
Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180408

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

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, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180408

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180408

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

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\$ 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: **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000001100**

Conta: **0000037206-2**

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0340867-20 3 - CPF da vítima: 050 015 294 25 4 - Nome completo da vítima: Cicero Luciano de Oliveira

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

5 - Nome completo: Cicero Luciano de Oliveira 6 - CPF: 050 015 294 25
7 - Profissão: Oculista 8 - Endereço: Rua Sra F. de Medeiros 9 - Número: 172 10 - Complemento:
11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Ilhéus 13 - Estado: BA 14 - CEP: 58398000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8333341289

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: 1100 CONTA: 00037206 2
(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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 nascer? ☐ 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: José Gomes do Nascimento Neto
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 090 669 764-62
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: José Gomes do Nascimento Neto
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: Maria Izabela da Silva
CPF: 051 980 844-91
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Maria da Penha Gomes do Nascimento
CPF: 039 282 434-54
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 18/05/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0340867-20 3 - CPF da vítima: 050 015 294 25 4 - Nome completo da vítima: Cicero Luciano de Oliveira

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

5 - Nome completo: Cicero Luciano de Oliveira 6 - CPF: 050 015 294 25
7 - Profissão: Oculista 8 - Endereço: Rua Sra F. de Medeiros 9 - Número: 172 10 - Complemento:
11 - Bairro: Fátima 12 - Cidade: Ilhéus 13 - Estado: BA 14 - CEP: 58398000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8333341289

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: 1100 CONTA: 00037206 2
(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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 nascer? ☐ 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: José Gomes do Nascimento Neto
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 090 669 764-62
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: José Gomes do Nascimento Neto
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: Maria Izabela da Silva
CPF: 051 980 844-91
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Maria da Penha Gomes do Nascimento
CPF: 039 282 434-54
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Campina Grande - PB 18/05/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200180408 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo facial com fratura cominutiva da parede supero lateral da órbita esquerda (com fragmentos para o interior da órbita, comprimindo o globo ocular), fratura do osso nasal à esquerda e irregularidade do arco zigomático direito (por provável fratura prévia). Traumatismo cranio encefálico com hematoma subgaleal. Ferimento cortocontuso em região frontal, zigomática à esquerda e em couro cabeludo. Laceração em hemiface esquerda e em pé esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresentando deformidade com cicatrizes na face lateral e frontal da face, acima da órbita esquerda e pequeno desnivelamento em relação a órbita direita. Pálpebra esquerda com limitação da abertura total. Sem sequelas neurológicas e/ou pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizada inicialmente limpeza dos ferimentos e sutura, sendo optado por tratamento conservador, permanecendo em observação pela equipe de neurocirurgia, oftalmologia e buco-maxilo-facial por 03 dias no Hospital de Trauma de Campina Grande, com quadro clínico evoluindo sem complicações, recebendo alta hospitalar. Refere não ter realizado mais acompanhamento médico.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/05/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas 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



**SAMU
192**



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU

Rua: Dr. Luiz Bronzeado s/n – Centro, Remígio.

Remígio 19/11/2019

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que, o **SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**, do município supracitado prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA** portador do RG: 2470316 E CPF: 050015294-25, vítima de acidente em via pública, no dia 19/10/2019. O mesmo foi atendido na cidade de Remígio – PB e no momento da chegada da Equipe para prestar o socorro o mesmo encontrava-se no local, logo após realização dos primeiros socorros e orientação da central de regulação o mesmo foi conduzido pela equipe até o hospital de Trauma de Campina Grande.

PREFEITURA M. DE REMÍGIO

Cláudio Oliveira Santos
Coord. de Urgência e Emergência


CLÁUDIO DE OLIVEIRA SANTOS

Coordenador do SAMU – Remígio- PB

COREN - PB: 531.095

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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000037206-2

Nr. da Autenticação 66E0FFCC73CD1BD7

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 042.299.628



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/498174-2

REFERÊNCIA

ABR/2020

APRESENTAÇÃO

20/04/2020

CONSUMO

67

VENCIMENTO

28/04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/04/2020				
Pagador: MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER CNPJ/CPF: 029.085.244-73 RUA JOSE F DE MEDEIROS 172 - FREITAS - REMIGIO / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014588120	000498174202004	28/04/2020	R\$ 0,00	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

Atendimento: 201900494950

Idade: 39 anos

Paciente: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data: 20/10/2019

Médico Solicitante: ALFREDO DANIEL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Áreas de encefalomalácia/gliose frontal e temporal à direita, por provável trauma antigo. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura cominutiva da parede superolateral da órbita esquerda, com insinuação dos seus fragmentos para o inferior da mesma, comprimindo o globo ocular, associada a volumoso hematoma orbitário.

