

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190527235

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do acidente: 03/06/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Descrição do exame VÍTIMA APRESENTANDO SÍNDROME VESTIBULAR PÓS TRAUMÁTICA COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

físico: PERICIANDA EM USO DE QUETIAPINA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA MÉDICA .

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

ATESTADO

Paciente – Samara de Lima Barbosa Silva, 40 anos

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente acima citada apresenta-se com seqüela cognitiva, comportamental e motora (hemiparesia à direita), decorrentes de trauma cranioencefálico

CID 10 – T-90

Dr. Diego Ramos
NEUROLOGISTA
CRM-PI 6758 / CRM-CE 18.351

Teresina - PI, 04 de dezembro de 2019.

DIEGO ALVES RAMOS
MÉDICO NEURCLOGISTA

11 SET 2013

DE SEGURANÇA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

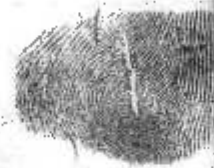
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Samara de Lima Barbosa Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1.999.136 DATA DE EMISSÃO: 13/10/11

NOME: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA

RELACÃO: MARIA MIRIAM DE LIMA BARBOSA FRANCISCO DE LIMA BARBOSA

MUNICÍPIO: TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO: 20/03/1979

POP. ORIGEM: CERT. CASAM. 30252 L 798 F 43 EXP TERESINA-PI 13/10/11

CPF: 877.722.053-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Samara de Lima Barbosa Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 56834

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO.



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		ÓRTESE E PRÓTESE - OPME
DIÁRIA DE UTI		FATORES DE COAGULAÇÃO
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		GASOTERAPIA
HEMODERIVADOS		NUTRIÇÃO PARAENTERAL / ENTERAL
DIÁLISE / HEMODIÁLISE		PROCEDIMENTO FORA DA FAIXA ETÁRIA
ALBUMINA HUMANA 20%	X	IMPLANTE DE CATETER CENTRAL

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCILIA

PACIENTE: Samara de Lima Barbosa Silva

PRONT.: _____ Nº LAUDO: _____

PROC. ANT.: _____ PROC. SOLICITADO: _____

JUSTIFICATIVA:

Paciente, acesso periférico difícil, instabilidade hemodinâmica, necessitando de acesso venoso central.

DATA: 03 / 06 / 19

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO AUDITOR

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS

11 SET 2019

Dr. MONTANHA V.
MÉDICO INTENSIVISTA RQE II
INFECTOLOGISTA RQE II
CRM-PI 4414João Nogueira Lima
médico(a) RQE II
69134-1/1001
FOTOCOPIAR SEM O ORIGINAL



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
CRÍTICA I

Nome do paciente:		
Samara de Lima Barbosa Silva		
Diagnóstico pré-operatório:		
Operação tipo: IMPLANTE DE CATETER CENTRAL		
Cirurgião:	1º Assistente:	
Instrumentadora:	Anestesia: Local	
Anestésico: Xilocaína 2% sem adrenalina		
Data da Operação:	início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:		
Relatório Imediato do patologista;		
Acidente durante a operação:		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA		
2. COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL		
3. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA 2%		
4. PUNÇÃO VENOSA CENTRAL		
5. FIXAÇÃO DO CATETER		
6. CURATIVO		
par téc. de Seldinger em VED1		
CONF. COM O ORIGINAL		
José Noronha Vieira Júnior MÉDICO INTENSIVISTA RQE Nº 2980 INFECTOLOGISTA RQE Nº 2018 CRM-PI 4414		

RECEBIMOS
DE SEGURANÇA
11 SET 2019

CONF. COM O ORIGINAL



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TERESINA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON
ROCHA

ADMISSÃO Unidade Crítica 1

Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA

Prontuário: 56834

Idade: 40 anos

Naturalidade:

Procedência: TERESINA-PI

N: 20/03/1979

.D.A

Paciente vítima de acidente motociclistico (colisão moto-caminhão), trazida pelo SAMU com ECG 6, realizou **C de Crânio** que evidenciou: EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À ESQUERDA. EMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA SUPRATENTORIAL, SOBRETUDO À DIREITA. DISCRETA CONTUSÃO PARENQUIMATOSA NÃO HEMORRÁGICA PARIETAL À DIREITA. C de coluna cervical sem sinais de fratura, **TC de Tórax** com contraste evidenciando: MÍNIMO DERRAMAMENTO PLEURAL BILATERAL, COM ATELECTASIA ADJACENTE. MATERIAL DENSO, DE PROVÁVEL ORIGEM HEMORRÁGICA, ADJACENTE À CROÇA DA AORTA E SUA PORÇÃO DESCENDENTE. DISCRETO PNEUMOTÓRAX À DIREITA. **TC de abdome superior**: DENSIFICAÇÃO DE PLANOS HIPODENSOS RETROPERITONEAIS EM SÍTIO RETROPANCREÁTICO, NA REGIÃO DO HILO RENAL ESQUERDO. LEVE HIDRONEFROSE BILATERAL. Radiologista indicou exame contrastado. **TC de pelve**: PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA. Paciente deu entrada nesta unidade ainda com O2 suplementar onde foi submetida IOT + VM com sedoanalgesia, posteriormente intubado CVC em VFD.

O-MORBIDADES: Admissão sem familiares presentes.

MEDICAMENTOS: --

EXAME FÍSICO

GERAL: REG, sedado, anictérico, acianótico, afebril, com múltiplas lacerações, em face (lábios, hematoma na testa, e próximo à orelha direita), e em mmii.

NEUROLÓGICO: Pupilas isocóricas, mióticas, puntiformes após sedação.

P. RESPIRATÓRIO:

Rálmurios vesiculares diminuídos em bases. Em ventilação mecânica (IOT) com boa complascência.

P. CARDIOVASCULAR:

ulhas normofonéticas, ritmo regular em 2 tempos, sem sopros, taquicardia sinusal.

P. DIGESTÓRIO:

ácido, depressível, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias ou massas palpáveis, sem sinais de irritação peritoneal.

EXTREMIDADES:

Reflexos periféricos presentes e simétricos.

HIPÓTESE(S) DIAGNOSTICADA(S):

OLITRAUMA + TCE (HSA) + PNEUMOTÓRAX DISCRETO À DIREITA

CONDUTA:

SUPORTE INTENSIVO;

EXPANSÃO VOLÊMICA COM CRISTALÓIDES;

FUNCIONO CVC EM VFD SEM INTERCORRÊNCIAS;

AValiação DA NCR: SEM LESÕES NEUROCIRÚRGICAS / SUPORTE CLÍNICO;

DESEMPENHO
11 SET 1993

41
HUT
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
UNIDADE CRÍTICA 1
11 SET 1993



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Sandra de Lima Barbosa</u>	PRONTUÁRIO <u>56834</u>
DA CLÍNICA <u>Unidade Círculo I</u>	LEITO <u>7</u>
À CLÍNICA <u>Cirurgia Vascular</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente politraumatizada, submetida a TC do Tórax com contraste evidenciando hematoma periaórtico. (Dissecção? Pseudoaneurisma?)
Solicito avaliação da cirurgia vascular

DATA: 03/06/2019

[Signature]
Dr. Paulo Roberto Mendes Costa
C.R.O. 10.123/2012
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Pcto apresentando hematoma periaórtico apical, colisão moto x compressão, origem não localizada pela tomografia convencional com contraste.
Sugiro angiografia p/ localizar possível origem do hematoma → risco de ruptura intestinal?
ou realização de angiogramografia.

HUT - Hospital de Urgência de Teresina
Cirurgia Vascular e Endovascular
Cidade: Teresina - PI

[Signature]
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

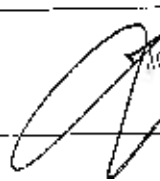
DATA: 03/06/19.

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

- AVALIAÇÃO DA C. TORÁCICA: HEMATOMA PERIAÓRTICO DE ORIGEM NÃO LOCALIZADA INDICOU AORTOGRAFIA OU ANGIO TC DE TÓRAX PARA LOCALIZAR PROVÁVEL ORIGEM (LESÃO DE A. INTERCOSTAL?);
- SOLICITO ROTINA DE EXAMES ADMISSIONAIS;
- PROGRAMAR NOVA TC DE ABDOME COM CONTRASTE APÓS AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO RENAL / PROGRAMAR ANGIO TC DE CRÂNIO;
- SOLICITO AVALIAÇÃO DA C. TORÁCICA (PEQUENO PNEUMOTÓRAX) PARA ACOMPANHAMENTO;

TERESINA
03/06/2019

MÉDICO:


José Noronha Vieira Júnior
MÉDICO INTENSIVISTA RQE Nº 2919
INFECTOLOGISTA RQE Nº 2919
CRM-PI 4414



RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA Prontuário: 56834 Data de nascimento: 20/03/1979

POLITRAUMA-LAD/ CONTUSÃO PULMONAR/DERRAME PLEURAL BILATERAL

HDA: Paciente trazida pelo SAMU após acidente de trânsito colisão moto x caminhão com ecg 6. Realizado suporte ao paciente vítima de trauma, evoluindo com necessidade de int. Avaliada pelo NCR - TC de crânio evidenciando HSAI em tronco cerebral, sem lesões neurocirúrgicas e sem sinais de fratura em coluna cervical. Parecer da neurocirurgia do dia 07/06/19: sem conduta cirúrgica. Parecer da cirurgia torácica 04/06/19: conduta expectante. Parecer cirurgia vascular 03/06/19: realização da angioTC. Encaminhada da unidade crítica I para o posto 4 dia 12/06/19. Fez uso de Tazocin por 6 dias Evoluiu com BEG, extubada com sucesso, hemodinamicamente estável, glasgow 11, sem sedoanalgesia.

#EXAME DE IMAGEM:

-TC DE Pelve 03/06/19: PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA; BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS; ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.

-TC DE TÓRAX 03/06/19: MÍNIMO DERRAME PLEURAL BILATERAL, COM ATELECTASIA ADJACENTE; MATERIAL DENSO, DE PROVÁVEL ORIGEM HEMORRÁGICA, ADJACENTE À CROÇA DA AORTA E SUA PORÇÃO DESCENDENTE; DISCRETO PNEUMOTÓRAX À DIREITA; LEVE ESPONDILOSE TORÁCICA.

-TC DE ABDOME SUPERIOR 03/06: DENSIFICAÇÃO DE PLANOS ADIPOSOS RETROPERITONEAIS EM SÍTIO RETROPANCREÁTICO, NA REGIÃO DO HILO RENAL ESQUERDO; LEVE HIDRONEFROSE BILATERAL; FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; NÃO IDENTIFICAMOS LESÕES PARIETAIS NA AORTA.

-TC DE CRÂNIO 07/06: HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA, APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES; PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.; SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS; AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

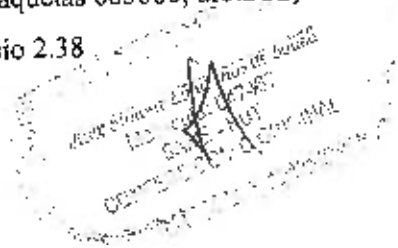
- ANGIO TC 04/06: TUBO ENDOTRAQUEAL NORMOPOSICIONADO; PEQUENO DERRAME PLEURAL BILATERAL ASSOCIADO A PARCIAL ATELECTASIA RESTRITIVA DOS LOBOS PULMONARES INFERIORES; RARAS ESTRIAS E FAIXAS FIBROATELECTÁSICAS NAS BASES PULMONARES; OSTEÓFITOS MARGINAIS INCIPIENTES NOS CORPOS VETEBRAIS DA COLUNA DORSAL; NÃO HÁ FOLHA DE ENCHIMENTO OU SINAIS DE DISSECÇÃO NA AORTA; TRONCO E ARTÉRIAS PULMONARES PÉRVIAS E SEM FAIXAS DE ENCHIMENTO; DENSIFICAÇÃO DA GORDURA MEDIASTINAL, SOBRETUDO PERIORBITÁRIA SEM REALCE ANÔMALO DAO MEIO DE CONTRASTE.

EXAMES LABORATORIAIS (16/06/2019): HEMÁCIAS 3.57; HB 10.8; HT 32.9%; leucócitos 16300; neutrófilos 12877; segmentados 12877; plaquetas 683000; ureia 32; creatinina 0.5; sódio

144; potássio 4.36; cálcio ionizado 1.157; magnésio 2.38

#HEMOCULTURA 07/06/19: NEGATIVA.

EXAME FÍSICO:



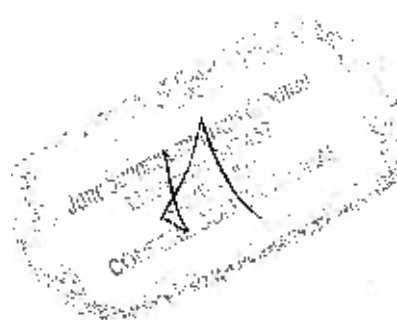
- **Neurológico:** Sem sedação, glasgow 11, pupilas isocóricas médias fotorreagentes;
- **Respiratório:** Modo espontâneo; BNF EM 2T, ritmo regular, sem sopro.
- **Hemodinâmica:** enchimento capilar <2s, pulsos fortes, extremidades quentes. ACR: MV+ bilateralmente, sem Ruídos adventícios.
- **Gastrointestinal:** dieta sem volume residual em SNE, abdome flácido, depressível, RHA+.

