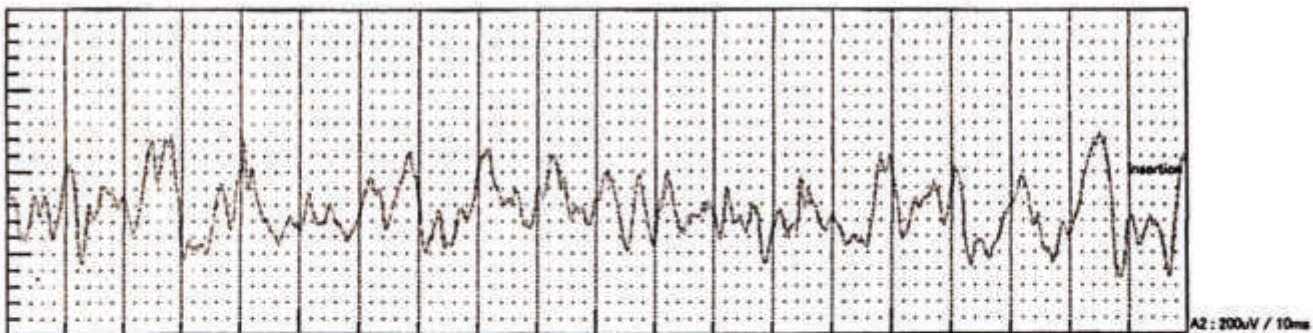
## Relatório de Achados da EMG

Músculo	Lado	Ins. Act.	Fibs.	Pos. Wave	Fasc.	MYO. Disch.	Normal MUP	Poly	Low Amp.	High Amp.	Dur.	Recruit	Int. Patt.
Abduc.Pol.Brevis	L	Normal										Reduce	
Biceps Brachii	L	Decr.										No Act.	
adm	L	Incr.											
supra espinhoso	L												