Fratura do osso nasal esquerdo.

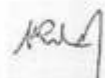
Irregularidade do arco zigomático direito, por provável fratura antiga.

Espero hematoma subgaleal com focos enfisematosos em permeio na alta convexidade.

Espessamento do revestimento mucoso de alguns dos seios da face.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/10/2019 22:59.



Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB

DMF # 08:46

Paciente vítima de acidente de
moto. Foi reavaliado, não
apresenta sinais de fratura.

C. D. Alta da DMF

(2) Aos cuidados da NCR

Jorge Eduardo Alves
Cirurgião Bucodentofacial
CRO-PA 4606

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 19/10/2019 HORA : 20:08:27

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

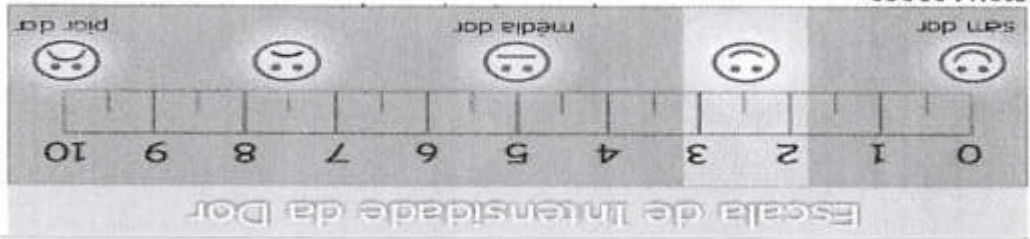
ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :

AValiação Neurológica

() CONUSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO
6:00	120/80	36,2	93	102			

OBS: SAMU REMIGIO

ENFERMEIRO/COREN
acompanhamento
ENFERMEIRO/COREN
2019/10/19

2019/10/19 - paciente novo leito, alcoolizado,
euprótico, hemodinamicamente está-
vel. Exames complementares (fast,
rx tórax, rx abd, rx cervical, rx PE E)
sem alterações.
Co: Alta da cirurgia Ciruf
- com cuidados da Neurocirurgia
e da BUCOMAXILO.

Tankel Thiago da S. Pereira
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA
CRM 9568/PB

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#BME 00:30

Paciente relata ser vítima de acidente de moto. Encontra-se com sinais de entorpecimento, porém colaborativo.

EF: Hematoma periorbital E

lentes em região frontal, epistaxe E um corpo estranho.

Corte em base nasal.

Ausência de ruptura do globo em pouca contusão em lóbulos; não houve má oclusão.

CD: Sutura,

Solicito RX de foca

Procedimento BMT após RX

Dr. Tatso Assunção Honorário
Cirurgia e Patologia
Bucodentofacial
F. 2227

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Seleção Luciano do Oliveira

Dr. Alfredo D. Mendes S. Neto
Neurologia
CRM/PR 256.304-3542
CRM/PR 256.304-3542

Eds - TC de Crânio

#TC após 4h de furo

6/10/00 - #4000

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

e.g



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2019004

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: CICERO LUCIANO DE
OLIVEIRA 39ANOS (SAMU)
REMIGIO

CEP: Nascimento: 31/12/1969

Sexo: Telefone:

Idade: 02019 Bairro:

RG: Nº: 0

CPF: Profissão:

Data de Atend: 19/10/2019 CNS:

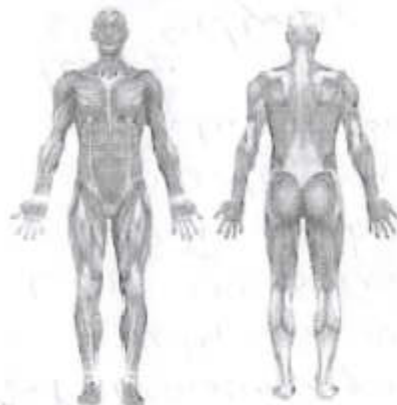
Estado Civil: CONVÊNIO: SUS

Hora: 19:59:21

OBS: FICHA SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Vítima de queda de moto, alcoolizado, sem uso de capacete, apresentando laceração em couro cabeludo e em hemiface (E) e em pé (E). Ao exame, pouco contactuante, eupneico,

ALERGIA: com colar cervical.

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

abdômen: plano, depressível, sem sinais de peritonite.

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia:

Radiografias:

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
19/10/19

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / BMF às 20:30 Dia 19/10/19

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 500ml EV. 7	
2		
3	Tubofil 20mg. 1AMP EV	
4	Dexametasona 4mg, 1AMP EV	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Tarciso Honorato
Cirurgião de Emergência
Especialista em Traumatologia
CRM 9568/PB 7227

RAIO X
REALIZADO EM:

19/10/2019

Iankel Tinsgo da S. Peixoto
MÉDICO RESIDENTE
JACIURGIA
CRM 9568/PB

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#BMF 03:50

+ REAVALIAÇÃO

Paciente adulto em vítima de acidente motociclistico. Encontro no momento, consciente e orientado, eupneico.

