

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

BRADESCO12092012050000000002370323000000540360135000 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(sequelas)

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

QUEIXAS NEUROLOGICAS SUBJETIVAS , ALTERAÇÃO DE MEMORIA , 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 suscetível(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 integra do patrimônio físico e/ou mental da vitima).
- b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vitima). 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 vitima)
- b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vitima, 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 Neves Peixoto
CRM / AL 1344





SESAU - SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE ALAGOAS
UNIDADE DE EMERGÊNCIA - DOUTOR ARMANDO I AGES

FICHA AMBULATORIAL

Caixa: 05.01.02.04.09.10

A

DATA

HORA:

NOME:	José Maria P. Leme	DATA NASCIMENTO:	24/05/19
SEXO:	M.	COR:	
RESIDÊNCIA:	Lagoa do Ingá	E. CIVIL:	
BAIRRO:	Lagoa do Ingá	PROF:	
TRAZIDO POR:	José Marcelo	Nº	
	Santos do Lago	PROCEDÊNCIA:	
A CARGO DO SERVIÇO SOCIAL			
FIRMA ONDE O PACIENTE TRABALHA:	FONE:		
PESSOA DE QUEM DEPENDE:	PARENTESCO:		
ENDEREÇO:	Nº	BAIRRO:	
GRUPO SANGUÍNEO:	RH:	OUTROS DADOS:	

NATUREZA DA OCORRÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	10-105
	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO	10-106
	<input type="checkbox"/> ACIDENTE CASUAL	10-107
		10-108
		10-109
		10-110
		10-111
		10-112
		10-113
		10-114
		10-115
		10-116
		10-117
		10-118
		10-119
		10-120
		10-121
		10-122
		10-123
		10-124
		10-125
		10-126
		10-127
		10-128
		10-129
		10-130
		10-131
		10-132
		10-133
		10-134
		10-135
		10-136
		10-137
		10-138
		10-139
		10-140
		10-141
		10-142
		10-143
		10-144
		10-145
		10-146
		10-147
		10-148
		10-149
		10-150
		10-151
		10-152
		10-153
		10-154
		10-155
		10-156
		10-157
		10-158
		10-159
		10-160
		10-161
		10-162
		10-163
		10-164
		10-165
		10-166
		10-167
		10-168
		10-169
		10-170
		10-171
		10-172
		10-173
		10-174
		10-175
		10-176
		10-177
		10-178
		10-179
		10-180
		10-181
		10-182
		10-183
		10-184
		10-185
		10-186
		10-187
		10-188
		10-189
		10-190
		10-191
		10-192
		10-193
		10-194
		10-195
		10-196
		10-197
		10-198
		10-199
		10-200
		10-201
		10-202
		10-203
		10-204
		10-205
		10-206
		10-207
		10-208
		10-209
		10-210
		10-211
		10-212
		10-213
		10-214
		10-215
		10-216
		10-217
		10-218
		10-219
		10-220
		10-221
		10-222
		10-223
		10-224
		10-225
		10-226
		10-227
		10-228
		10-229
		10-230
		10-231
		10-232
		10-233
		10-234
		10-235
		10-236
		10-237
		10-238
		10-239
		10-240
		10-241
		10-242
		10-243
		10-244
		10-245
		10-246
		10-247
		10-248
		10-249
		10-250
		10-251
		10-252
		10-253
		10-254
		10-255
		10-256
		10-257
		10-258
		10-259
		10-260
		10-261
		10-262
		10-263
		10-264
		10-265
		10-266
		10-267
		10-268
		10-269
		10-270
		10-271
		10-272
		10-273
		10-274
		10-275
		10-276
		10-277
		10-278
		10-279
		10-280
		10-281
		10-282
		10-283
		10-284
		10-285
		10-286
		10-287
		10-288
		10-289
		10-290
		10-291
		10-292
		10-293
		10-294
		10-295
		10-296
		10-297
		10-298
		10-299
		10-300
		10-301
		10-302
		10-303
		10-304
		10-305
		10-306
		10-307
		10-308
		10-309
		10-310
		10-311
		10-312
		10-313
		10-314
		10-315
		10-316
		10-317
		10-318
		10-319
		10-320
		10-321
		10-322
		10-323
		10-324
		10-325
		10-326
		10-327
		10-328
		10-329
		10-330
		10-331
		10-332
		10-333
		10-334
		10-335
		10-336
		10-337
		10-338
		10-339
		10-340
		10-341
		10-342
		10-343
		10-344
		10-345
		10-346
		10-347
		10-348
		10-349
		10-350
		10-351
		10-352
		10-353
		10-354
		10-355
		10-356
		10-357
		10-358
		10-359
		10-360
		10-361
		10-362
		10-363
		10-364
		10-365
		10-366
		10-367
		10-368
		10-369
		10-370
		10-371
		10-372
		10-373
		10-374
		10-375
		10-376
		10-377
		10-378
		10-379
		10-380
		10-381
		10-382
		10-383
		10-384
		10-385
		10-386
		10-387
		10-388
		10-389
		10-390
		10-391
		10-392
		10-393
		10-394
		10-395
		10-396
		10-397
		10-398
		10-399
		10-400
		10-401
		10-402
		10-403
		10-404
		10-405
		10-406
		10-407
		10-408
		10-409
		10-410
		10-411
		10-412
		10-413
		10-414
		10-415
		10-416
		10-417
		10-418
		10-419
		10-420
		10-421
		10-422
		10-423
		10-424
		10-425
		10-426
		10-427
		10-428
		10-429
		10-430
		10-431
		10-432
		10-433
		10-434
		10-435
		10-436
		10-437
		10-438
		10-439
		10-440
		10-441
		10-442
		10-443
		10-444
		10-445
		10-446
		10-447
		10-448
		10-449
		10-450
		10-451
		10-452
		10-453
		10-454
		10-455

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
3 horas. Descreve cítricos de queijo da manteiga
desde o horário seguinte. Acompanhante espuma branca de concreto
raro e tremor. Episódios de náuseas ali-
Certifico que a apresentação
Confere com o original.
O referido é verdade. Dou fé
Belo Horizonte, 19/06/2012
Médico: Dr. S. P. M. S. P.
Assinado: S. P. M. S. P.
Servidor responsável: S. P. M. S. P.

SINAIS VITAIS: PULSO: 80 / regular TEMP.: _____ PA: _____ RESPIRAÇÃO: _____

EM CASO DE POLITRAUMATIZADO: PUPILAS: Irregular RESPIRAÇÃO:
TIPO DE VÔMITO:

<input type="checkbox"/> TCE ABERTO	<input type="checkbox"/> LÚCIDO	AUDÍC	<input checked="" type="checkbox"/> MOTRIL
<input checked="" type="checkbox"/> TCE FECHADO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input checked="" type="checkbox"/> HEMATOMA PALPEBRAL	
<input type="checkbox"/> ABDOME AGUDO	<input type="checkbox"/> CONFUSO	<input type="checkbox"/> CRISES CONVULSIVAS	
<input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA	<input checked="" type="checkbox"/> COMATOSO	<input type="checkbox"/> OUTROS DADOS: _____	

glazou 7

EXAME FÍSICO GERAL: Exame fisiológico geral, comum, não grande ou relevante, visões, palpebra e dor, suprimento, econômico, ondulações, excretas,

REV: ACR 77/86 Fz. SC: PChpm AR: 1990 08/11 [REDACTED] DIGITALIZADA MBM
Algun plante, fijaida, muy sinón de mítico. SEGURODORA

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: TCE S: UGR 05 AGO. 2012
REGISTRO DPVAT

Acad. 1 **ACADÉMICO** *Aluno* **ALUNO**

REGISTRANTE _____ **ALUNO ACADEMICO** Vinícius Góes **UFAL**

FEITO RELATÓRIO
EM 30/5/12

Dr. Elizandro Colares de A. Góes
Cientista Polímata e Pensador

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO INICIAL

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA: _____ DATA: ____ / ____ / ____
 1) Lugar bacterico - sonda enema
 2) Cisteter de 52
 3) Controle PR, P, T
 4) Solicitud vagos no
 UTI.

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

29/09/03 - Neuro-

Pot. gravissimo, pupila 200mm.
 RFM(+) aumentado, estreita, amolo
 des cerebrales bicotidianamente.
col: internamento na UTI
 solicito CT do encéfalo

*Carla M. da
Neurologista Neurocirurgia
CRM-AL 2244*

SOLICITADA AVALIAÇÃO DO:

Neurocirurgia P/ Trauma

EM CASO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO SALA DE OBSERVAÇÃO INTERNAÇÃO _____
 (LOCAL)
 CENTRO CIRÚRGICO
 TRANSFERIDO PARA:

*Dr. Francisco W. Pinto
Médico CRM-AL 1844*

CONDIÇÕES DE ALTA: CURADO MELHORADO INALTERADO

RECUSOU-SE AO TRATAMENTO ALTA A PEDIDO ABANDONOU O HOSPITAL

ÓBITO DATA: ____ / ____ / ____ HORA: _____

HGE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
ABNOMALIA
SINTOMATOLOGIA
ANAMNESE

*Dr. Francisco W. Pinto
Cirurgião e Endocrinologista*

22/10/03

ASSISTENTE SOCIAL

MEDICAMENTOS DA SEMANA

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO INICIAL

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORA: DATA: 1 / 1 /

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

- 1) Lugar lactato - social em 16/6/12
- 2) Cateter de drenagem
- 3) Controle F.F., P.C?
- 4) Sócio vagar no UTI.

2909.03 Neuro-

Paf. gravíssimo, enxaque : 2009.03.
 EPM(+) agitado, arroto, anoxia
 des cerebrales bicitotubarmente.
ref: internamento na UTI
 solicito CT da crânio

Centro Cirúrgico Neuropediátrico
 CRM/SP 2244

SOLICITADA AVALIAÇÃO DO:

Neurocirurgião / Kinesiologista /

EM CASO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR

DESTINO

SALA DE OBSERVAÇÃO INTERNAÇÃO _____ (LOCAL)

CENTRO CIRÚRGICO

TRANSFERIDO PARA:

CRM/SP 1844
 Médico

MBM
 SEGURO D'VAT

09 AGO. 2012

INALTERADO

HGE

CONDIÇÕES DE ALTA:

CURADO

MELHORADO

INALTERADO

HGE

RECUSOU-SE AO TRATAMENTO

ALTA A PEDIDO

ABANDONOU O HOSPITAL

ÓBITO

DATA: / /

HORA: _____

HGE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Dr. Eduardo Góes Neto
 Clínica e Enfermagem Declarada

CRM/SP 220/2012
 Médico



-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 ESTABELECIDA - PORT. 544 |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE CARÁTER | <input type="checkbox"/> PACIENTE COM IDADE SUPERIOR À FAIXA ETÁRIA ESTABELECIDA - 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"/> | |

HOSPITAL: Unid. de Emergência C.N.P.J.: _____

PACIENTE: Jose' Maria F. Bezerra CONVÊNIO: _____

PRODEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO: 60.200.00.0

MÉDICO SOLICITANTE: Alberto Meira do Silve CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

*Paciente Jônatas da Silveira do Silveira
sofreu lesão de acidente automobilístico,
poli-traumatizado, com escoriações por todo o
corpo, necessitando de curas intensivas.*



Assinatura do Médico

DATA: 29/09/03

AUDITOR:
José Zamílio
CRM: 103
CRA: 1
CPF: 000.000.000-00

VICADO

DATA: 28/10/03

Assinatura - CPF



AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA - EVOLUÇÃO

NOME: José maria P. Lemos

REGISTRO: 112163

ENDEREÇO:

LEITO: 09

DIAGNÓSTICO: TCE

IDADE: 24 m

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA	
03/10/03	tarde	<p>Pete intubado sob VM (AIC c/ volume)</p> <p>com parâmetros ventilatórios mantidos.</p> <p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aerossolt. c/ RPPI - Reci. func. resp. - Exec. terap. ind. 	<p>Acab. Paed/ Berenice Mello</p> <p>Assinatura: Berenice Mello</p>
04/10/03		<p>Pete, febre, embols 40s, c/ infi</p> <p>mo pulm. Dado 30 cm H2O</p> <p>c/ RPPI, c/ ad. func. resp. e exec. terap. ind.</p>	
04/10/03		<p>Pete mantém gdo aliv. c/ infi</p> <p>motores (tridu. auxiliares)</p> <p>Motricidade</p>	<p>Mano Rosângela de S. Fisioterapeuta CREFITO-1 CIC 219.633</p>
05/10/03		<p>Paciente com ECG, intubado 2000</p> <p>PSV1 = 2000 FIO2 = 40% PEEP = 10</p> <p>FR/FR = 14/14</p>	<p>MBM SEGURADORA</p> <p>08 AGO 2012</p> <p>Mano Rosângela de S. Fisioterapeuta CREFITO-1 CIC 219.633</p>

Conduta: aerosol c/ RPPI.

Exad. func. resp.

Exerc. terap. ind.

Fisioterapeuta (CREFITO)

Acab. Mariana Souza

06/10/03 Pte em 26 comprometido, atendendo a algumas solicitações, intubado em VM em processo de desmarque. AP: MV & em base direta. Parâmetros: SIMV/V; V: 500; FR: 14/14; peep: 5; pFiO₂: 30%.

ld: aerosol. s/ RPPF.

red. func. resp.

elex. terap. indir.

Acol: Renata M. de Oliveira

Maria Raimunda de S.
Fisioterapeuta
CRFITO 1.6479-F
CIC 219.033.964-15

06/10/03 Paciente foi extubado e encontra-se com uso de máscara de ventilação com O₂ contínuo a 50%.
conduta: aerosol. s/RPPF.

red. func. resp.

elex. terap. ind.

Acol: Flávia Pauletti

Maria Raimunda de Sales
Fisioterapeuta
CRFITO 1.6479-F
CIC 219.033.964-15

06/10/03 Paciente respirando espontaneamente, eupneico. Realiizações aerosol s/RPPF + exercícios terapêuticos + aero-funcional respiratória.

Celvile

07/10/03 Pte respirando espontaneamente c/ auxílio de máscara de ventilação (fio₂ = 50% a 5L/min). Encontra-se eupneico, AP = M(0) em R(17) s/ R.A. conduta: aerosol s/RPPF + red. func. resp. + exerc. terap. indir. Acol: Cláudia, Letícia

Maria Raimunda de S.
Fisioterapeuta
CRFITO 1.6479-F
CIC 219.033.964-15

07/10/03 Pte respirando espontaneamente sob O₂ contínuo (fio₂ 50% a 5L/min) com 7h/min. conduta: aerosol s/ RPPF
exerc. terapêutica
red. fun. resp.
aero-fun. resp.

MEU
MÉDICO
SEGURADOR
ADM
MANISTRO
DE
PRIVATE

celvile. Vanessa localizada.

Ilana Raimunda de Sales
Fisioterapeuta