EMG2

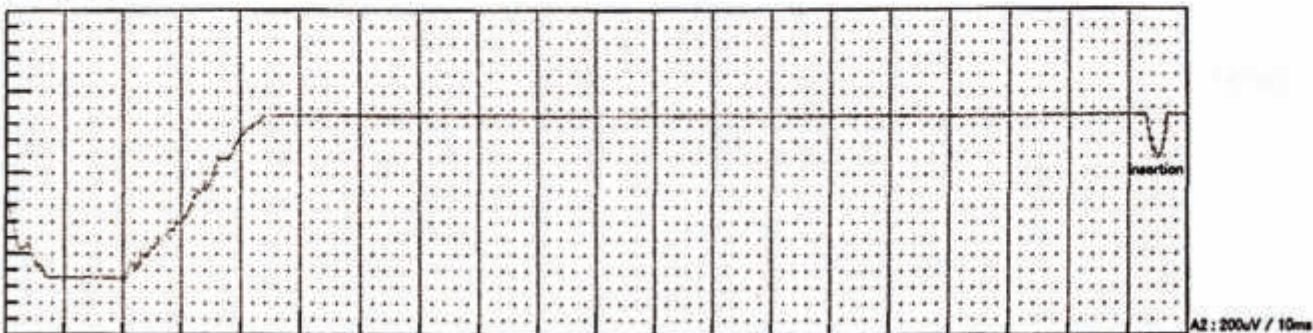
Abduc.Pol.Brevis

Left



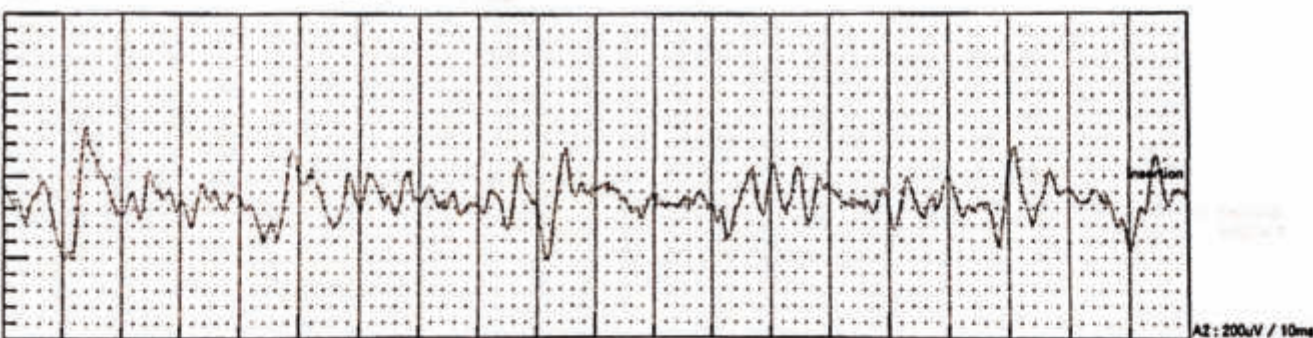
Biceps Brachii

Left



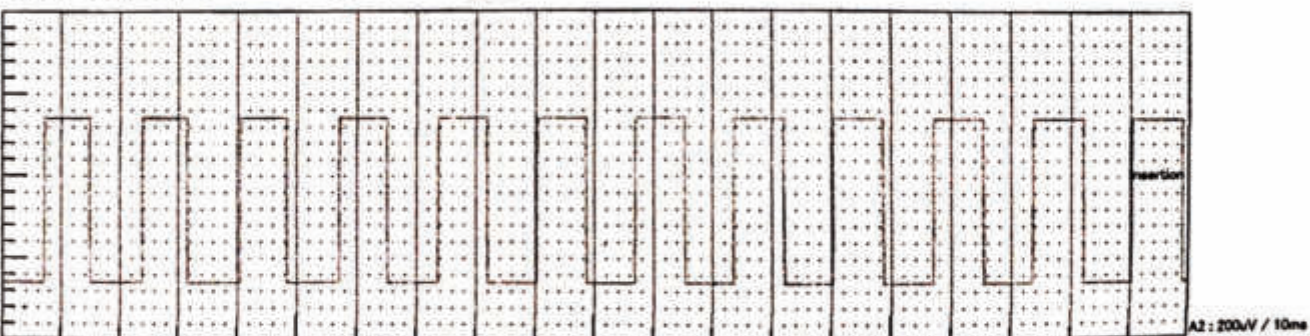
adm

Left



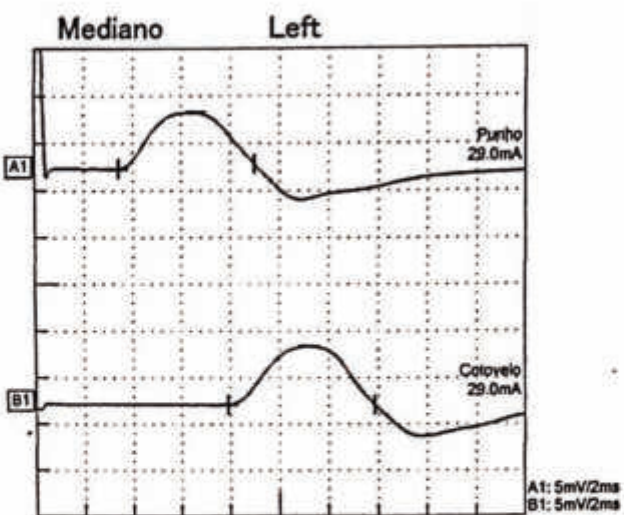
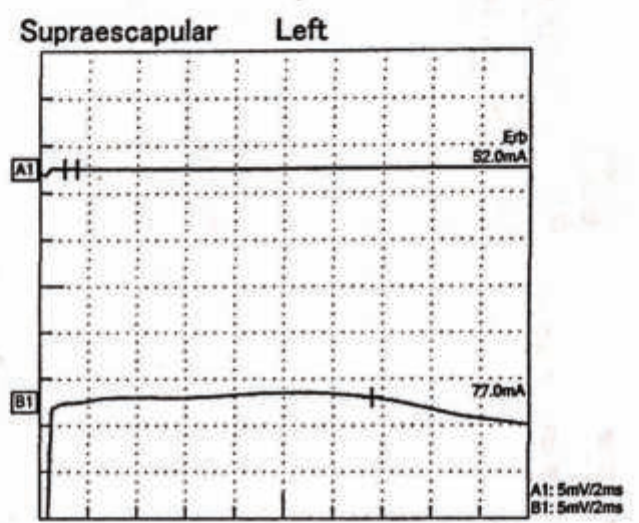
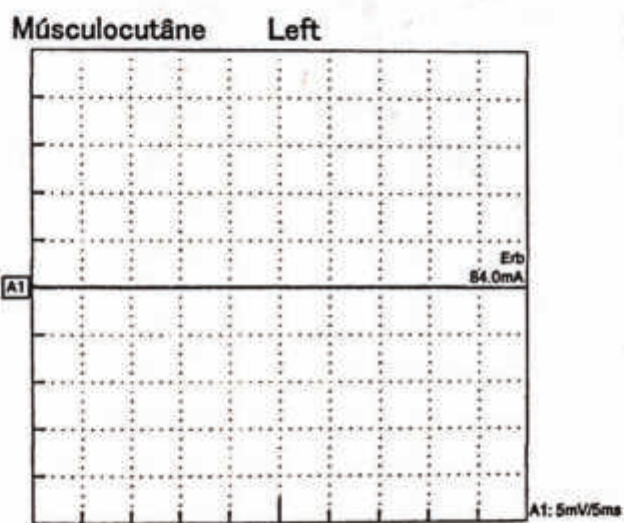
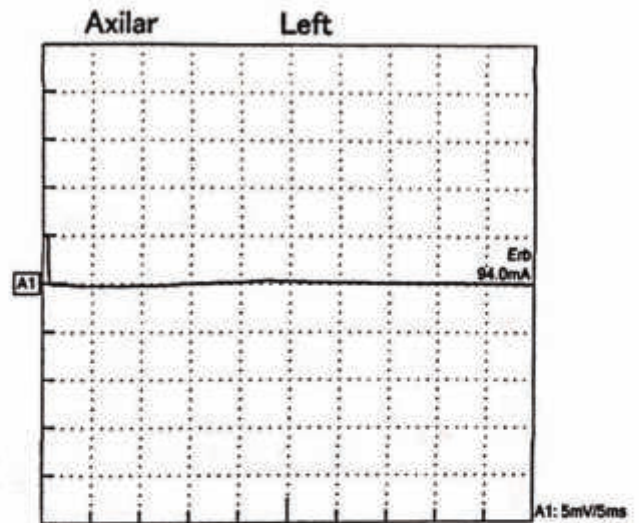
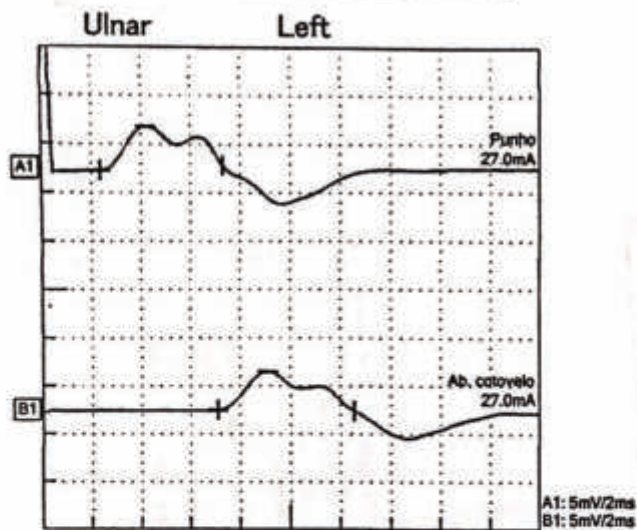
supra espinhoso

