



Número: **0085769-07.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/09/2021**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VITOR DOMINGOS DA SILVA (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13168 1659	27/04/2023 16:33	<a href="#">2839031_IMPUGNACAO_AO_PERITO_01</a>	Ações processuais\Documento de Comprovação



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B**

**PROCESSO: 00857690720218172001**

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VITOR DOMINGOS DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de abril de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/PE 4246

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/04/2023 16:33:45  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042716334543700000128640059>  
Número do documento: 23042716334543700000128640059

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/04/2023 16:33:45  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042716334543700000128640059>  
Número do documento: 23042716334543700000128640059



Número: **0085769-07.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/09/2021**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VITOR DOMINGOS DA SILVA (AUTOR)	VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13168 1660	27/04/2023 16:33	<a href="#">ANEXO 1</a>	Ações processuais\Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2021

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT:** 3210191163      **Vítima:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**Data do Acidente:** 29/11/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

**Assunto:** REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**Senhor(a),** VITOR DOMINGOS DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/08/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Pag. 00733/00734 - carta\_09 - INVALIDEZ

00020367



Carta nº 17029467



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: VITOR DOMINGOS DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000007387092-5

---

---

Nr. da Autenticação 0D9AC34ACB638D95



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210191163 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VITOR DOMINGOS DA SILVA **Data do acidente:** 29/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/07/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO DO MENTO E LÁBIO INFERIOR.  
FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA.  
FRATURA DO SEIO MAXILAR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA.  
P1 / P2 / P3

**Sequelas permanentes:** POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1

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 crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDIZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 136.038.994-66 4 - Nome completo da vítima: Rilton Domingos da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE): LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Rilton Domingos da Silva 6 - CPF: 136.038.994-66

7 - Profissão: Relizador 8 - Endereço: Rua Nova Constituinte 9 - Número: 100 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Cidade Nova 12 - Cidade: Goiana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000

15 - E-mail: arriesteria.goiana@gmail.com 16 - Tel (DDD) - Nº: 819.82897962

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos Abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 7387092 5

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIV)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhas, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidas: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?  Sim  Não 31 - Vítima tinha irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem ação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A Inatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A Inatura de testemunha

40 - Local e Data, Goiana-PE 20.07.2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Rilton Domingos da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVA DEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 136.038.994-66 4 - Nome completo da vítima: Rilton Domingos da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE) - LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Rilton Domingos da Silva 6 - CPF: 136.038.994-66

7 - Profissão: Relizeiro 8 - Endereço: Rua Nova Constituinte 9 - Número: 100 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Cidade Nova 12 - Cidade: Cuiçama 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000

15 - E-mail: arismaria.gaiama@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (51) 9.82897962

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (101)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Nubank  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: 0001( ) 7387092(5)  
(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Goude Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A Inatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A Inatura de testemunha

40 - Local e Data: Cuiçama-PE 20.07.2021  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rilton Domingos da Silva  
 42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVA DEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 136.038.994-66 4 - Nome completo da vítima: Rilton Domingos da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE) - LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Rilton Domingos da Silva 6 - CPF: 136.038.994-66

7 - Profissão: Relizeiro 8 - Endereço: Rua Nova Constituinte 9 - Número: 100 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Cidade Nova 12 - Cidade: Cuiçama 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000

15 - E-mail: arismaria.gaiama@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (51) 9.82897962

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Nubank  
 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: 0001( ) 7387092(5)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Goude Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A inatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ A inatura de testemunha

40 - Local e Data: Cuiçama-PE 20.07.2021  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Rilton Domingos da Silva  
 42 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_





**BOLETIM DE OCORRENCIA nº 251/2021**

**Versando sobre:** ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Data do ocorrido:** 29/11/2019 por volta das 07:30 da manhã