Cd: Alta do posto 4;

Teresina, 17 de junho de 2019

Dr. Angela Valéria G. de M. Correia
MEDICA
CRM: 4364

Médico Plantonista



RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA **Prontuário:** 56834 **Data de nascimento:** 20/03/1979

POLITRAUMA-LAD/ CONTUSÃO PULMONAR/DERRAME PLEURAL BILATERAL

HDA: Paciente trazida pelo SAMU após acidente de trânsito colisão moto x caminhão com ecg 6. Realizado suporte ao paciente vítima de trauma, evoluindo com necessidade de int. Avaliada pelo NCR - TC de crânio evidenciando HSAt em tronco cerebral, sem lesões neurocirúrgicas e sem sinais de fratura em coluna cervical. Parecer da neurocirurgia do dia 07/06/19: sem conduta cirúrgica. Parecer da cirurgia torácica 04/06/19: conduta expectante. Parecer cirurgia vascular 03/06/19: realização da angioTC. Encaminhada da unidade crítica I para o posto 4 dia 12/06/19. Fez uso de Tazocin por 6 dias Evoluiu com BEG, extubada com sucesso, hemodinamicamente estável, glasgow 11, sem sedoanalgesia.

#EXAME DE IMAGEM:

-TC DE Pelve 03/06/19: PEQUENA QUANTIDADE DE LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA; BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS; ALÇAS INTESTINAIS E RETOSSIGMOIDE DE ASPECTO MORFOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO NORMAIS.

-TC DE TÓRAX 03/06/19: MÍNIMO DERRAME PLEURAL BILATERAL, COM ATELECTASIA ADJACENTE; MATERIAL DENSO, DE PROVÁVEL ORIGEM HEMORRÁGICA, ADJACENTE À CROÇA DA AORTA E SUA PORÇÃO DESCENDENTE; DISCRETO PNEUMOTÓRAX À DIREITA; LEVE ESPONDILOSE TORÁCICA.

-TC DE ABDOME SUPERIOR 03/06: DENSIFICAÇÃO DE PLANOS ADIPOSOS RETROPERITONEAIS EM SÍTIO RETROPANCREÁTICO, NA REGIÃO DO HILO RENAL ESQUERDO; LEVE HIDRONEFROSE BILATERAL; FÍGADO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO; NÃO IDENTIFICAMOS LESÕES PARIETAIS NA AORTA.

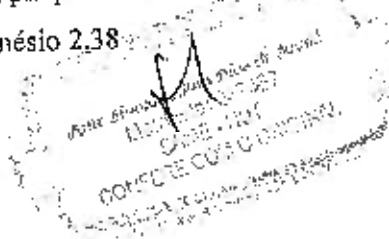
-TC DE CRÂNIO 07/06: HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO PARIETAL DIREITA, APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES; PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.; SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS; AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

- ANGIO TC 04/06: TUBO ENDOTRAQUEAL NORMOPOSICIONADO; PEQUENO DERRAME PLEURAL BILATERAL ASSOCIADO A PARCIAL ATELECTASIA RESTRITIVA DOS LOBOS PULMONARES INFERIORES; RARAS ESTRIAS E FAIXAS FIBROATELECTÁSICAS NAS BASES PULMONARES; OSTEÓFITOS MARGINAIS INCIPIENTES NOS CORPOS VETEBRAIS DA COLUNA DORSAL; NÃO HÁ FOLHA DE ENCHIMENTO OU SINAIS DE DISSECÇÃO NA AORTA; TRONCO E ARTÉRIAS PULMONARES PÉRVIAS E SEM FAIXAS DE ENCHIMENTO; DENSIFICAÇÃO DA GORDURA MEDIASTINAL, SOBRETUDO PERIORBITÁRIA SEM REALCE ANÔMALO DAO MEIO DE CONTRASTE.

EXAMES LABORATORIAIS (16/06/2019): HEMÁCIAS 3.57; HB 10.8; HT 32.9%; leucócitos 16300; neutrófilos 12877; segmentados 12877; plaquetas 683000; ureia 32; creatinina 0.5; sódio 144; potássio 4.36; cálcio ionizado 1.157; magnésio 2.38

#HEMOCULTURA 07/06/19: NEGATIVA.