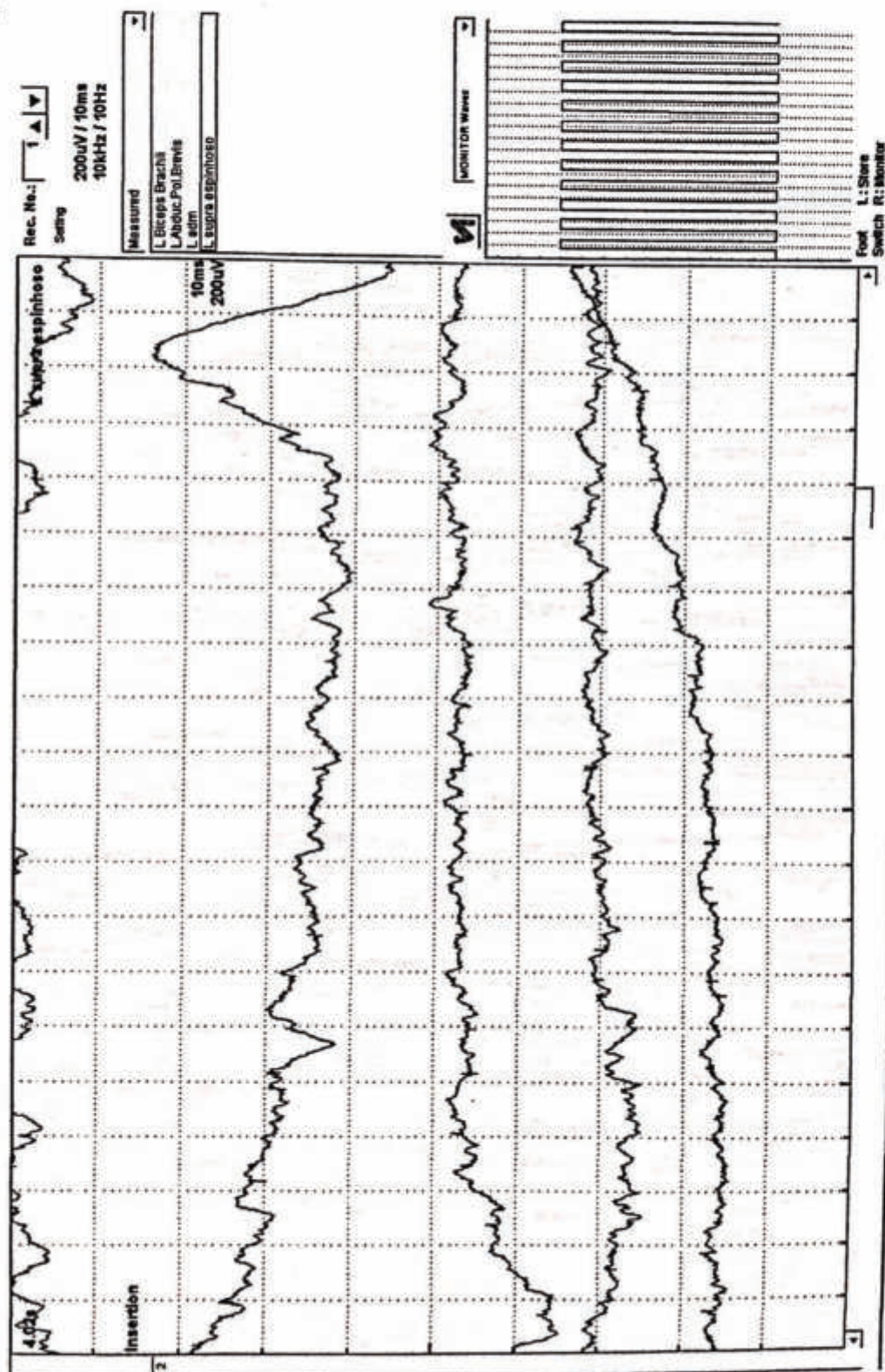
Left





# **Estudo de Condução Nervosa Motora**



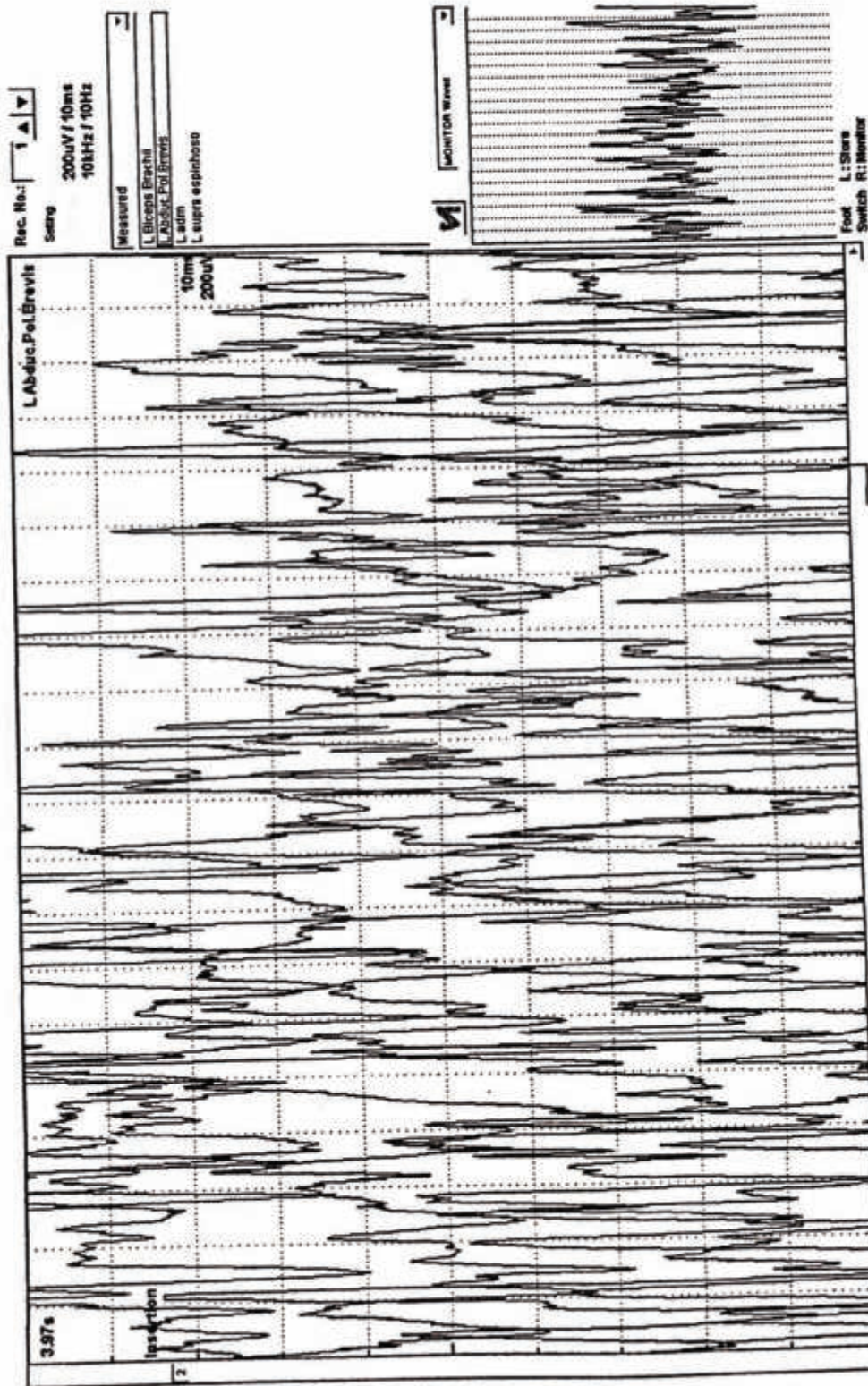


**Patient Information**  
 ID No.: urgb231019  
 Sex: Male  
 Age: 30y11m  
 Refer Dept.: Internal  
 History: queda de moto ha mais ou menos 1 ano

**Examination Information**  
 Name: Uelson Roberto Gonçalves Barro  
 Side: Left  
 Date: 23/10/2019  
 Examined by: Dra. Alyne  