Ef: ferimentos lacerados em face e couro cabeludo.

Edema em face.

Tumores periorbital E com - dermal; (OBS: no dia do atendimento inicial o paciente apresentava: visão visual (+); motricidade visual (+)).

Ausência de ruptura ótica em face.

CD: Orientação + prescrição medicamentosa.

Alto de BMF com retorno pendente.

Prescrição: Diclofenaco 4mg, EV e Tilotil 20mg, EV. 4:00

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

21/10/19

OFTALMOLOGIA

Paciente vítima de acidente de moto c/ ac - metimento do OE. Nega Bm

Tc de crânio (20/10/19): fratura cominutiva de parede superolateral da órbita (E) + volumoso hematoma orbitário.

Ao exame: edema bipalpebral à esquerda. Secção mucopurulenta. MOE muito diminuídas (praticamente "congelada").

Pao: RFM(+)

fo: retina aplicada; n conse - qui ver bem o NO

CD: Reavaliação da BMF (Descompressão de órbita?)

Alta da Oftalmologia

Dr. Humberto Ramos de Lima
Oftalmologista
CRM 5632

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2019004

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ana Tayres Gomes Moreira

PACIENTE: CICERO LUCIANO DE
OLIVEIRA 39ANOS (SAMU)

CEP: Nascimento:31/12/1969

REMIGIO

Sexo: Telefone:

Endereço:

Idade:02019 Bairro:

Cidade:

RG: Nº:0

Nome da Mãe:

CPF: Profissão:

Responsável:

Data de CNS:

Estado Civil:

Atend:19/10/2019

CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

Hora: 19:59:21

Especialidade:

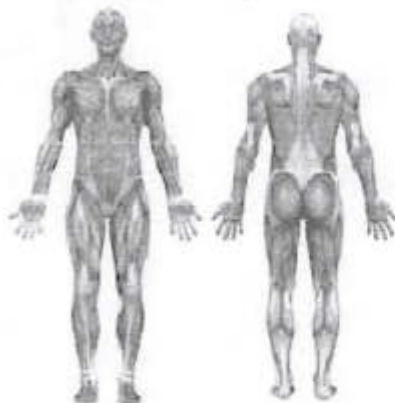
Médico:

CRM:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Ingurgitamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ANCRH - 20/10/19

#ACE 0m frente de visto.

#glauco 15, 15.0, 15.0.

#+cc: - PA Altas bulhadas agudas.

ALERGIA: cd! - Alta da rca

MEDICAMENTOS: - Avaliar de o/talmo (comprometido de

PATOLOGIAS: glauco 15 - 15.0, 15.0

EXAME FÍSICO - Avaliar de Bnt

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 13 MF, 0/talmo às Dia 21/10/19

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	ST. 0151 1000 ml IV	02:45
2	Dipirona 1g, IV	02:45
3		
4	NaCl 0.9% 1000 ml IV	
5		
6		

Dr. Alfredo Daniel de S. Neto
Neurocirurgião - Neurologia
CRM/PB 14330 - ROE 5542
CPF 051 484 434-56

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2470316 DATA DE EMISSÃO 27 AGo. 1997

Nome CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Família José Luciano de Oliveira Neto
Francisca Maria de Oliveira

Localidade Areia-PB

Data de Nascimento 22/03/1980

Doc. Orig. Cert. Nasc. 2.010.Fls. 719.v.Liv.

C4.Cert. Dist. de Areia-PB

CPF

Assinatura do Titular

Assinatura do Registrante

LEI Nº 7.112 DE 1983

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALOR SOMENTE COM MANCA E AQUA - JUSTIÇA ELEITORAL

POLEGAR DIREITO

REALIZADO

Certão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
DEZ/2009

CORREIOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

F.17

Carreira de Identidade

NÃO ALFABETIZADO

Assinatura do Titular

Foto

Impressão Digital

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

Nome do Eleitor CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data de Nascimento 22/03/1980

Município / UF AREIA/PB

M. Nascimento 0241 9246 1252

Zona 011

Seção 0084

Data de Emissão 17/07/2007

Assinatura do Titular

Assinatura do Registrante

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

050.015.294-25

Nome
CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Nascimento
22/03/1980

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 010730048427

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20140500005128-6

1 0083071228-3 00/00000000 2014

RODRIGO SANTOS DE OLIVEIRA

09175322447

MMX4616/PB

NOVO PB 9C6KE043040035463

PAS/MOTOCICLE/NAO APIC

GASOLINA

YAMAHA/YBR 125E

2004 2004

2-P/124/CI

PARTIC

PRATA

IPVA PAGO EM 30/05/2014

***** 0

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 30/05/2014

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE FÓLHA OBRIGATORIA

NAO VÁLIDO PARA TRANSFER

ALGODÃO DE JANDAIRA-PE

14311

09/06/2014

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAÇÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 010730048427