EXAME FÍSICO:



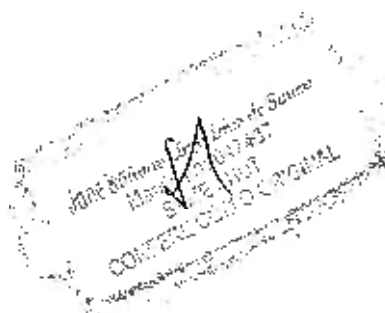
- **Neurológico:** Sem sedação, glasgow 11, pupilas isocóricas médias fotorreagentes;
- **Respiratório:** Modo espontâneo; BNF EM 2T, ritmo regular, sem sopro.
- **Hemodinâmica:** enchimento capilar <2s, pulsos fortes, extremidades quentes. ACR: MV+ bilateralmente, sem Ruídos adventícios.
- **Gastrintestinal:** dieta sem volume residual em SNE, abdome flácido, depressível, RHA+.

Cd: Alta do posto 4;

Teresina, 17 de junho de 2019

Dra. Ângela Valéria G. de M. Correia
MÉDICA
CRM: 4364
Angela G. de M. Correia

Médico Plantonista





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE TERESINA

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON
ROCHA

ADMISSÃO UTI - POSTO 4

Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA

Prontuário: 56834

Idade: 40A

Procedência: UCI 1

H.D.A

Paciente trazida pelo Samu após acidente de trânsito colisão moto x caminhão.

Realizado suporte ao paciente vítima de trauma, evolui com necessidade de IOT.

Avaliada pela NCR - tc de crânio evidenciando HSAI em tronco cerebral, sem lesões neuricirúrgicas e sem sinais de fratura em coluna cervical.

Solicitada avaliação da cirurgia vascular por imagem sugestiva de hematoma periaórtica em TC de tórax, sem evidência de dissecação após a realização de angio TC de tórax.

CO-MORBIDADES: - pcte sem acompanhante

EXAME FÍSICO

GERAL:

Estado geral regular, normocorada, hidratada.

NEUROLÓGICO:

Vigil, obedecendo aos comandos.

AP. RESPIRATÓRIO:

Em IOT/VM bem acoplada, boa saturação, em desmame ventilatório.

AP: MV + em ambos HT's, s/ RA's.

AP. CARDIOVASCULAR:

AC: RR2T, BNF, SS;

Hemoestável

AP. DIGESTÓRIO:

Abdome globoso, depressível, indolor a palpação, hérnia umbilical.

SIST. MUSCULO-ESQUELÉTICO:

Membros tróficos, perfundidos.

EXAMES REALIZADOS:

TC de crânio / Tc de tórax / Tc de abdome / Angio Tc de tórax

Rx de tórax

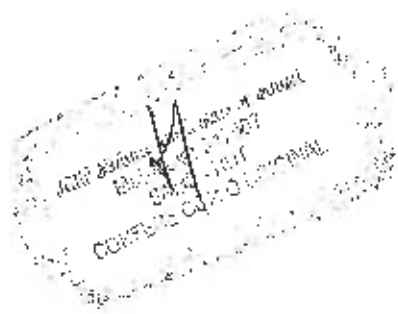
Exames laboratoriais

HIPÓTESE(S) DIAGNOSTICADA(S):

POLITRAUMA - LAD / CONTUSÃO PULMONAR / DERRAME PLEURAL BILATERAL

CONDUTA:

- Suporte intensivo
- Mantido ATBterapia - Tazocin D6 - vigilância infecciosa
- Rotina admissão



Observações Gerais:

Glicose 50% - 3 ampolas IV, se glicemia < 70mg/dl

Insulina regular, SC, -conforme esquema:

181-200: 2UI 301-350: 8UI

201-250: 4UI 351-400: 10UI

251-300: 6UI >400: 12UI

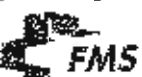
Glicemia capilar 4/4h

(12) SFO, 9% - 500ml
Glicose 50% - 3 amp > N, 6/6h

(13) Midazolam 50mg - 3 amp
SFO, 9% - 200ml > N, BIC, ACM

(14) Fentanyl - 5 amp
SFO, 9% - 200ml > N, BIC, ACM

17:15h. Realizo IOT em sequência rápida. TC de tórax evidenciava imagem sugestiva de hematoma periaórtico (direção? Pseudo aneurisma). Solicito avaliação cirúrgica torácica.



240361

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 240361
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA				6 - Prontuário: 56834	
7-CNS: 898050093028905		8-Nascimento: 20/03/1979		9-Sexo: Feminino	
11-Mãe: MARIA MIRIAM DE LIMA BARBOSA		RG: 1999136 - SSP PI			
13-Resp: ANA SHIRLEY DE ALMEIDA		12-Fone: 86- 8808-3903			
15-Ende: RUA CARTEIRO PITABILVO CS 835 - MAFRENSE - CEP: 64000-010		14-Cor: Sem Informação			
16-Munic: TERESINA		17-Cod. IBGE: 221100		18-UF: PI	
				19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: Paciente politraumatizada, colisão motoxcaminhão.	HUT DR. ZENON ROCH TOMOGRAPHIA COMPUTADORIZADA EXAME: Crânio + Face + Cervical + DATA: Torax + Abd + Feto 03-06-19 15:1
---	--

21 - Condições que justificam a internação: politrauma
--

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): Acima

23-Diagnóstico Inicial: Outros traumatismos intracranianos	24-CID Prim.: S068	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:
--	------------------------------	-------------------------	---------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040106	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAVE	Tempo SUS 1.4
29-Clinica: 02	30-Caráter: Ident.: 01 CPF 018.124.303-29	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: PEDRO IGOR PAULINO COSTA	34-Data Solicitação: 03/06/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAS Empresa:	44-CEDR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
43 - Vínculo com a Previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):
48-Docmento: ☐ CNS ☐ CPF	49-Num. Documento:	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Usuário: PEDRO IGOR; Consulta Local: 724774 Consulta SUS: Impressão: 03/06/2019 15:24:15

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Samara Lima B. Silva	PRONTUÁRIO	56834
DA CLÍNICA	Médica	LEITO	277/03
À CLÍNICA	C. Toracica		

MOTIVO DA CONSULTA

Racento histórico de gastrite,
com história de derrame pleural
e contusões.
Solicito parecer da C. Toracica
pl programar seto clínica.

DATA: 21/06/19
88 8:432

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

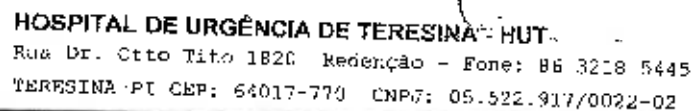
PARECER

CT de tórax mostra sinais de
doença pulmonar.
Presença de hemoptise.
Recomendação de acompanhamento de
alta e seguimento ambulatorial.

11 SET 2019

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 50552 - Em: (23/06/2019)

Atendimento										PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 50552 - Em: (23/06/2019)									
Prontuário:		Paciente:		Dt. Nasc.		Clínica:		Enfermaria:		Leito:		Médico Assistente:							
240361		56834		SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA		20/07/1979		CLÍNICA CIRÚRGICA - P08		ENFERMARIA 217		LEITO 03		DENYBERG DE OLIVEIRA SANTAGO					
Evolução:				SEGUE ESTÁVEL, CONSCIENTE, EUTÉTICA; SOLICITO PARECER DA CLÍNICA CIRÚRGICA E QUÍMICA; ECE 12;						Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:							
Hora:												POLITRAUMA/LAC /CONTUSÃO PULMONAR E DERRAME PLEURAL							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:							
Dieta																			
ENTRAL via SNE (Gástrica), Sonda: SNE N° 10, Volume: 100 ml (veja descritivo ab Visto Nutricionista Adriana Karla CRM/PI 6320)																			
100ml de 3/3h, água filtrada 100ml nos intervalos																			
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO			1,00	Ampola	EV	SN					24/06/19							
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			1,00	ML	EV	8/8h					15:00 Paciente em Alta Hospitalar							
3	DIFENONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	SN		AD			Evidência Comiss de Saúde							
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.			1,00	Ampola	EV	ACM					Enfermagem COREN-PI 0052269							
5	CAPTOPRIL 25MG SE PAS>160 E/OU PAD>110mmHg			1,00	Comprim	SNE	SN												
6	GLICOSE 50%, INJ. AMP 10ML SE GLICEMIA <80MG/DL			4,00	Ampola	IV	SN												
7	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML, INJ C/ 10ML CONFORME GLICEMIA			1,00	Frasco	Subcutâ	SN												
CAPILAR: 180-0UI, 181-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI F7301-350=8UI, >350=10UI																			
Descriptivo Nutricional: Dieta enteral hipercalórica (1,5 kcal/ml) e hiperproteica (17g S/L PRO7)																			

[Handwritten signature]

L. 1018. *[illegible]* Costa
revisado
[illegible]

03/06/2019 08:22:52

ILBNYBEG:

—
→
C/2
E/2
—
1:2
C/2
E/2
—

ATESTADO

Paciente – Samara de Lima Barbosa Silva, 40 anos

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente acima citada apresenta-se com seqüela cognitiva, comportamental e motora (hemiparesia à direita), decorrentes de trauma crânioencefálico.