 Comment:

**Muscle: supra espinhoso**



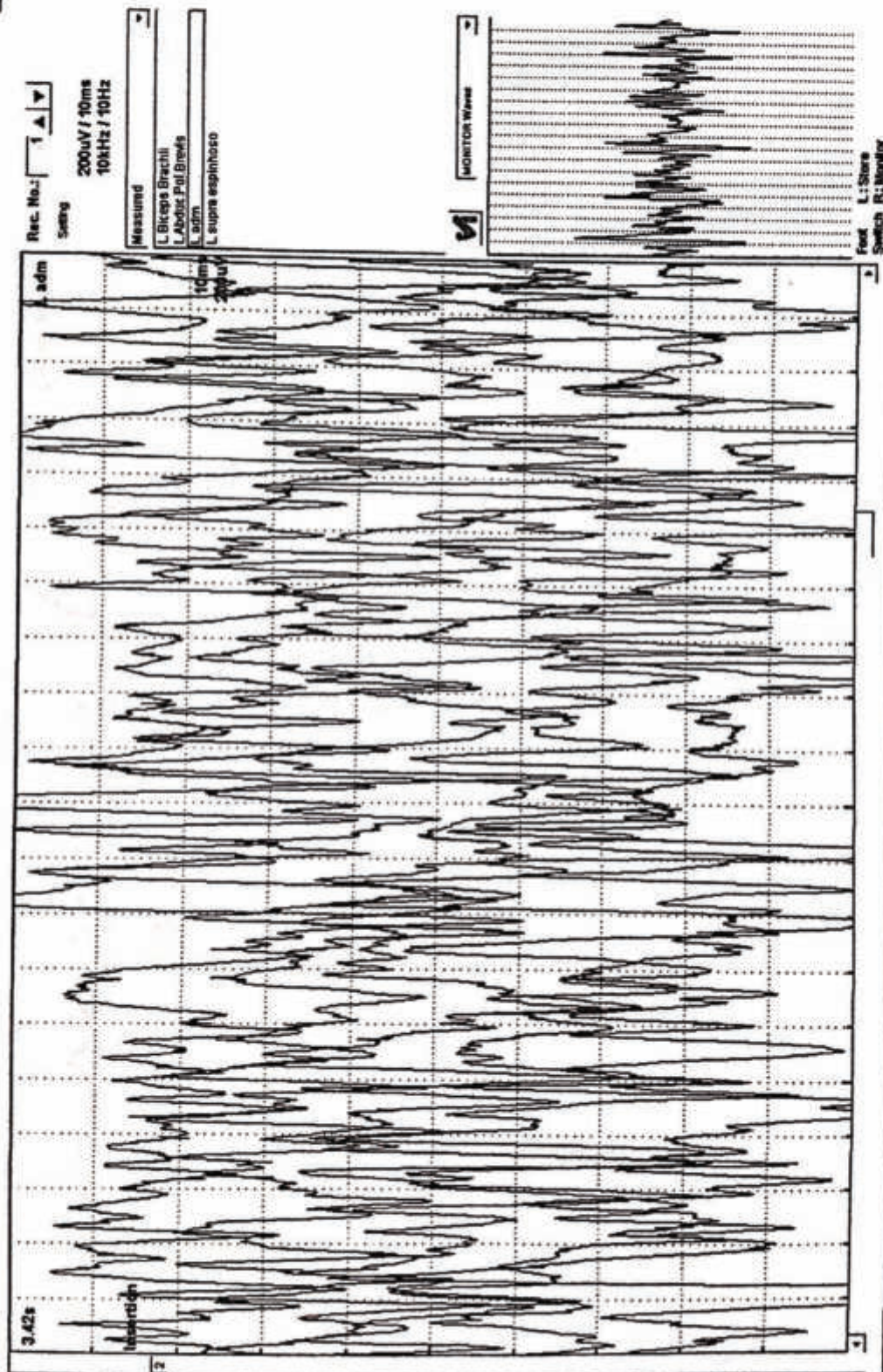


Examination Information  
Side: Left Muscle: Abduc. Pol. Brevis  
Date: 23/10/2019 No.  
Examined by:  
Comment:

Patient Information  
ID No.: urgb231019 Name: Uelson Roberto Gonçalves Barro  
Sex: Male Height: 30y11m Weight:  
Refer Dept.: Internal Physician: Dra. Alyne  
History: queda de moto ha mais ou menos 1 ano



