

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/09/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: JOSE MARIA PORANGABA LEMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03230-1

CONTA: 000000540360-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1209201205000000000023703230000000540360135000 PAGO

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012390920**Cidade:** Paulo Jacinto**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE MARIA  
PORANGABA LEMOS**Data do acidente:** 29/09/2003**Emissor do parecer:** GABRIEL  
JOÃO  
LOURENÇA  
DA SILVA**Seguradora:** MBM SEGURADORA  
S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços**CRM do médico:** 2544

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Descrição do exame médico pericial:** QUEIXAS NEUROLOGICAS SUBJETIVAS , ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA , TONTURA.

**Resultados terapêuticos:** TCE - TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas :**

**Data da perícia:** 03/09/2012

**Conduta mantida:** Não

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** ADONIS BORN MUNIZ

**UF do CRM do médico:** AL

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10

**Valor avaliado:** 1.350,00

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2012/390920**  
Vítima: **JOSE MARIA PORANGABA LEMOS**  
Local: **AL-PAULO JACINTO**  
Data do Acidente: **29/09/2003**

### Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**SNC**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**TCE - TRATAMENTO CONSERVADOR**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**QUEIXAS NEUROLÓGICAS SUBJETIVAS , ALTERAÇÃO DE MEMÓRIA , TONTURA**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

## Segmento Anatômico

1ª Lesão

**SNC**

Marque o percentual

☒ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10%    ☐ 25%    ☐ 50%    ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**AL - ARAPIRACA, 03/09/2012**

**Médico Perito: ADONIS BORN MUNIZ CRM: 2544 AL**

**Médico Revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155**

*Dra. Fatima Furtado Melo*  
Médica Perita  
CRM-RJ - 52 49515-5  
Cadastro Nacional  


Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



**ESTADO DE ALAGOAS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA**  
**SECRETARIA HOSPITALAR**

## RELATÓRIO MÉDICO

**PACIENTE:** José Maria Porangaba Lemos

**D.N. / IDADE:** 27.02.1979

**PRONTUÁRIO:** 112163

**DATA DO ATENDIMENTO:** 29.09.2003

**HORA:** 07h: 30 min

**ALTA:** 13.10.2003

**CID:** T. 00

**DIAGNÓSTICO:** ➤ Politraumatismo

**TRATAMENTO:** ➤ Conservador.

**ACHADO:**

- Traumatismo crânio encefálico fechado.
- Glasgow 7.
- Esboçando descerebração bilateralmente
- Fratura de face (malar direita, nariz e edema hemiface direita).


**CONDUTA:**

- Avaliação do neurocirurgião e cirurgião bucomaxilo facial
- CT crânio exame laboratorial e exame radiológico
- Terapêutica clínica
- Cuidados de UTI e ventilação mecânica.

*OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.*

*OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.*

Maceió, 30 de maio de 2012.

  
Antônio Fernando Neres Peixoto  
Médico  
CRM / AL 1344





SESAU - SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOÁS  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA - DOUTOR ARMANDO LAGES

# FICHA AMBULATORIAL

Caixa: 05.01. 02.04.04.132

DATA: 11/05/10 HORA: 07:30

NOME: Jose Maria P. Lemos DATA NASCIMENTO: 24/01/1961

SEXO: M COR:  E. CIVIL:  PROF:

RESIDÊNCIA: Lagoa de Ingaí Nº  BAIRRO: Lagoa de Ingaí

TRAZIDO POR: Jose Manoel Nº  BAIRRO: Lagoa de Ingaí

## A CARGO DO SERVIÇO SOCIAL

FIRMA ONDE O PACIENTE TRABALHA:  FONE:

PESSOA DE QUEM DEPENDE:  PARENTESCO:

ENDEREÇO:  Nº  BAIRRO:

GRUPO SANGÜÍNEO:  RH:  OUTROS DADOS:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO  
☐ ACIDENTE DE TRABALHO  
☐ ACIDENTE CASUAL

☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO  
☐ AGRESSÃO  
☐ DESCONHECIDA

HORA DO ATENDIMENTO: ÀS 7:30 CLÍNICA: Urgência

ANTECEDENTES ALÉRGICOS À:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: 3 horas Acidente de trânsito de queda de moto no asfalto  
de onde o paciente sofreu fratura de costela  
na região do tórax e do abdômen Episódios de vômito e  
diarreia Alcoólismo

Certifico que a apresentação  
Confere com o original.  
O referido é verdade. Dou fé  
Data: 19/06/2012

Adriano Siqueira de Siqueira  
Servidor responsável pela informação  
Mat.

SINAIS VITAIS: PULSO: 80/60 TEMP:  PA:  RESPIRAÇÃO:

EM CASO DE POLITRAUMATIZADO: PUPILAS: Isocóricas TIPO DE VÔMITO:

☐ TCE ABERTO ☐ LÚCIDO ☒ HEMATOMA PALPEBRAL  
☒ TCE FECHADO ☐ SONOLENTO ☐ CRISES CONVULSIVAS  
☐ ABDOME AGUDO ☐ CONFUSO ☐ OUTROS DADOS:   
☐ FRATURA EXPOSTA ☒ COMATOSO

glossa (7)

EXAME FÍSICO GERAL: Exame físico geral, consciente, não responde a estímulos  
verbal, localiza o dor, reflexos, esconhecimento, orientado, corado  
hidratado

REV: ACR 27/04/10 FC: 80/60 MM: 100/60  
Alcun plano, flácido, sem sinais de desidratação  
torax e pelve estáveis (?)

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: TCE

**DIGITADA**  
**MBM**  
**SEGURADORA**  
**31 AGO. 2012**  
**SINISTRO DPVAT**

REGISTRANTE: Acir ACADÊMICO: Filipe

FEITO RELATÓRIO  
EM 30/5/12

Dr. Edson Gomes de A. Gomes  
Cirurgião Especialista em Ortopedia

## EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO INICIAL

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Admissão, registro de medicação, evolução, sinais vitais, outros.

1) Ligeira lacuna - somado em 16/6/64  
 2) Gênero de 52  
 3) Condição P.H., P. e T.  
 4) Solicito vaga na UTI.

29.03 - 16000-

Ref. gravíssimo, pupila esquerda  
 EPMD: agitação, excitação, aumento  
 dos reflexos bilaterais.  
 ref. internamente na UTI  
 solicitado CT do cérebro

Carla S. A. Melo  
 Neurologista  
 CRMAL 3244

SOLICITADA AVALIAÇÃO DO: \_\_\_\_\_

Neurocirurgia / P. e T. 16/6/64

## EM CASO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO ☐ SALA DE OBSERVAÇÃO ☐ INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ (LOCAL)☐ CENTRO CIRÚRGICO \_\_\_\_\_☐ TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_CONDIÇÕES DE ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ INALTERADO☐ RECUSOU-SE AO TRATAMENTO ☐ ALTA A PEDIDO ☐ ABANDONOU O HOSPITAL☐ ÓBITO DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

ASSISTENTE SOCIAL

Dr. Fernando Gonçalves P. e T.  
 Neurologista  
 CRMAL 1344

Dr. Fernando Gonçalves P. e T.  
 Neurologista  
 CRMAL 1344

## EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO INICIAL

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Admissão, registro de medicação, evolução, sinais vitais, outros: \_\_\_\_\_

1) Ligeira laceração - sutured 11/6/64

2) - Gteter de - 52

3) Controle PA, PC?

4) Solicito vaga na

UTI.

29.09.03 - NBUCC-

Ref. gravíssimo, pupila 3000...

EFMD: agitado, desorientado, descoordenação bicaudalmente.

ref: internamento na UTI

solicito CT de diagnóstico

Cirurgia de Mão  
Neurologia/Neurocirurgia  
CRMAL 3244

SOLICITADA AVALIAÇÃO DO: \_\_\_\_\_

Neurocirurgia / R. ...

## EM CASO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO

☐ SALA DE OBSERVAÇÃO☐ INTERNAÇÃO

(LOCAL)

☐ CENTRO CIRÚRGICO☐ TRANSFERIDO PARA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE ALTA:

☐ CURADO☐ MELHORADO☐ INALTERADO☐ RECUSOU-SE AO TRATAMENTO☐ ALTA A PEDIDO☐ ABANDONOU O HOSPITAL☐ ÓBITO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_

MBM  
SEGURADORA

09 AGO. 2012

INSTRUMENTO DPVAT  
HOSPITALAutenticado e registrado  
Medico  
CRMAL 1844

HCE

HCE  
Em  
30.07.12

ASSISTENTE SOCIAL



UNIDADE DE EMERGÊNCIA  
DOUTOR ARMANDO LAGES

SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS  
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DR. ARMANDO LAGES

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- |                                                                                         |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO                                        | <input type="checkbox"/> PACIENTE COM IDADE INFERIOR À FAIXA ETÁRIA ESTABELECIDADA - PORT. 544 |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE CARÁTER                                             | <input type="checkbox"/> PACIENTE COM IDADE SUPERIOR À FAIXA ETÁRIA ESTABELECIDADA - PORT. 544 |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE ESPECIALIDADE                                       | <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ÓRTESE                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI                                       | <input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO                                          |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                                         | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES                                                   |
| <input type="checkbox"/> VACINA ANTI Rh                                                 | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTAL                                                     |
| <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO QUE ATINGIU TEMPO MÍNIMO DE PERMANÊNCIA - PORT. 544 | <input type="checkbox"/>                                                                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                | <input type="checkbox"/>                                                                       |

HOSPITAL: Unid. de Emergência C.N.P.J.: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Jose Maria F. Benas CONVÊNIO: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCEDIMENTO SOLICITADO: 40.200.00.0  
MÉDICO SOLICITANTE: Alberto Vieira da Silva CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA:

Paciente vítima de acidente automobilístico, politraumatizado, com escoriações por todo o corpo, necessita de cuidados intensivos.



DATA: 29.09.12

Assinatura do Médico

AUDITOR:

Dr. Zamilio Costa  
Médico CRM: 606

DATA: 28.10.12

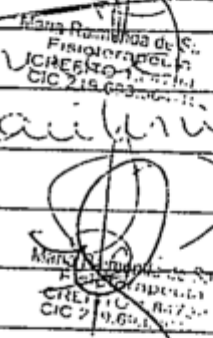
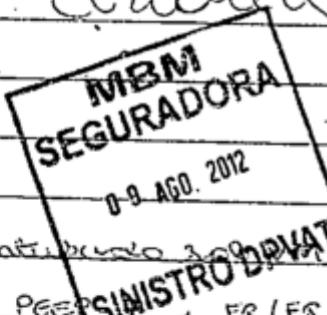
Assinatura - CPF



## AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA - EVOLUÇÃO

NOME: José Maria P. Lemos REGISTRO: 112163  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ LEITO: 09  
DIAGNÓSTICO: TCE IDADE: 24 a

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA
03/10/03	tarde	Paciente intubado sob VM/AIC à volume) com parâmetros ventilatórios mantidos Conduta: - Aerosol. e RPPJ. - Reed. func. resp. - Exerc. terap. incl.  Adm. <u>Paula Bernice Malta</u> CR
04/10/03		Paciente, jovem, atencioso, sob VM/AIC no duty. Sinal de ruído auscultado c/ RPPJ. e Reed. func. resp. Exerc. terap. incl.  Adm. <u>Paula Bernice Malta</u> CR
04/10/03		Paciente mantém gdo aliav. inoturbado. Conduta aliav. manutenção.  Adm. <u>Paula Bernice Malta</u> CR
05/10/03		Paciente com ECG, intubado sob VM/AIC PSV) com FiO <sub>2</sub> = 60% PEEP = 5 cmH <sub>2</sub> O FR/FR = 14/14. Conduta: - Aerosol. e RPPJ. - Reed. func. resp. - Exerc. terap. incl.  Adm. <u>Paula Bernice Malta</u> CR



Conduta: - Aerosol. e RPPJ.  
- Reed. func. resp.  
- Exerc. terap. incl.

Fisioterapeuta (CREFITO)

Adm. Paula Bernice Malta



06/10/03  
manhã

Pt em IE comprometido, atendendo a algumas solicitações, entubado em VM, em processo de desmame. AP: MVU em base direita.  
Parâmetros: SIMVU; V: 500; FR: 14/4; PEEP: 5; PS: 15  
FIO<sub>2</sub>: 30%.

Id: aeroadm. CI RPP1.  
reid. func. resp.  
secre. terap. indiv.  
Acad. Renato M<sup>a</sup> de Oliveira

Maria Raimunda de S.  
Fisioterapia  
CREFITO 1.6479-F  
CIC 19.693.964-15

06/10/03

Paciente foi entubado e encontra-se com uso de máquina de Venturi com O<sub>2</sub> contínuo a 50%.

conduta: aeroadm. CI RPP1.

reid. func. resp.

secre. terap. indiv.

Acad. Flávia Pauletti

Maria Raimunda de S.  
Fisioterapia  
CREFITO 1.6479-F  
CIC 219.693.964-15

06/10/03

Paciente respirando espontaneamente, cupreco. Realização aeroadm. CI RPP1 + exercícios terapêuticos + aerob. funcional respiratória.

Flávia Pauletti

07/10/03  
manhã

Pte respirando espontaneamente c/ auxílio de máquina de Venturi (FIO<sub>2</sub> = 50% a 5L/min). Encontra-se cupreco, AP: MVU em RPP1 s/ R.A.

conduta: Aeroadm. CI RPP1 + reid. func. resp. + exerc. terap. indiv. Acad. Cláudia Brito

Maria Raimunda de S.  
Fisioterapia  
CREFITO 1.6479-F  
CIC 19.693.964-15

04/10/03 Pte respirando espontaneamente sob O<sub>2</sub> contínuo (FIO<sub>2</sub> 50% a 5L/min) com 7L/min.

conduta: Aeroadm. CI RPP1  
Exerc. terapêuticos  
Reid. func. resp.

Acad. Vanessa Costa