CID 10 – T-90

Diego Ramos
Neurologista
CRM/PI 67.128

Teresina - PI, 28 de agosto de 2019.

DIEGO ALVES RAMOS
MÉDICO NEUROLOGISTA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 877.722.05368 4 - Nome completo da vítima: Samara de Lima Barbosa Silva

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

5 - Nome completo: Samara de Lima Barbosa Silva 6 - CPF: 877.722.053-68
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Conteiras Pintas, s/dgo 9 - Número: 835 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Marfense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.005-690
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86.99457-4824

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 1989 13 CONTA: 92233 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinalar 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina PI 04.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 470
02 Data do chamado: 03/06/2019
03 PRO (código): 0217
04 Saída do PA: 14:52
05 Chegada ao local: 14:56
06 Saída do local: 15:13
07 Chegada ao 1º hospital:
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º Hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: Av. Simplicio Mendes
11 Bairro: Centro Norte
12 Município-UF: Teresina - PI
13 Ponto de referência: ao lado do Sinoc

Identificação do Paciente

14 Nome: Sanyra de Lima Barbosa Silva
15 Sexo: 1 - Masculino ☒ 2 - Feminino ☒ 3 - Ignorado
16 Idade: 20 anos 379 ☒ 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado
Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado ☒

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência:
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-aspancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros: 1 SET 2019
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vitima: ☒ 20 Meio de locomoção: 5
1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta
5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta
5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = ☐ ☐ ☐
ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 5 - Obedece a comandos 4 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Nenhum
24 Sinais Vitais: Pulso: 100 PA: Resp.: PA: TAX: SatO2: 100%
25 Local da lesão:

Exame Físico

26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente Central: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não
29 Escala de Dor de 0 a 10: 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10
30 Fratura: 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não):
☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades
☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar
☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica
Glicemia: Acesso Venoso: Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital do Destino: HUT ☐ Não Removido
33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

Observações Interdisciplinares

Paciente vítima de colisão moto x caminhão. Primeiro atendimento realizado pela UBS que fez imobilizações com colar cervical em prancha longa, curativos (apandimento de calda proximal), acionou bomba perfusora e 02 rob marcara de venturi. No momento inconsciente, saturando 100% rob marcara com respiratório. AP: MV+ lateralmente. OBS: aspirar da inseta. Obs: ventilador ficou na sala de estabilização com a paciente.

Assinaturas

Responsável pela recepção:
Socorristas: Médico: AEITE:
Enfermeiro: Condutor:

TOTAL A PAGAR (R\$)
 242,00

ROT: 12.001.36.03.022100

Mês/ano consumo		DESCRICAÇÃO DA CONTA		
MAR/19	239	CONSUMO	186 A R\$ 0,86/1990 =	186,33
ABR/19	327	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		13,82
MAR/19	197	* CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		0,96
FEV/19	192	MULTA POR ATRASO 05/19-00		5,72
JAN/19	203	PARCELAMENTO DE DEBITO 12/12		60,13
DEZ/18	243	JURIS POR ATRASO 05/19-00		1,05
NOV/18	224	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,72	
OUT/18	230			
SET/18	220			
AGO/18	201			
TOTAL PR 2019 DEBITOS:				
R\$ 146 - 0,19238				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Parabéns! Até o dia 14-06-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Unidade contábil e a amortização de sua base nos arts. 1, 3, 4º, 15, 23 ou 25, com o anexo de cada uma das unidades.

RESERVADO AO FISCO 1423.F4DC.9090.DAA3.FE0C.1ABC.F272.2E1D

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			EIC			EOC	DIC
	Março	Trimestral	Anual	Março	Trimestral	Anual	Março	Março
Emprego	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
Qualificação	0,00			0,00			0,00	
Conjuntura	EXERCÍCIO MARÇO						04/2019	115,14

TERESINA-MARQUES

ROT: 12.001,36.03,022100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

MÊS FATURADO

242.01

VENCIMENTO

06/2019

24-06-2019

ജി. കെ. ജോർജ്ജ്, ഫീൽഡ്

~~07269899 - FGM~~

COMUNICA ENERGÉTICA DO PAUL
do Maranhão 754 - C. 1.ª Div. - Teresina, P
749: 05.840 7400000 - 09 - Ind. Estadual 19.701 553-2

836300000002 0 42010017000 0 00000000067 9 41170619008 8



SEQ.: 00018 UC: 0067411-7 DT.LEIT.: 18/06/2019 T.ENTR.: 03
LEITURA: 2073 NORMAL TOTAL: 242,01 CARGA: 001
DT.VENC.: 24-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0121



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003230/2019-07

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 23/08/2019 - 12:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA SIMPLICIO MENDES, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/06/2019 - 14:00

Bairro

CENTRO NORTE

Ponto de Referência

SENAC

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA

RG: 1999136SSPPI

Mãe: MARA MIRIAM DE LIMA BARBOSA

Endereço: RUA LAGAMAR, Nº 4857

Complemento: CONJ. HABITACIONAL PARQUE FIRMINO FILHO

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9493-6140

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO HONDA/BIZ 125, COR BRANCA, ANO 2019/2019, PLACA QRP-8062, DE PROPRIEDADE DA SRA. MARIA LAURA DE LIMA BARBOSA NUNES, CONFORME DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO AUTENTICADA E ASSINADA, NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADA, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO-II CARRO NÃO IDENTIFICADO, INVADIU A PREFERENCIAL, QUE MOTIVOU A COLISÃO. A NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PRA O HUT. PRONTUÁRIO DE Nº 56834. É O REGISTRO.

Edvar V. Nunes
Edvar Ferreira Nunes - Mat.
AGENTE DE POL.

Samara de Lima Barbosa
SAMARA DE LIMA BARBOSA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação

Luccy Kelly Leal Parada
Luccy Kelly Leal Parada
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 116.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 877.722.05368 4 - Nome completo da vítima: Samara de Lima Barbosa Silva

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

5 - Nome completo: Samara de Lima Barbosa Silva 6 - CPF: 877.722.053-68
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Conteiras Pintas, s/dgo 9 - Número: 835 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Marfense 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.005-690
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 86.99457-4824

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1989 (13) CONTA: 92233 (3)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina PI 04.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 15/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

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, 29 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **SAMARA DE LIMA BARBOSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000001989**

Conta: **0000092211-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190527235 Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

Data do Acidente: 03/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SAMARA DE LIMA BARBOSA

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAMARA DE LIMA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000092211-3

Nr. da Autenticação F74890B537B4CBB0

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190527235**

Nome do(a) Examinado(a): **SAMARA DE LIMA BARBOSA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R CART PINTASSILGO - Teresina - PI - CEP 64005-690**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1999136**

Data e local do acidente: [**03/06/2019**]

RUA SIMPLICIO MENDES PROX AO SENAC CENTRO TERESINA PI

Data e local do exame: [**19/09/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

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

VÍTIMA APRESENTANDO SÍNDROME VESTIBULAR PÓS TRAUMÁTICA COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO. PERICIANDA EM USO DE QUETIAPINA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA MÉDICA .

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

[**X**] Sim [] Não

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

Dano neurológico

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315009/19

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

CPF: 877.722.053-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: SAMARA DE LIMA
BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

SAMARA DE LIMA BARBOSA : 877.722.053-68

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 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: 11/09/2019
Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA
CPF: 877.722.053-68

SAMARA DE LIMA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315009/19

Número do Sinistro: 3190527235

Vítima: SAMARA DE LIMA BARBOSA

CPF: 877.722.053-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SAMARA DE LIMA BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020
Nome: SAMARA DE LIMA BARBOSA
CPF: 877.722.053-68

SAMARA DE LIMA BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Samantha de Lima Barbosa Silva
 DATA DO ACIDENTE 03.06.19 CPF DA VITIMA 077.722.053-68
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA Samantha de Lima Barbosa Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Antônio Pintas Silveira
 Nº 835 COMPLEMENTO Parque BAIRRO Mojuim
 CIDADE TERESINA UF PI CEP 64.005-690
 E-MAIL _____ TELEFONE 86-98865.7066

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10.09.2019
 IDENTIDADE 1.999.536
 ASSINATURA Samantha de Lima Barbosa Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 11 SET 2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]