23/10/2019 16:46:10



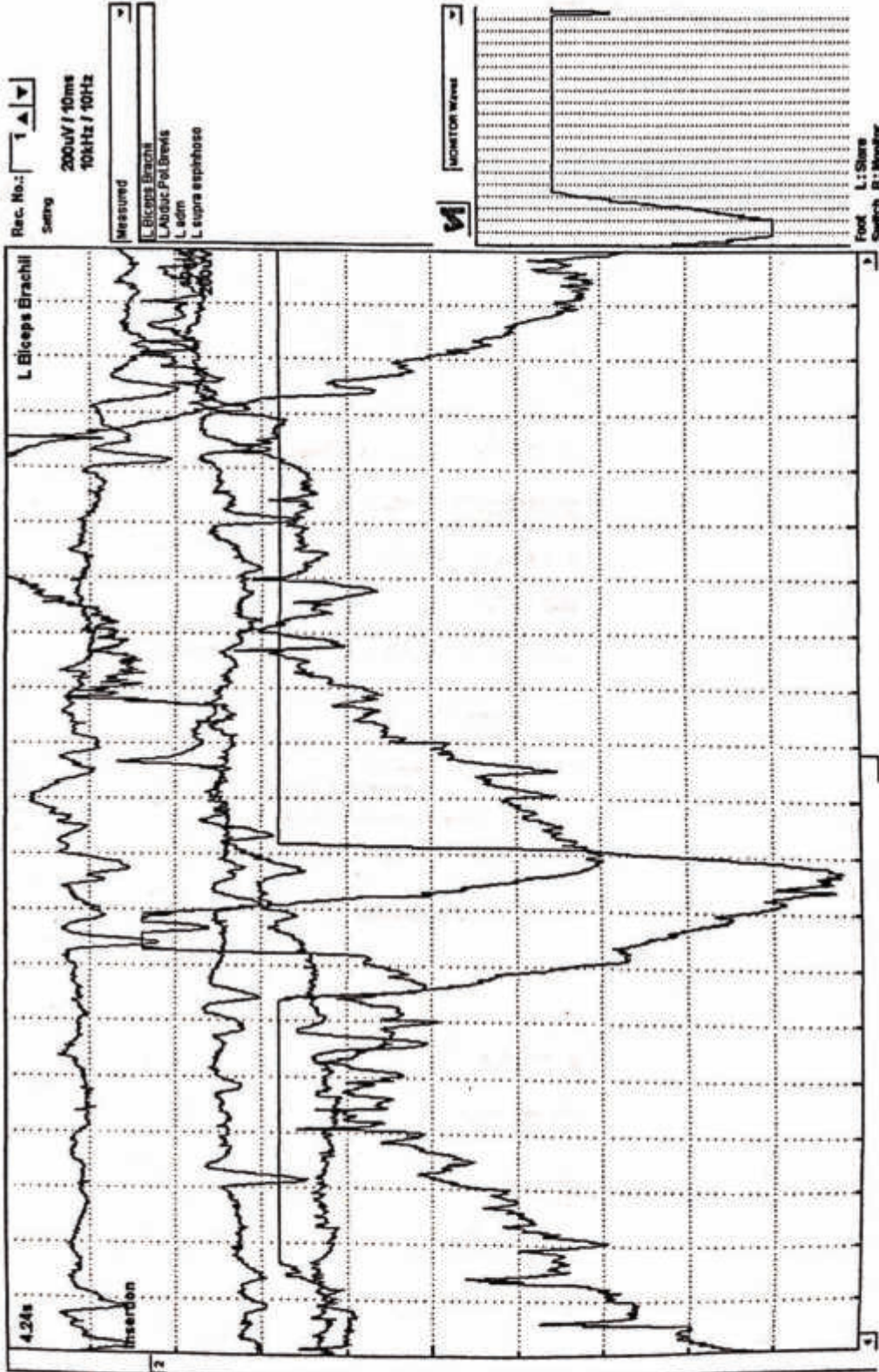
**Patient Information**  
ID No.: urgb231019  
Sex: Male  
Refer Dept.: Internal  
History: queda de moto ha mais ou menos 1 ano

**Examination Information**  
Side: Left  
Date: 23/10/2019 No.  
Examined by:  
Comment:

**Name:** Uelson Roberto Gonçalves Barro  
**Age:** 30y11m  
**Height:**  
**Weight:**  
**Physician:** Dra. Alyne

**Muscle:** adm





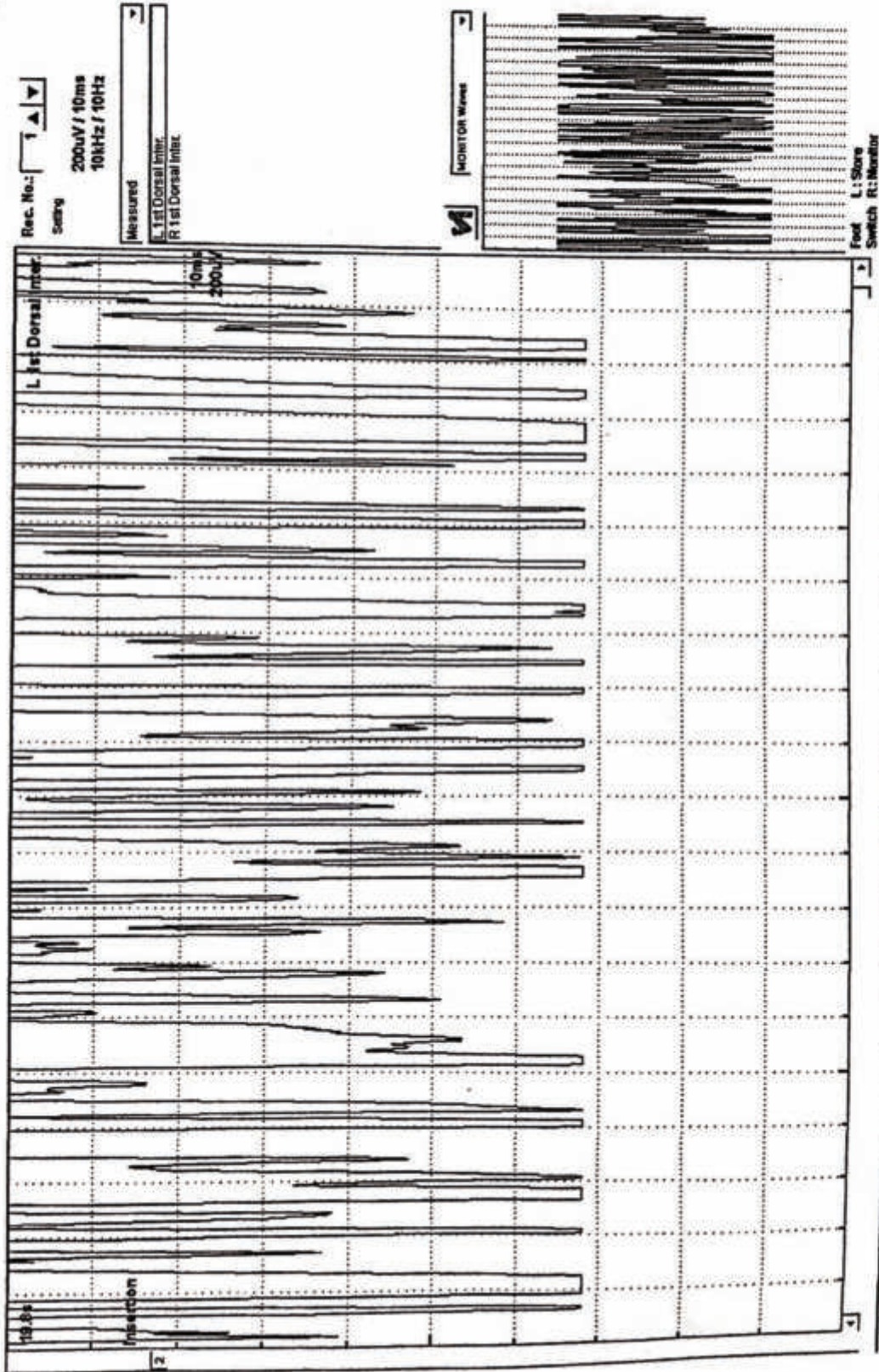
**Patient Information**  
 ID No.: urgb231019  
 Sex: Male  
 Age: 30y11m  
 Refer Dept.: Internal  
 History: queda de moto ha mais ou menos 1 ano