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2014 09/06/2014

1 09175322447

MMX4616/PB

00830712283

YAMAHA/YBR 125E

2004

9

9C6KE043040035463

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) *****

DEBITAR (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO

PAGO

SOTA UNICA

PAGAMENTO

INACIADO

DATA DE PAGAMENTO 30/05/2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 03.248.908/0001-04

www.seguradotalider.com.br

31054-0827421-20140609

JUN-2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA D.I.P. 11

INSTITUTO DE POLÍCIA LÍQUIDA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Marilza Leite da Silva

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

230.6564 - 19 JUL 1974

NOME MARIA LEITE DA SILVA

SEVERINO Quintino da Silva

Marilza Leite da Silva

Areia/PB. 10/06/1974

Cart. Naso. 223. liv. 01. fls. 58. v. de

Cart. do Dist. de Muguém. Areia-PB.

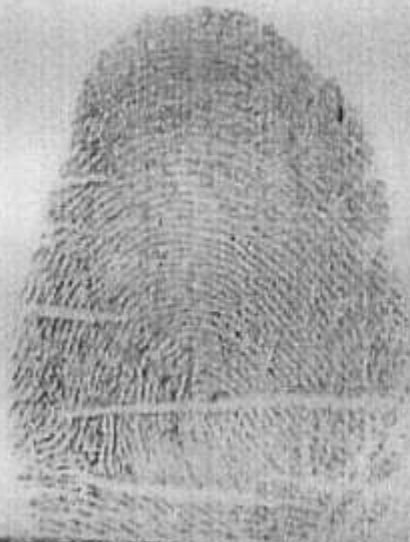
[Signature]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DI.P.17

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



José Gomes do Nascimento Neto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cópia para o Registro Civil

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.582.461

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/09/2007

NOME

JOSÉ GOMES DO NASCIMENTO NETO

FILIAÇÃO

EDSON GOMES DO NASCIMENTO

PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

ESPERANCA-PB

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1989

NASC.N.610 FLS.189 LIV.A01

DOC ORIGEM

CARTORIO AREIA/PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR



ENLEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

090.669.764-62

Nome

JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO

Nascimento

05/07/1989



BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Documento para depósito automático
Documento para depósito automático
Número para depósito automático da conta de energia elétrica Nº 042.299.028

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/498174-2

REFERÊNCIA

ABR/2020

APRESENTAÇÃO

20/04/2020

CONSUMO

67

VENCIMENTO

28/04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/04/2020

Pagador: MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER CNPJ/CPF: 029.085.244-73
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172 - FREITAS - REMIGIO / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014588120	000498174202004	28/04/2020	R\$ 0,00	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140867/20

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

CPF: 050.015.294-25

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 19/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA : 050.015.294-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/05/2020
Nome: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA
CPF: 050.015.294-25

CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/05/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

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: **3200180408**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOSE F DE MEDEIROS, 172 - Remígio - PB - CEP 58398-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **2470316**

Data e local do acidente: [**19/10/2019**] **sítio capim de cheiro - BR sentido Areia**

Data e local do exame: [**25/05/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo facial com fratura cominutiva da parede supero lateral da órbita esquerda (com fragmentos para o interior da órbita, comprimindo o globo ocular), fratura do osso nasal à esquerda e irregularidade do arco zigomático direito (por provável fratura prévia). Traumatismo cranio encefálico com hematoma subgaleal. Ferimento corto-contuso em região frontal, zigomática à esquerda e em couro cabeludo. Laceração em hemiface esquerda e em pé esquerdo.

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

Ao exame físico, vítima apresentando deformidade com cicatrizes na face lateral e frontal da face, acima da órbita esquerda e pequeno desnivelamento em relação a órbita direita. Pálpebra esquerda com limitação da abertura total. Sem sequelas neurológicas e/ou pé esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizada inicialmente limpeza dos ferimentos e sutura, sendo optado por tratamento conservador, permanecendo em observação pela equipe de neurocirurgia, oftalmologia e buco-maxilo-facial por 03 dias no Hospital de Trauma de Campina Grande, com quadro clínico evoluindo sem complicações, recebendo alta hospitalar. Refere não ter realizado mais acompanhamento médico.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano cranio facial

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

VII. Segundo 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):

Estruturas cranio 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

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.



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB