
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053470

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALISSON DA SILVA AMORIM

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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053470

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALISSON DA SILVA AMORIM

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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200053470

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

Data do Acidente: 10/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISSON DA SILVA AMORIM

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\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALISSON DA SILVA AMORIM

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 001

Agência: 000002369-8

Conta: 0000021327-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200053470 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO COM TRAUMA TORACICO COM PNEUMOTORAX A ESQUERDA E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU III DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA E VENTILATÓRIA. LIMITAÇÃO MODERADA DA FORÇA MUSCULAR DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇÃO SATISFATORIA PARA OS DANOS, MAS COM DEFICT FUNCIONAL DEFINITIVO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 70934043400 Nome completo da vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

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

Nome completo: ALISSON DA SILVA AMORIM CPF: 70934043400
Profissão: AGRICULTOR Endereço: FAZENDA VENTENTES Número: 19 Complemento: CASA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: OROBÓ Estado: PE CEP: 55745-000
E-mail: ende@leitor@bol.com.br Tel. (DDD): (87) 996964979

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BAUO DO BRASIL
AGÊNCIA: 2369 8 CONTA: 21327 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Orobó, PE, 20 de janeiro 2020
Nome: _____ CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Alisson da Silva Amorim
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

SISBB -- SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL

16/01/2020 -- Autoatendimento -- 12:08:06

236970544 0342

TRANSFERENCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

FAVORECIDO

AGENCIA: 2369-8 CONTA: 21.327-6

CLIENTE: ALISSON DA SILVA AMORIM

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200053470
Nome do(a) Examinado(a): Alisson da Silva Amorim
Endereço do(a) Examinado(a): Vertente, S/N Cs
Zona Rural Orobo PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10008958
Data local do acidente: [10/11/2018]
Data local do exame: [19/02/2020] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
POLITRAUMATISMO COM TRAUMA TORACICO COM PNEUMOTORAX A ESQUERDA E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU III DO OMBRO ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM DRENAGEM DO PNEUMOTORAX E TRATAMENTO CONSERVADOR DA LAC. PERMANECU TEMPO PROLONGADO EM SUPORTE DE UTI COM AVM E TRAQUEOSTOMIA
Complicações: ESTENOSE TRAQUEAL E FISTULA TRAQUEOESOFÁGICA ASSOCIADAS A ITR DE REPETIÇÃO. LAC COM INDICAÇÃO CIRURGICA NAO REALIZADO TRATAMENTO DE ESCOLHA.
Data da Alta: 17/12/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA E VENTILATÓRIA. LIMITAÇÃO MODERADA DA FORÇA MUSCULAR DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL AS ESTRUTURAS TORACICAS E MODERADO AO OMBRO ESQUERDO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSAVEIS DE ORDEM AUTÔNOMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR. |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

COPIA AUTENTICA conforme o original
apresentado. DOU FE.Orobó-24/01/2020.
de Mesquita Soares-Escrevente Ao
Cartório: R\$3,17 - TSNR: R\$0,70
FERC: R\$0,35 - FERM: R\$0,04
FUNSEC: R\$0,07 - Total: R\$4,33
Selo(s)0077602.MCG01202001.01383



Consulte a autenticidade em: www.tpo.jus.br/selodigital



Inv.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0211000011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **10:46**

Boletim de ocorrência

Complementa o BO Número: **19E0211000728**



ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2018** às **17:43**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE OROBÓ, 1, SITIO MATINADAS, ZONA RURAL DE OROBÓ - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ANTES DA CAIXA D'AGUA EM MATINADAS**

Local do Fato: **VIA PUBLICA / ESTRADA DE TERRAPLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ DOMINGOS GOMES (OUTRO)
ALISSON DA SILVA AMORIM (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ALISSON DA SILVA AMORIM**

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

ALISSON DA SILVA AMORIM (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA AMORIM Pai: ANTONIO FIRMINO DA SILVA Data de Nascimento: 15/6/1999 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10008968/SDS/PE (RG), 70934043400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE OROBÓ, 1, SITIO GUARANI, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, NA SUBIDA DA PICINA NO VALE DOS LEANDRO (BIO DE PEDRO)

JOSÉ DOMINGOS GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA KGOMES Pai: MANOEL DOMINGOS GOMES Data de Nascimento: 19/4/1962 Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 950031/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE OROBÓ, 1, SITIO CHÃ DO ROCHA, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, PERTO DA IGREJA DE CHÃ DO ROCHA

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OROBO, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ DOMINGOS GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALISSON DA SILVA AMORIM**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KKF8814** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **894210211** Chassi: **9C2KC08607R007344**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA O SR. ALISSON DA SILVA AMORIM, QUEIXANDO-SE QUE NO DIA 10 DE NOVEMBRO DE 2018, ÀS 17:43 HORAS APROXIMADAMENTE, QUANDO TRANSITAVA NA ESTRADA DE TERRAPLANAGEM NO SÍTIO MATINADAS OROBO, NO SENTIDO CHÃO DO ROCHA, NAS PROXIMIDADES, ANTES DA CAIXA D'ÁGUA, DERRAPOU A MOTO HONDA CG 150 TITAN ES, DE PLACA KKF 8814, DE COR VERMELHA DE PROPRIEDADE DO SR. JOSÉ DOMINGOS GOMES; QUE AO CAIR DA MOTOCICLETA QUE O MESMO ESTAVA PILOTANDO, FICOU DESACORDADO (DESMAIADO); QUE CONFORME DECLARAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE NATUBA, O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU (USB-47); QUE FOI ATENDIDO NA USA DE AROEIRAS/PB E SEGUIU TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA EM CAMPINA GRANDE; QUE ASSINA A DECLARAÇÃO CINTHIA RAFAELA DE ARAÚJO NUNES/COORDENADORA/RT; QUE APRESENTA DOCUMENTOS DO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIS GONZAGA FERNANDES/GOVERNO DA PARAIBA/PB. DIANTE DO FATO EXPOSTO SOLICITA DA AUTORIDADE POLICIAL AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER E ASSUME TODA A RESPONSABILIDADE PELA PRESENTE QUEIXA.

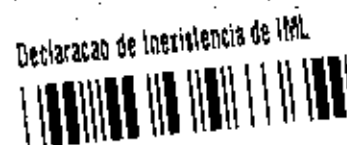
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ALISSON DA SILVA AMORIM
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXSANDRO DE MOURA SILVA** - Matrícula: **273821-0**



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.

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: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALISSON DA SILVA AMORIM

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02369-8

CONTA: 000000021327-6

Nr. da Autenticação 619862D957A7CF9B



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradolider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSÉ DOMINGOS GOMESRG nº 930037data de expedição 02/10/62Órgão SSP-RJCPF nº 020.804.564-37

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>FAZENDA VERTENTES</u>
Número	<u>19</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>PARAÍSO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55745-000</u>
Tel. de contato	<u>1811 996964979</u>
E-mail	<u>enckaj@bol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data:

Jose Domingos Gomes

Assinatura do Declarante

Gomes

**Via para Pagamento**
Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Dados do Cliente

ANTONIO FIRMINO DA SILVA
%> FZ VERTENTES 19 -
ZONA RURAL OROBO/OROBO RURAL -
55745-000 OROBO PE -

Atendimento ao Cliente



CELPE - 116

Atendimento 24 horas.
ANEEL - 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Conta Contrato

004003730765

Nº da Nota Fiscal

092923685

Período de Fornecimento

19/12/2019 a 16/01/2020

Data da Nota Fiscal

16/01/2020

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 24,33

Data de Vencimento

23/01/2020

ANEXOS: 13/04/2016/01/01/004 - ANEXO 02/10/09 - 35 PARQUE/14/05/007 - 167/98 e 929/00 e 929/04

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento	Agência/Cd. Cedente	Espécie	Quantidade	Valor do Documento	(-) Desconto/abatimento
(-) Outras deduções		23/01/2020	3064-3/54427-2	R\$		R\$ 24,33	
Nosso Número	32174750102209426	(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos	Ficha de Caixa	Autenticação Mecânica	
		Nº do Documento	0501741513	Valor Cobrado			
				R\$ 24,33			

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Alíquota: Valor do Imposto: R\$ 0,00

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S/A 001-9 00190.00009 03217.475015 02209.426176 1 81430000002433

Local de Pagamento	Pagável na rede bancária.	Vencimento	CONTRA APRESENTAÇÃO
Cedente	Companhia Energética de Pernambuco - Celpe	Agência/Cód. Cedente	3064-3/54427-2
Data Documento	16/01/2020	Nosso Número	32174750102209426
Nº Documento	0501741513	Valor do Documento	R\$ 24,33
Uso Banco	Carteira 17	Moeda	R\$
Quantidade		Valor	

Instruções

- 1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- 2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
- 3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrada na próx. fatura.
- 4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.
- 5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou Internet.

(-) Desconto/abatimento	
(-) Outras deduções	
(+) Mora/multa p/ dia de Atraso	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	R\$ 24,33

004003730765

Sacado

ANTONIO FIRMINO DA SILVA
07662578408
Sacador/Avalista

PAGAMENTOS COM CHEQUE SOMENTE SERÃO CONSIDERADOS

QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO

Ficha de Compensação Autenticação Mecânica



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Declaração do proprietário do veículo

Eu, JOSÉ DOMINGOS GOMES

RG nº 950031, data de expedição 02/10/82

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 02080456431

com domicílio na cidade de OROBÓ, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

FAZENDA VENTENTES, CHÃO DO ROCHA, nº 79

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ALISSON DA SILVA AMORIM, cujo o condutor era

ALISSON DA SILVA AMORIM

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/CG 750 T, IV Ano: 2006, 2007

Placa: KKF 8814 Chassi: 9C2KCO8507K007344

Data do Acidente: 20/11/2018

Local e Data:

Orrobó, PE, 10 de janeiro 2020



Jose Domingos Gomes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Manoel de Araújo, 20 - Mariporã - Orobó-PE CEP: 55745-300
Fone: (81) 3356-1161 - E-mail: of.oralnico.orobop@sebrae.com

Reconheço, POR AUTENTICIDADE,
a(s) firma(s) de (1) JOSE DOMINGOS GOMES,
Orobó-PE, 10/01/2020. JANETE MARIA DA
SILVA SOARES-ASSISTENTE AO
Cartório: R\$ 3,71 - TSNR: R\$ 0,82 -
FERC: R\$ 0,41 - FERN: R\$ 0,04 -
FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 5,06
Selo(s) 0077602.KGR01202001.00496

Janete

Consulte a autenticidade em: www.cejupb.com.br/pt

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

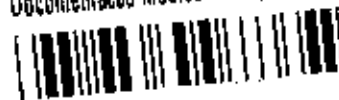
COL

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO

LAUDO MÉDICO

Documentação médico - hospitalar



Declaro para os devidos fins, que o Sr. ALISSON DA SILVA AMORIM, RG Nº 10.008.958 e CPF 709.340.434-00, foi vítima de acidente de trânsito no dia 10/11/2018, sofrendo politraumatismos (TRAUMA TORÁCICO FECHADO, submetido a drenagem torácica, LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR OMBRO ESQUERDO TIPO III DE ROCKWOOD, submetido a tratamento conservador), evolui com infecção respiratória de repetição, estenose traqueal e fistula traqueoesofágica em parede posterior (BRONCOSCOPIA), redução do calibre do terço superior da traqueia (IC DO PESCOÇO), submetido a vários internamentos clínicos, traqueostomia e traqueoplastia. Atualmente apresenta deformidade óssea no ombro esquerdo (sinal da tecla de piano) com déficit da força muscular do MSE, parestesia na face anterior do pescoço e hemitórax esquerdo, disfagia e dispneia aos esforços. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 17/12/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11.730 / RPEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **ALISSON DA SILVA AMORIM**, 20 anos, portador do RG: 10.008.958 e CPF: 709.340.434-00 foi vítima de queda de moto (sem capacete) no dia 10 de Novembro de 2018 às 17h43 em Natuba-PB, recebendo atendimento pela equipe plantonista do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU (USB-47). A vítima encontrava-se na Rodovia entre a cidade de Natuba e o Distrito de Matinadas, a vítima estava inconsciente, alcoolizado, secretivo, sem responder a nenhum tipo de estímulo, escoriações em todo corpo. Realizado o protocolo de atendimento conforme regulação médica e imobilização. Informado a central, a USB 47 seguiu destino a o encontro da USA de Aroeiras-PB a onde o mesmo seguiu para o Hospital de Trauma em Campina Grande. Todo procedimento realizado pela equipe durante o atendimento pré-hospitalar foi de acordo com a orientação do médico regulador da Central de Campina Grande – PB.

Por expressão da verdade, firmo e assino a presente declaração.

Natuba, 01 de Março de 2019.



Cinthia Raraella de Araújo Nunes
RG-PEM-PB 532970-EM

Coordenadora/RT



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente		Prontuário	Ala		Leito	Enfermaria
Alisson da Silva Araújo			Neuro		2	
Data	Hora		Data	Hora		
03.01.19	M	Paciente em EGR, acordado, contatante, expirando em VEIAA, recentemente descanalada. Não apresenta déficit motor, porém está com diminuição da força muscular e hipotrofia. AP: MUA em AHT, SIRA. Conduta: Exercício ativo e o gerado.	04.01	M	Pac em EGR, acordado, e nonmolhado, aag, Velm eficos. Hipotrofia muscular. AP: MUA (sem AHT), SIRA. CF: m. MRP, Cinesia ativa mente, CREFIC 48612-F	
03.01.19	M	Paciente mantém o quadro clínico. Conduta: MUA, MRP, estímulo a tosse e o gerado.	04.01	F	Paciente segue evoluindo em EGR, acordado, em VEIAA, com SDR. AP: MUA e base HT, E, D'RA. CF: posicionamento e cinesia ativa.	
03.01.19	T	Paciente mantém o quadro clínico. Conduta: Cinesioterapia ativa, MUA, MRP, estímulo a tosse e o gerado.	05.01	T	Paciente segue em EGR, acordado, em VEIAA, com SDR. AP: MUA e base HT, E, D'RA. CF: posicionamento e cinesia ativa.	

Urogas vasoativas: () Outros:

Ausculta cardíaca: (☒) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo

Cateter vascular: (☒) Periférico () Central () Dissecção. Localização: NSC Data da punção / /

Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Tipo somático: () Nutrido (☒) Emagrecido () Caquético () Obeso.

Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.

Alimentação: () VO (☒) SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /

Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:

Abdômen: (☒) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:

RHA: (☒) Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados

Eliminação intestinal: (☒) Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:

Eliminação urinária: (☒) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito ml/h.

Aspecto: () Outros: Observações:

INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Condição da pele: () Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:

Coloração da pele: (☒) Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica. Turgor da pele: () Preservado

Condições das mucosas: (☒) Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()

Inclusão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /

Dreno: () Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /

Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /

CUIDADO CORPORAL

Cuidado corporal: () Independente (☒) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:

Higiene corporal: (☒) Satisfatória () Insatisfatória. Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.

Limitação física: (☒) Acamado () Cadeira de rodas () Outro:

SONO E REPOUSO

(☒) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:

4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

Comunicação: () Preservada (☒) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:

() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:

5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

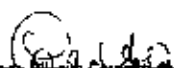
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:

INTERCORRÊNCIAS

Paciente não relata queixas. Apresenta dificuldade na comunicação, porém compreensível. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem.

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:


Rayane Sampaio Carneiro do Nascimento
COREN-PB 557415-ENF

DATA: 04/01/2014

HORA: 08:00 h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alisson da Silva Registro: Leito: 4-2 Setor Atual: neu

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ☒ Consciente ☒ Orientado (☐ Confuso (☐ Letárgico (☐ Torporoso (☐ Comatoso (☐ Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ☒ Isocóricas (☐ Anisocóricas (☐ D>E (☐ E>D ☒ Fotoreagentes (☐ Mióticas (☐ Midríaticas

Mobilidade Física: (☐ Preservada (☐ Paresia (☐ Plegia (☐ Parestesia Local:

Linguagem: (☐ Qual? (☐ Disfonia (☐ Afasia (☐ Disfasia ☒ Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ☒ Espontânea (☐ Cateter Nasal (☐ Venturi % l/min (☐ Traqueostomia (☐ Ayra/Tubo T

(☐ VMNI (☐ VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

☒ Eupnéia; (☐ Taquipnéia (☐ Bradipnéia (☐ Dispnéia (☐ Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☐ Diminuídos (☐ D (☐ E

Ruidos adventícios: (☐ Roncos (☐ Sibilos (☐ Estridor (☐ Outros:

Tosse: (☐ Improdutiva (☐ Produtiva Expectoração: (☐ Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: (☐ D (☐ E (☐ Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: (☐ Visão (☐ Audição (☐ Tato (☐ Olfato (☐ Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

☒ Tranquilo (☐ Agitado (☐ Agressivo. (☐ Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ☒ Regular (☐ Irregular (☐ Impalpável (☐ Filiforme ☒ Chelo.



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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ató			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

Aspects...
650
Pneum...
Polvencas...
34
F...
T...
J...
João César S. Costa
Ortopedista Torácico
CRM 1456

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

[illegible]

UNICAMP - FICHA DE REGISTRO
 VT Ideal: 432 PaO2 Ideal: 100 mmHg
 59 ANOS 52112018 0334 25112018 6

ACIDENTE: POLITRAUMA/HEMOTORAX ESQUERDO

DATA: 16/08/2018 HORA: 16:30 PA: 120/70 PAN: 100% SpO2: 98%
 REAVALIAÇÃO: Paciente em UTI, sob observação, hemodinamicamente estável, sem alterações.

AP: Paciente com sintomas em AHA
 MODOS: R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15, R16, R17, R18, R19, R20, R21, R22, R23, R24, R25, R26, R27, R28, R29, R30, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R37, R38, R39, R40, R41, R42, R43, R44, R45, R46, R47, R48, R49, R50, R51, R52, R53, R54, R55, R56, R57, R58, R59, R60, R61, R62, R63, R64, R65, R66, R67, R68, R69, R70, R71, R72, R73, R74, R75, R76, R77, R78, R79, R80, R81, R82, R83, R84, R85, R86, R87, R88, R89, R90, R91, R92, R93, R94, R95, R96, R97, R98, R99, R100, R101, R102, R103, R104, R105, R106, R107, R108, R109, R110, R111, R112, R113, R114, R115, R116, R117, R118, R119, R120, R121, R122, R123, R124, R125, R126, R127, R128, R129, R130, R131, R132, R133, R134, R135, R136, R137, R138, R139, R140, R141, R142, R143, R144, R145, R146, R147, R148, R149, R150, R151, R152, R153, R154, R155, R156, R157, R158, R159, R160, R161, R162, R163, R164, R165, R166, R167, R168, R169, R170, R171, R172, R173, R174, R175, R176, R177, R178, R179, R180, R181, R182, R183, R184, R185, R186, R187, R188, R189, R190, R191, R192, R193, R194, R195, R196, R197, R198, R199, R200, R201, R202, R203, R204, R205, R206, R207, R208, R209, R210, R211, R212, R213, R214, R215, R216, R217, R218, R219, R220, R221, R222, R223, R224, R225, R226, R227, R228, R229, R230, R231, R232, R233, R234, R235, R236, R237, R238, R239, R240, R241, R242, R243, R244, R245, R246, R247, R248, R249, R250, R251, R252, R253, R254, R255, R256, R257, R258, R259, R260, R261, R262, R263, R264, R265, R266, R267, R268, R269, R270, R271, R272, R273, R274, R275, R276, R277, R278, R279, R280, R281, R282, R283, R284, R285, R286, R287, R288, R289, R290, R291, R292, R293, R294, R295, R296, R297, R298, R299, R300, R301, R302, R303, R304, R305, R306, R307, R308, R309, R310, R311, R312, R313, R314, R315, R316, R317, R318, R319, R320, R321, R322, R323, R324, R325, R326, R327, R328, R329, R330, R331, R332, R333, R334, R335, R336, R337, R338, R339, R340, R341, R342, R343, R344, R345, R346, R347, R348, R349, R350, R351, R352, R353, R354, R355, R356, R357, R358, R359, R360, R361, R362, R363, R364, R365, R366, R367, R368, R369, R370, R371, R372, R373, R374, R375, R376, R377, R378, R379, R380, R381, R382, R383, R384, R385, R386, R387, R388, R389, R390, R391, R392, R393, R394, R395, R396, R397, R398, R399, R400, R401, R402, R403, R404, R405, R406, R407, R408, R409, R410, R411, R412, R413, R414, R415, R416, R417, R418, R419, R420, R421, R422, R423, R424, R425, R426, R427, R428, R429, R430, R431, R432, R433, R434, R435, R436, R437, R438, R439, R440, R441, R442, R443, R444, R445, R446, R447, R448, R449, R450, R451, R452, R453, R454, R455, R456, R457, R458, R459, R460, R461, R462, R463, R464, R465, R466, R467, R468, R469, R470, R471, R472, R473, R474, R475, R476, R477, R478, R479, R480, R481, R482, R483, R484, R485, R486, R487, R488, R489, R490, R491, R492, R493, R494, R495, R496, R497, R498, R499, R500, R501, R502, R503, R504, R505, R506, R507, R508, R509, R510, R511, R512, R513, R514, R515, R516, R517, R518, R519, R520, R521, R522, R523, R524, R525, R526, R527, R528, R529, R530, R531, R532, R533, R534, R535, R536, R537, R538, R539, R540, R541, R542, R543, R544, R545, R546, R547, R548, R549, R550, R551, R552, R553, R554, R555, R556, R557, R558, R559, R560, R561, R562, R563, R564, R565, R566, R567, R568, R569, R570, R571, R572, R573, R574, R575, R576, R577, R578, R579, R580, R581, R582, R583, R584, R585, R586, R587, R588, R589, R590, R591, R592, R593, R594, R595, R596, R597, R598, R599, R600, R601, R602, R603, R604, R605, R606, R607, R608, R609, R610, R611, R612, R613, R614, R615, R616, R617, R618, R619, R620, R621, R622, R623, R624, R625, R626, R627, R628, R629, R630, R631, R632, R633, R634, R635, R636, R637, R638, R639, R640, R641, R642, R643, R644, R645, R646, R647, R648, R649, R650, R651, R652, R653, R654, R655, R656, R657, R658, R659, R660, R661, R662, R663, R664, R665, R666, R667, R668, R669, R670, R671, R672, R673, R674, R675, R676, R677, R678, R679, R680, R681, R682, R683, R684, R685, R686, R687, R688, R689, R690, R691, R692, R693, R694, R695, R696, R697, R698, R699, R700, R701, R702, R703, R704, R705, R706, R707, R708, R709, R710, R711, R712, R713, R714, R715, R716, R717, R718, R719, R720, R721, R722, R723, R724, R725, R726, R727, R728, R729, R730, R731, R732, R733, R734, R735, R736, R737, R738, R739, R740, R741, R742, R743, R744, R745, R746, R747, R748, R749, R750, R751, R752, R753, R754, R755, R756, R757, R758, R759, R760, R761, R762, R763, R764, R765, R766, R767, R768, R769, R770, R771, R772, R773, R774, R775, R776, R777, R778, R779, R780, R781, R782, R783, R784, R785, R786, R787, R788, R789, R790, R791, R792, R79

NOME: ALLISON DA SILVA AMORIM			PRONTUÁRIO: 1771766		
UTI - AZUL	IDADE	19	DUTI	302	LEITO: 06

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA									
11/12/18	• POLITRAUMATISMO → ACIDENTE DE MOTO • TCE GRAVE (LAD) • SEQUELA PÓS - TCE • HEMOTORAX ESQUERDO DRENADO → RETIRADO • PNM ASPIRATIVA • PAV • SIND. DE ABSTINÊNCIA (DEPENDÊNCIA QUÍMICA)									
HD	#EM USO: SEM ATB #FEZ USO: TAZOCIN (De 14/11 a 20/11) /// POLIMIXINA B + AMIKACINA + VANCOMICINA (De 20/11 a 05/12/18) # ANTECEDENTES: ☒ TQT + VMI ☒ AVC (VD) ☒ SNG ☒ SVD ☒ OUTROS:									
DISPOSITIVOS										
CONTROLES 24h		PAS	PAD	FC	FR	SPO2	T°	PVC	HGT	DIURESE
	MAX.	140	88	105	VMI	99%	38,5º	**	159	1800 ML/24H
	MIN.	103	69	70	22/ VM	98%	35,7º	**	127	BH=+ 1102 ML
EVOLUÇÃO MÉDICA	PACIENTE SEGUE EM LEITO COMUM DE UTI, SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, SEM SEDOANALGESIA, TRAQUEOSTOMIZADO. MANTENDO BOM PADRÃO RESPIRATÓRIO, APRESENTANDO PICOS FEBRIS. SEM DESSATURAÇÕES, SEM USO DE DROGAS VASODILATATIVAS OU INOTROPICOS. EVOLUINDO HIPORRESPONSIVO AOS ESTÍMULOS VERBAIS E/OU DOLOROSOS, SONOLENTO, AINDA SECREATIVO, COM NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICEMIAS NORMAIS, DIURESE PRESENTE COM VOLUME SATISFATÓRIO, BALANÇO HÍDRICO POSITIVO E FUNÇÃO RENAL PRESERVADA. #SNC: RASS +1, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTOREAGENTES; #ACV: RCR EM 2T, BCNF, S/S; #AR: MV RUDE, COM RONCOS ESPARSOS. #ABDOM: PLANO, RHA +, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONIAL. #EXTREMIDADES: 56M EDEMAS, TEC < 2 SEG.									
CONDUTA	• CUIDADOS INTENSIVOS • INTENSIFICAR FISIOTERAPIA RESPIRATORIA E MOTORA • PROGREDIR DESMAME DA VMI • SOLICITO RAIOS X DO TORAX									

OBS: - AS 10:40h. Paciente colabora com
respiração espontânea e
sintomas ventuais.

Dr. Jurea Cristiane Gomes Silva
CRM: 102.2167
132.150.714-91

MÉDICO PLANTONISTA

Pele: () Corada (X) Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: (X) ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? - Precordialgia: ()	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: Data da punção: / /	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: () Nutrido (X) Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa (X) Incompleta () Prótese.	
Alimentação: () VO (X) SNG () SNE () Gastronomia () Jejunosomia () NPE. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Prose () Outros:	
Abdômen: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (X) Normotensos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria (X) SVO: Débito 500 ml/h.	
Aspecto: plano () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: () Íntegra (X) Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: () Normocorada (X) Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas. Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo em: / /	
Dreno: () Tipo/Aspecto: IV Débito: Retirado em: / /	
Úlcera de pressão: (X) Estágio: III Local: sacral Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente (X) Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: (X) Satisfatória () Insatisfatória. Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: () Preservada (X) Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo:	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente segue em estado geral grave, traqueostomizada, bastante reclusa, apresenta de início por meio das TV no regime hospitalar, grau II no SARA e grau IV nos exames com presença de microrganismos que são cuidados de enfermagem.	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Alex Pereira de Almeida DATA: 10/12/18 HORA: 08:40 h	
ENFERMEIRO COREN-PB 528559	



SETOR: UTAZUL

ALLISON DA SILVA AMORIM					Enfermaria :UTI AZUL		LEITO: 06		DATA 01/12/2018	
DIAGNÓSTICOS		CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO					
1	Constipação	Abdome distendido ()	Dor à evacuação ()	Outro ()	Diuréticos ()	Desidratação ()	Estresse ()	Outro ()		
		Anorexia ()	Dor abdominal ()		Hábitos de evacuação irregulares ()	5				
2	Nutrição desequilibrada: menos dos que as	Cavidade bucal ferida ()	Odméia ()	Outro (X)	Fatores biológicos ()	Capacidade prejudicada de ingerir os alimentos ()				
		Dor abdominal ()	Mucosas pálidas ()		Fatores psicológicos ()	Outro ()				
3	Déficit no auto cuidado para banho	Incapacidade de acessar o banheiro (X)	Outro ()		Prejuízo neuromuscular (X)	Dor ()	Fraqueza ()	Outro ()		
		Incapacidade de lavar o corpo (X)			Ansiedade ()					
4	Dor aguda	Alterações na pressão sanguínea ()			Outro ()		Agentes lesivos (Ex: Biológicos, químicos, físicos, psicológicos ()			
		Relato verbal de dor ()			Outros ()					
5	Hipertermia	Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais ()			Anestesia ()	Desidratação ()	Trauma ()	Outro ()		
		Taquicardia ()	Taquipnéia ()	Outro ()	Aumento da taxa metabólica ()					
6	Integridade da pele prejudicada	Destruição de camada da pele (X)		Invasão de Estruturas do Corpo ()	Extremos de idade ()		Circulação prejudicada ()			
		Rompiemento da Superfície da pele (X)		Outro ()	Hipotermia ()	Imobilização física ()		Outro (X)		
7	Mobilidade física prejudicada	Dificuldade para virar-se ()	Dispneia ao esforço ()	Outro (X)	Ansiedade ()	Desconforto ()	Rigidez articular ()			
		Movimentos descontrolados ()			Prejuízos músculo esquelético (X)		Desuso ()			
8	Padrão respiratório ineficaz	Alterações na profundidade respiratória ()		Dispneia ()	Ansiedade ()	Dor ()	Fadiga ()	Obesidade ()	Outro (X)	
		Batimento de asa de nariz ()		Otopnéia	Outro (X)					
9	Risco de desequilíbrio eletrolítico				Ascor ()	Queimaduras ()	Vômito ()	Diarreia ()		
					Drenos ()	Outros (X)				
10	Risco de infecção				Aumento da exposição ambiental a patógenos ()		Defesas primárias			
					Inadequadas ()		Procedimentos invasivos (X)		Outro ()	
11	Risco de queda				Mobilidade física prejudicada (X)		Medicações ()			
					Extremos da idade ()		Agitação/Desorientação ()			
12	Padrão do sono prejudicado	Mudança do padrão normal do sono ()		Outro ()	Falta de privacidade/controlado do sono ()		Outro ()			
		Relatos de dificuldade para dormir ()			Ruído ()		Imobilização física ()			
13	Outro									
		Outro								



Nome: Almeida da Silva Almeida Prontuário: 20680369

24105	28005	31105	02106	416	616119	1010619	121413
11.3	10.5	11.6	11.5	12.5	11.3	10.5	12.2
32.3	20.3	33.4	33.4	36.4	32.6	30	35
93.3			95.3	94		91	
			32.8	32		32	
			12.2			11.7	
11600	8000	12500	13100	14300	11300	8140	11100
		2/3/2					
93.61	21.6	58	64.8	65	50%	50%	55
3.42		1.9	3.92				
0.61			0.33			335	
14.9	13.61		23.1		35%		
7.4			7.42				
238000	208000	340000	319000	342000	308000	257000	304000
123/131							
1.13							
33.7							
56.8							

FLUXOGRAMA

Nome: Alisson da Silva Amorim Prontuário: 20680369
20074

09/04	12/4	16/4	20/4	22/4	23/4	24/04	25/04	28/04
8,32	9.8	10.3	11.9	12		7,04	10.7	10,6
28,8	27	28,9	33,1	32,8		19,9	29,3	29,2
88,13		88,11	90,5					90
30,38		35,6	35,9					36,4
17,2	4900							
6250	4500	8400	12,300	14700		5530	6460	3700
-74,3	20.7	-1-				-1-		
0,03	0,02	72,1	81,1	86,9		80,2	82,7	79,8
		0,16	0,31	0,08		0,14	0,33	0,21
18,9	21.6	0,37				0,33		0,34
6,50		18,9		9.9		14,92	13,4	15,6
422,000	346	8,38	6,4	7,2		4,4		4,06
		259	198x	187		10600	13200	143000
4,4	1.22	13,178			14,8/66	20,7/4	163/62	14,468
		1,20			1,35	1,87	3,4	1,3
		270			28,2	31,4		31,4
		279			614	440		
0	0,1		0	4,4			5,9	0,7
25,1	39.2	40,2		40	217,5	25,3	2024	42,5
04	0,3	0,3		0,3	0,3	0,4	04	0,4
138	137	136,4	133	139	141	129,3	135	134
320	3.3	3,3	3,3	3,5	3,1	2,2	4,0	3,1
04,1	95.2	95,2	101	98	99	98,5	00	940
120	12.2			12.2	3,7			8,8/1,6
2,4	2.7			2,4	3,0			2,0
								0,6
								0,4
								0,2
3,3								
3,3		3,3		3,6	3,4			3,4
2,0								

My

RESUMO DE ALTA (REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

RALIDADE:

ISÃO:

DN: 11/10/1972

PROCEDÊNCIA:

ALTA:

PRONT. Nº: 1341673

NATURAS

ivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

ultado dos principais exames

lução e complicações

apêutica realizada

gnóstico (hipotético ou definitivo)

entações médicas para pacientes / egresso

dições de alta

☐ Curado

☐ Transferido para:

☐ A pedido

☐ Óbito

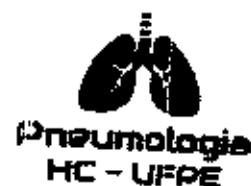
☒ Melhorado

☐ Inalterado

Vivian Kelly R. Costa
MÉDICA



Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas
Enfermaria de Pneumologia



TRATAMENTO REALIZADO:

Meropenem (DO=27/05 - 10/06); Polimixina B (DO: 24/05 - 07/06),

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. 43º DPO de traqueoplastia e correção de fistula traqueoesofágica
2. Pneumonia nosocomial tratada
3. Desnutrição
4. Úlcera de decúbito: sacral em regressão

EXAME FÍSICO NA ALTA HOSPITALAR

Geral: EGB, consciente e orientado, emagrecido, eupneico, hidratado, hipocorado (1+/4+), acianótico, anictérico, afebril.

ACV: RCR em 2T, BNF sem sopros. FC: 80 bpm PA: 110x70

AR: MV+ em AHT, sem R. StO2: 97% AA

ABD: Abdome plano, flácido, depressível, indolor a palpação, s/ VMG. RHA+ e normoativos.

Membros: Sem edemas, sem perfundidos, pantufas livres.

PROGRAMAÇÃO

1. Retorno ao ambulatório de pneumologia dia 10/09/19 às 7h
2. Realizar curativo em PSF em enfermaria geral

Dra. Alessandra Ximenes
Médica
CRM 25023

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alisson da Silva Amorim		DN: 15/06/1999	Idade: 19
Data de Admissão: 25/05/2019	Data de alta hospitalar: 12/06/2019	Registro: 20680369	Enf/Leito: 706 - A

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

HDA:

Paciente 19anos, natural e procedente de Machados - PE, agricultor, vítima de acidente automobilístico em novembro de 2018, com politraumatismo e múltiplos internamentos prolongados, com necessidade de AVM e TQT prolongada. Último internamento há 2m no HQF por tosse, dispneia e engasgo durante alimentação, com perda de peso e infecções do trato respiratório frequentes. Durante investigação foi evidenciada estenose de traqueia e fistula traqueoesofágica posterior. Transferido para este serviço para abordagem junto à cirurgia torácica. ATB: meropenem + amicacina (DO=03/04). Colonizado por pseudomonas em secreção traqueal, sensível a meronem e amicacina, resistente aos demais. Alimentação exclusiva por GTT desde 01/04.

Internado em nosso serviço e avaliado pela cirurgia torácica, foi indicado por eles melhora no status nutricional e pré-operatório para definir abordagem, além de repetir broncoscopia para avaliar mobilidade de cordas vocais e realizar TAC de pescoço e tórax com reconstrução 3D. Em 12/04/19 foi realizada nova broncoscopia com mobilidade preservada das cordas vocais, estenose de traqueia complexa com importante redução traqueal e fistula traqueoesofágica. Paciente evoluía com melhora, quando CCIH orientou suspender amicacina e deixar meropenem 2g 8/8h. Paciente começou a evoluir com piora da tosse produtiva, dispneia e taquicardia. Retornada amicacina em 20/04, paciente foi reavaliado pela cirurgia torácica que orientou não realizar TQT, caso paciente evoluísse para IRpA, sugerindo tubo nº5. Em 23/04/19 paciente evoluiu com IRpA, tentada dilatar estenose com broncoscopia rígido, sem êxito, sendo realizada TQT peri estenose, com saída bastante secreção purulenta. Discutido novamente com CCIH foi optado por associar poli B.

Realizada traqueoplastia em 30/04/19, procedimento ocorreu com êxito, paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem queixas, porém resgatando cultura de secreção traqueal, foi evidenciado acinetobacter, sendo iniciado ampicilina-sulbactam. Repetiu broncoscopia em 08/05/19, com boa cicatrização, sem descência. Paciente evolui com melhora clínica, ganho de peso. Retirado GTT no dia 21/05, reiniciada dieta por via oral no dia seguinte, com boa aceitação e sem queixas de dor. Assim recebeu hospitalar em 22/05 com retorno no dia 29/05 para realização de nova broncoscopia. No entanto retornou em 24/05/19 com quadro de tosse produtiva importante associado a febre (38°C) há 1 dia, assim optado por internamento hospitalar e início de antibioticoterapia (ampicilina-sulbactam e polimixina B - DO=24/05), no entanto discutido esquema com CCIH e optado por suspender amp-subactam e associar meropenem em dose dobrada com a poli B em 28/05. Além disso, realizado broncoscopia em 29/05 e visualizado anastomose íntegra associado a bronquite purulenta moderada, colhido LBA, que veio com Klebsiella ESBL sensível a meropenem (MIC <0,5) e poli B (MIC <0,25), assim mantido esquema durante 14 dias, com boa resposta clínica e laboratorial.

EXAMES COMPLEMENTARES

1. **Broncoscopia (29/05):** Anastomose de traqueoplastia íntegra. Bronquite purulenta moderada (secreção purulenta espessa). Colhido LBA
2. **Cultura do LBA (29/05/19):** Klebsiella ESBL sensível a meropenem (MIC <0,5) e poli B (MIC <0,25)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES

EBSERH

VIDEOLARINGOTRAQUEOBRONCOSCOPIA

NOME: Alisson da Silva Amorim DN: 15/06/1999 PRONT: 2068036-9 DATA: 29/05/2019

INDICAÇÃO: Pos-op de traqueoplastia

SEDACÃO: Lidocaina tópica

ACHADOS

LARINGE: EPIGLOTE, ARITENÓIDES, PREGAS ARIEPIGLÓTICAS E PREGAS VESTIBULARES DE ASPECTO NORMAL. PREGAS VOCAIS COM MOBILIDADE PRESERVADA. COAPTAÇÃO COMPLETA.

TRAQUEIA: CALIBRE PRESERVADO, SEM DESVIOS, AUSÊNCIA DE SECREÇÃO EM QUANTIDADE SIGNIFICATIVA. ANASTOMOSE ÍNTEGRA.

CARINA PRINCIPAL: FINA, CENTRADA E MUCOSA ÍNTEGRA.

ÁRVORE RESPIRATÓRIA: BRÔNQUIOS COM MORFOLOGIA E MUCOSA PRESERVADAS, VISUALIZADO ATÉ SUBSEGMENTOS. MODERADA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTO.

MATERIAL COLETADO: LAVADO BRONCOALVEOLAR EM LOBO MÉDIO, ENCAMINHADO MATERIAL PARA PESQUISA DE GERMES PIOGÊNICOS E BAAR/CULTURA DE MICOBACTÉRIA.

INTERCORRÊNCIAS: NENHUMA

OBS. REALIZADO TOALETE DA ÁRVORE BRÔNQUICA.

CONCLUSÃO

1. ANASTOMOSE DE TRAQUEOPLASTIA ÍNTEGRA.
2. BRONQUITE PURULENTO MODERADA

Carolina Freitas C. Caribé
Pneumologia-Broncoscopia
CRM-PE 16318

CAROLINA FREITAS CRM16318/ THIAGO MATOS CRM 17200

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER COLORIDO

PACIENTE: ALISSON DA SILVA AMORIM

EXAME: RAIOS X OMBRO E AP

DATA: 17/12/2019

SOLICITANTE: DR. ROBERTO DE CASTRO COSTA

CONVÊNIO: PART.

LAUDO RADIOLÓGICO

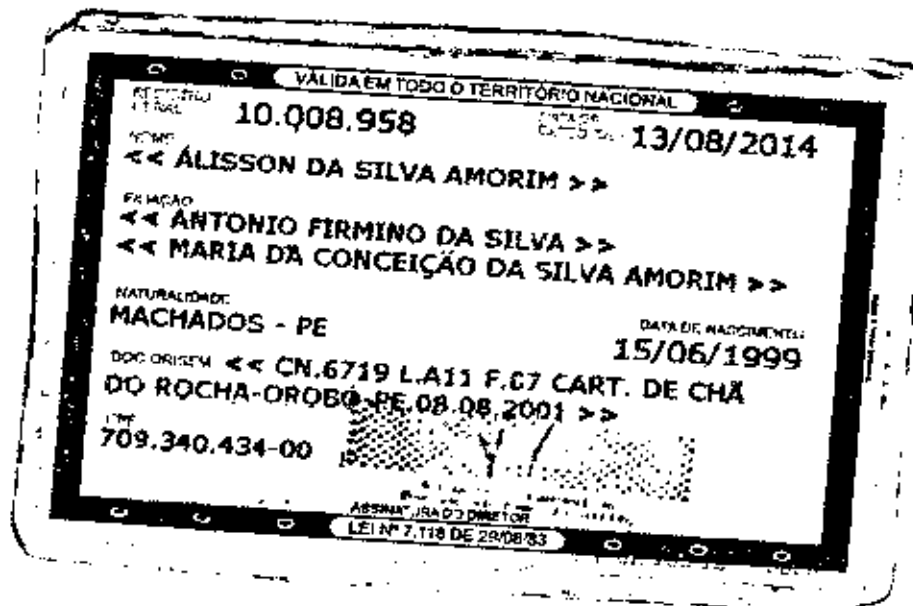
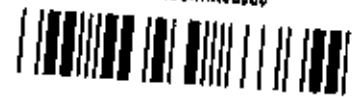
RAIOS X OMBRO E AP

- Luxação acrômio-clavicular.
- Ausência de sinais de fraturas.
- Partes moles sem alterações significativas ao método.

DR. BRUNO ROCHA
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-PB 8291



Documentos de identificação



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº **014482161191**
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 ODD-RENAVAM 894210211 B.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME
JOSE DOMINGOS GOMES

OROBÓ-PE

CPF / CNPJ
020.804.564-31

PLACA
KKF8814

PLACA ANT. - UF
 CLASSI
9C2KC08507R007344

ESPECIE TIPO COMBUST. E
PAS /MOTOCICLETA GASOLINA

BOMBA/CC 150 TITAN RS

CAP / POT / OIL
2P/149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO
 1* *****
 2* *****
 3* *****
 FAIXA IPVA PARCELAMENTO COTAS

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

DATA
09/06/18

OROBÓ
 Antônio Andrews Gomes Ribeiro
 Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº **014482161191** BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE DOMINGOS GOMES 55745-000

CASA OROBO-PE

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 09/06/18

VIA 1 CPF / CNPJ 020.804.564-31 PLACA KKF8814

RENAVAM 894210211 MARCA/MODELO BOMBA/CC 150 TITAN RS

ANO 2006 09 Nº CLASSI 9C2KC08507R007344

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
 ELE É DE PORTO OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder
Consórcio de Seguros

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044229/20

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

CPF: 709.340.434-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/11/2018

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA AMORIM

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

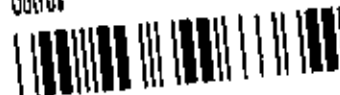
Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



ALISSON DA SILVA AMORIM : 709.340.434-00

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: 31/01/2020

Nome: ALISSON DA SILVA AMORIM

CPF: 709.340.434-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

ALISSON DA SILVA AMORIM

ANDREZA ALVES DA CUNHA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALISSON DA SILVA AMORIM
 DATA DO ACIDENTE 10-11-2018 CPF DA VÍTIMA 70934043400
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALISSON DA SILVA AMORIM
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR FAZENDA VERDENTES
 Nº 79 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE OROURO UF PE CEP 55745-000
 E-MAIL endy@brasil.com.br TELEFONE (81) 996964979

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20-07-2020
 IDENTIDADE 10.089.585-5 PE
 ASSINATURA KALUO SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 24-07-20
 NOME John Lennon de Lima Silva
 ASSINATURA Ag. Correios Comercial
Mat. 8.508.254-6

(CEDULA DE IDENTIDADE)




Assinatura do Portador

Jose Domingos Gomes

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DEPENDENTE
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO CÍVEL 980.031

NOME **JOSE DOMINGOS GOMES**

PAIS **Manoel Domingos Gomes**

MULHER **Josefa Maria Gomes**

Orobó - PE 19/04/1962

NATURALIDADE **Orobó - PE** DATA DO NASCIMENTO **19/04/1962**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE DOMINGOS GOMES

Nº de inscrição
020804564-31

Data do Nascimento
19/04/62

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por tributos, segue o caso previsto na legislação vigente.

Assinatura
Jose Domingos Gomes
JOSE DOMINGOS GOMES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 20/03/84

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200053470 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO COM TRAUMA TORACICO COM PNEUMOTORAX A ESQUERDA E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU III DO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO RESIDUAL DA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA E VENTILATÓRIA. LIMITAÇÃO MODERADA DA FORÇA MUSCULAR DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇÃO SATISFATORIA PARA OS DANOS, MAS COM DEFECT FUNCIONAL DEFINITIVO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/02/2020

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 torácicas, 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200053470 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM LESÃO AXONAL DIFUSA.
TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM HEMOTÓRAX ESQUERDO.
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 07.

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200053470 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM **Data do acidente:** 10/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM LESÃO AXONAL DIFUSA.
TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM HEMOTÓRAX ESQUERDO.
LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 07.

@1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0044229/20

Vítima: ALISSON DA SILVA AMORIM

CPF: 709.340.434-00

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 10/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALISSON DA SILVA AMORIM

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALISSON DA SILVA AMORIM : 709.340.434-00

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: 31/01/2020
Nome: ALISSON DA SILVA AMORIM
CPF: 709.340.434-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ALISSON DA SILVA AMORIM

ANDREZA ALVES DA CUNHA