**Examination Information**  
 Side: Left  
 Date: 23/10/2019 No.  
 Examined by:  
 Comment:

**Muscle: Biceps Brachii**

**Name: Uelson Roberto Gonçalves Barro**  
 Height:  
 Weight:  
 Physician: Dra. Alyne





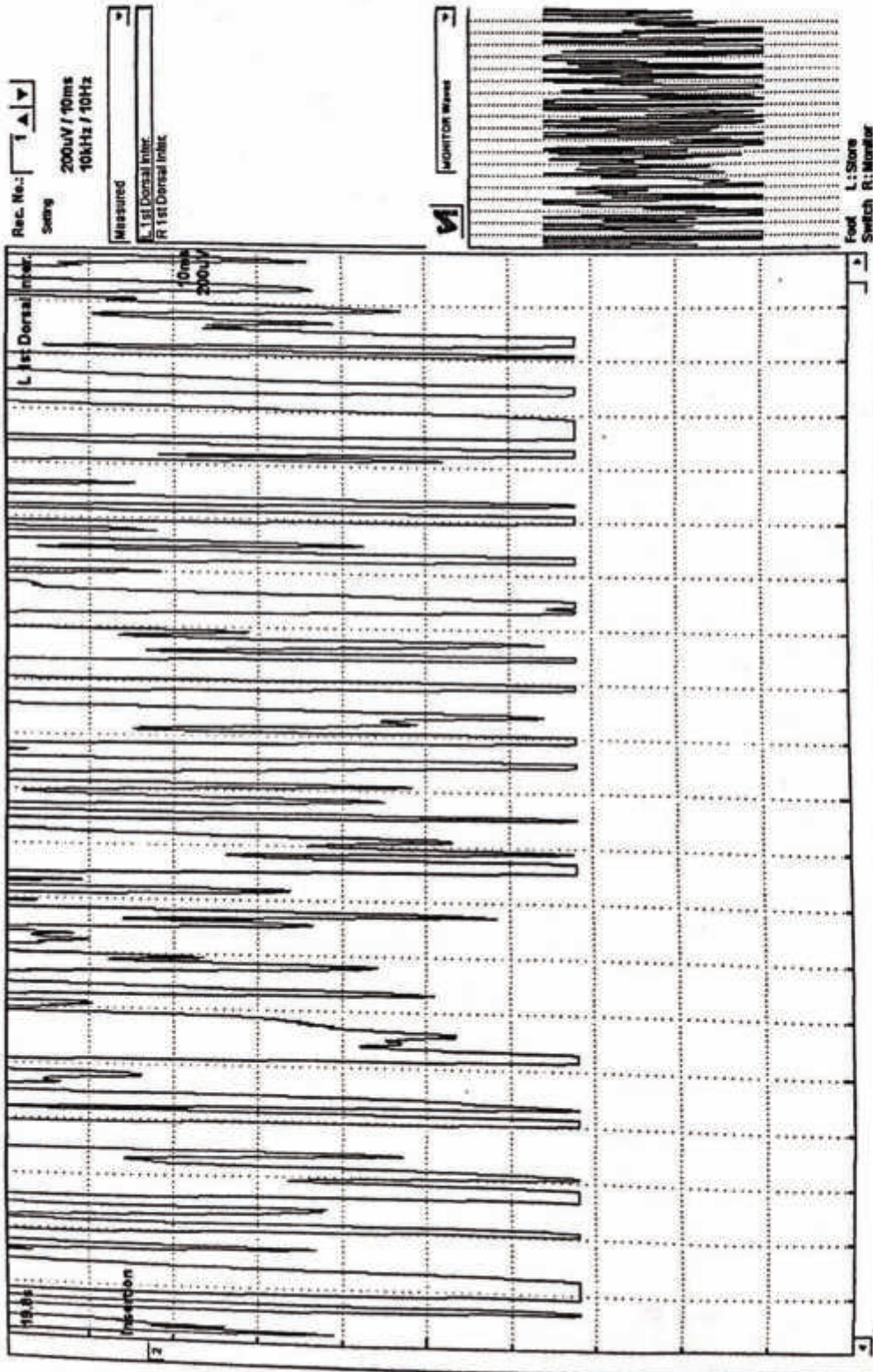
**Patient Information**  
 ID No.: urgb231019  
 Sex: Male  
 Age: 30y11m  
 Refer Dept.: Internal  
 History: queda de moto ha mais ou menos 1 ano

**Examination Information**  
 Name: Uelson Roberto Gonçalves Barro  
 Side: Left  
 Date: 23/10/2019 No.  
 Examined by: Dra. Alyne  
 Comment:

**Muscle: 1st Dorsal Inter.**



23/10/2019 17:13:32



Patient Information  
ID No.: urgb231019  
Sex: Male  
Age: 30y11m  
Refer Dept.: Internal  
History: queda de moto ha mais ou menos 1 ano

Examination Information  
Side: Left  
Date: 23/10/2019 No.  
Examined by:  
Comment:

Name: Uelson Roberto Gonçalves Barro  
Height: Weight:  
Physician: Dra. Aylene

Muscle: 1st Dorsal Inter.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-17

Uelson Roberto Gonçalves Barros

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL C531727 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/MAL/2014

NOME UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS


FILIAÇÃO CICERO DONIZETE GONÇALVES MABA DAS GRACAS DE BARROS GONÇALVES

PETROLINA-PE 14/NOV/1989

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

C.NAS. 7.215 FLS. 215 L. A-07 LAGOA GRANDE-PE EM 25/11/1989

CPF 085627484-47




6892235 48551139

ANEXIA BAPTISTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO



ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR UELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS

DATA DE NASCIMENTO 14/11/1988

Nº DE IDENTIFICAÇÃO 0790 4241 0809


ZONA 145

SITUAÇÃO 0163

MUNICÍPIO UF PETROLINA/PE

DATA DE EMISSÃO 19/01/2007

JUIZ ELEITORAL



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 FEV 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Gracós - Recife/PE CEP: 52011-040





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 044205 Série 00073



Uelson Roberto Gonçalves  
ASSINATURA DO PORTADOR  
Barros

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Uelson Roberto Gonçalves Barros  
Loc. Nasc. Petrolina Est. PE Data 19/11/1988  
Filiação Uelson Roberto Gonçalves e  
Maria dos G. de Barros Gonçalves  
Doc. Nº 7.215, fls 2154, Lr A-01, E PE-PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº  
Exp. em / / Estado  
Obs.:  
Data Emissão 20/05/05 DRT PE

Raimunda Pereira Gomes  
Assinatura do Funcionário  
Chefe da Seção de  
Atividades Auxiliares  
18.16934



15  
CONTRATO DE TRABALHO



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: BRF S.A.  
CNPJ: 01.838.723/0172-83  
Endereço: ROD BR 060 KM 394  
Município: RIO VERDE UF: GO  
Esp. Estab.: Abate de reses  
Cargo: Operador de Produção I  
CBO: 848520  
Unid.Org: Expedição de Carcaca Suínos RVE  
Registro No: 00516363  
Data Admissão: 13.05.2014  
Salário: R\$ 3,97 (Tres reais e  
noventa e sete centavos por hora)

**BRF S.A.**  
Ass. Empregador ou seu rogo c/test.

Data saída de 13.05.2014 de 10h

Ass. do empregador ou seu rogo c/test.

1° **BRF S.A.** 2°  
Com. Dispensa CD N°

PIS 16598319804



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS  
O TERRITORIO NACIONAL  
1223998555

NOME  
MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF  
3907844 SSP PE

CPF  
772.869.954-72

DATA NASCIMENTO  
05/02/1972

RELAÇÃO  
JOSE IBANEZ DE  
CARVALHO  
DALVA MARIA ALBUQUERQUE  
N. DE CARVALHO

PERMISSÃO  
ACC  
CURSOS  
B

Nº REGISTRO  
01697311338

VALIDADE  
05/05/2021

HABILITACAO  
26/09/1991

OBSERVAÇÕES  
sem observações

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL  
CARUARU - PE

DATA EMISSAO  
06/05/2016

ASSINATURA DO TITULAR

56393324941  
PRO72588298

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1223998555

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DE AT  
INCLUIR NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 1º andar  
Grupos - Recife



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - GO  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014154338605

VIA 01 COD. RENAVAM 00587600381 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME  
UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

LACRE: 0129460915

CPF / CNPJ 085.627.484-47 PLACA DNO-1315

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KC1680ER005732

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAD APLICACAO COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1 ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 002P/0149CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS

I \*PAGO\* 1 2 3

FAIXA / RVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

R\$185,50 R\$0,70 R\$186,20

MOTOR KC1680ER005732 SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA RIO VERDE DATA 7/06/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEPVAT  
CONTÉIDO NÃO VERIFICADO  
07 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5  
Rio de Janeiro - RJ CEP: 52011-040

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

GO Nº 014154338605 BILHETE DE SEGURO DPVAT



04459

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 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/06/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 085.627.484-47 PLACA DNO-1315

RENAVAM 00587600381 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1

ANO FAB. 2013 Nº CHASSI 9C2KC1680ER005732

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$31,29 DENATRAM (R\$) R\$9,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) R\$185,50

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7753459



27 FEV 2019

Geste Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

AO SEGURO DVPAT

SIN: 3190109221

Eu Uelson Roberto Gonçalves Barros, RG 653.1727, CPF 085 627 484-47, Residente na Assentamento MANISUITO. Informo que sofri um Acidente de trânsito no dia 11/11/18, onde fiquei com sequelas graves até hoje. A seguradora librou um valor muito baixo, o qual não condiz com as minhas sequelas. Tive uma lesão muito grave de Tce, lesão na maxila e na medula e onde afetei o plexo do Plexo Braquial, gostei uma Fratura na cavícula. Há muitos anos que não tem nada a ver com a lesão desse acidente. Estou muito prejudicado porque não posso mais trabalhar. Tenho dificuldades de mim alimentar porque não consigo mastigar e abrir corretamente a boca. Meu Braço não tem movimento mais, só consigo mexer os dedos por causa do braço que afetou os nervos e eu perdi os movimentos do braço e a cada dia vem ficando. Por isso a seguradora que tinha compreendido e pague o valor correto. Estou em vias de laudo médico novamente e solicito uma reavaliação no meu caso. marcando uma Perícia médica, visto que vocês pagaram um valor sem abar realmente as minhas lesões.

Petrolina, 26 de Fevereiro de 2019  
Uelson Roberto Gonçalves Barros



AO DRIST SEGURO

VITIMA: NELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS

SR: 3190109221

CPF: 085.627.484-42

Servimo-nos da presente para enviar à Seguradora o EXAME que comprova a lesão PERMANENTE da vítima acima mencionada (ELETROMIOMIOGRAFIA), visto que a lesão ocorreu por vários meses a sequência de caráter permanente.

Solicitamos uma reavaliação do processo, e URGENTE liberação da indenização quanto a lesão do PLEXO DO MÊMO, pois o mesmo possui seqüelas graves de CERVICO-BRACIAL na C5/C6/C7, MÓDULO GRAVE devido ao acidente ocorrido no dia 14 de Novembro de 2018. O seu braço ficou sem movimento e sem afinando cada vez mais, prejudicando suas atividades diárias, e impossibilitando de trabalhar.

Solicitamos uma reanálise com uma atenção especial e urgente.

Petrolina, 29 de Setembro de 2019

MARCUS ANTONIO A. DE CARVALHO

PROCURADOR



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO TOTAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** ATROFIA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
ZERO DE MOVIMENTOS

**Resultados terapêuticos:** LESÃO TOTAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO.  
ZERO DE MOVIMENTOS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/11/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM ESTRUTURA CRANIO FACIAL.  
ELETRO NEURO MIOGRAFIA DE 23/10/2019.

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA MANDIBULA  
CONTUSÃO COLUNA CERVICAL

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA DE FORMA RESIDUAL.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/03/2019

**Conduta mantida:** Sim

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO TOTAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** ATROFIA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
ZERO DE MOVIMENTOS

**Resultados terapêuticos:** LESÃO TOTAL DO PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO.  
ZERO DE MOVIMENTOS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/11/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM ESTRUTURA CRANIO FACIAL.  
ELETRO NEURO MIOGRAFIA DE 23/10/2019.

### 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA MANDIBULA  
CONTUSÃO COLUNA CERVICAL

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA DE FORMA RESIDUAL.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/03/2019

**Conduta mantida:** Sim

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
 BARROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO CERVICAL.  
FRATURA DE MANDÍBULA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD E AVALIADA POR PERÍCIA EM 09/05/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DA MANDÍBULA PARASSINFISE DIREITA)  
TRAUMA CONTUSO EM COLUNA VERTEBRAL SEGMENTO CERVICAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO INTERNA DA MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,  
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR  
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO  
PRESENTES.(PAG.03/15).

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio- faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
 BARROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO CERVICAL.  
FRATURA DE MANDÍBULA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD E AVALIADA POR PERÍCIA EM 09/05/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA MANDIBULA  
CONTUSÃO COLUNA CERVICAL

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS REVISÃO DA AMD MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA.  
TRAUMA CONTUSO DE COLUNA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM MINI PLACAS E PARAFUSOS (MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL PARA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**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 crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO(FRATURA DA MANDÍBULA PARASSINFISE DIREITA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO IMNTERNA).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X@ SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.(PAG.03/15).

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA MANDIBULA  
CONTUSÃO COLUNA CERVICAL

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA BOCA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA DIA 18/03/2019 ONDE FORAM CONSTATADAS AS SEQUELAS PERMANENTES, SEM INDICAÇÃO DE QUALQUER TERAPIA COMPLEMENTAR. EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190109221 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MANDÍBULA.  
TRAUMA CONTUSO DE COLUNA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM MINI PLACAS E PARAFUSOS (MANDÍBULA), DEMAIS CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL PARA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**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 crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: VELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS

RG/CNH/CTPS: 6531722-558/GO

CPF: 085.627.484-47

End: ASSENTAMENTO SEN. MAURÍCIO DE SAUS - ZONA RURAL -  
ITACOLANDIA - PETROLINA / PE - 56343-000

Outorgado: Marcus André Albuquerque de Lencastre

RG/CNH/CTPS: 3907844-505/PE

CPF: 772.869.959-72

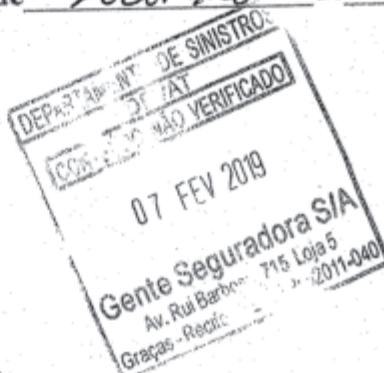
End: RUA CONSTITUINTE Nº 226 - OPTIA BRANCA  
PETROLINA - PE - 56330-035

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima:

VELSON ROBERTO GONÇALVES BARROS - NATURAL: INVALIDEZ  
DATA ACIDENTE: 11.11.2018

PETROLINA-PE, 17 de DEZEMBRO de 2019.

RECONHEÇO



Velson Roberto Gonçalves Barros  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Bráulio Freire Lima dos Santos  
2º Substituta

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047173/19

**Número do Sinistro:** 3190109221

**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

**CPF:** 085.627.484-47

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/11/2018

**Titular do CPF:** UELSON ROBERTO  
GONCALVES BARROS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047173/19

**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

**CPF:** 085.627.484-47

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 11/11/2018

**Titular do CPF:** UELSON ROBERTO  
GONCALVES BARROS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO : 772.869.954-72

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

### UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS : 085.627.484-47

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/02/2019  
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO  
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047173/19

**Número do Sinistro:** 3190109221

**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

**CPF:** 085.627.484-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/11/2018

**Titular do CPF:** UELSON ROBERTO  
GONCALVES BARROS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/05/2019  
Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO  
CPF: 772.869.954-72

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047173/19

**Número do Sinistro:** 3190109221

**Vítima:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

**CPF:** 085.627.484-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/11/2018

**Titular do CPF:** UELSON ROBERTO GONCALVES BARROS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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](http://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: 29/10/2019

Nome: MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

CPF: 772.869.954-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO

Marta Marinho dos Santos