**Hora e data que a Delegação tomou conhecimento:** 11:30 hs é mim do dia 15/07/2021

**Local do ocorrido:** Caaporã/PB

**COMUNICANTE:**

**Nome:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Naturalidade:** CAAPORÃ/PB

**Idade:** 21 anos

**Data de nascimento:** 17/04/2000

**Estado Civil:** Solteiro

**Profissão:** Motorista

**Identidade nº:** 4.419.473 - SSSDS/PB

**CPF:** 136.038.994-69

**Filiação:** Laudénice Enéia da Silva Araújo

**Endereço:** Rua José Felix, 137 - Pindorama - Caaporã/PB

**Telefone:** (83) 9 9973-5959

**Ponto de Referência:** Bar do Sítio



**HISTORICO:** Que, na data e hora acima citada o noticiante estava indo de moto HONDA/CG150 START, Placa: PDR-9039/PE, Cor: preta, Ano de fab: 2015 Mod: 2015, Chassi: 9C2KC1670FR24266 para casa pela Rodovia PB 034; QUE, entrou um caminhão na frente do noticiante sem dar sinalização nenhuma que ao tentar livrar do caminhão bateu de frente com um ônibus ficando inconsciente; QUE, o noticiante foi socorrido pela equipe do SAMU a qual fizeram os primeiros socorros e levando ao HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEMADOR HUMBERTO LUVENA, o qual de entrada conforme ficha de atendimento de nº 1.207.055, com o seguinte diagnostica Fratura Complexa de Mandíbula, Conforme CID. S02.6. Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

*Vitor Domingos da Silva*

VITOR DOMINGOS DA SILVA  
COMUNICANTE

*Carlos Eduardo de Almeida*  
Carlos Eduardo de Almeida  
Escrivão Ad hoc





**BOLETIM DE OCORRENCIA nº 251/2021**

**Versando sobre:** ACIDENTE DE TRÂNSITO

**Data do ocorrido:** 29/11/2019 por volta das 07:30 da manhã

**Hora e data que a Delegação tomou conhecimento:** 11:30 hs é mim do dia 15/07/2021

**Local do ocorrido:** Caaporã/PB

**COMUNICANTE:**

**Nome:** VITOR DOMINGOS DA SILVA

**Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Naturalidade:** CAAPORÃ/PB

**Idade:** 21 anos

**Data de nascimento:** 17/04/2000

**Estado Civil:** Solteiro

**Profissão:** Motorista

**Identidade nº:** 4.419.473 - SSSDS/PB

**CPF:** 136.038.994-69

**Filiação:** Laudénice Enéia da Silva Araújo

**Endereço:** Rua José Felix, 137 - Pindorama - Caaporã/PB

**Telefone:** (83) 9 9973-5959

**Ponto de Referência:** Bar do Sítio



**HISTORICO:** Que, na data e hora acima citada o noticiante estava indo de moto HONDA/CG150 START, Placa: PDR-9039/PE, Cor: preta, Ano de fab: 2015 Mod: 2015, Chassi: 9C2KC1670FR24266 para casa pela Rodovia PB 034; QUE, entrou um caminhão na frente do noticiante sem dar sinalização nenhuma que ao tentar livrar do caminhão bateu de frente com um ônibus ficando inconsciente; QUE, o noticiante foi socorrido pela equipe do SAMU a qual fizeram os primeiros socorros e levando ao HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEMADOR HUMBERTO LUVENA, o qual de entrada conforme ficha de atendimento de nº 1.207.055, com o seguinte diagnostica Fratura Complexa de Mandíbula, Conforme CID. S02.6. Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica). Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

*Vitor Domingos da Silva*

VITOR DOMINGOS DA SILVA  
COMUNICANTE

*Carlos Eduardo de Almeida*

Carlos Eduardo de Almeida  
Escrivão Ad hoc



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDIZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 136.038.994-66 4 - Nome completo da vítima: Rilton Domingos da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE): LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Rilton Domingos da Silva 6 - CPF: 136.038.994-66

7 - Profissão: Relizador 8 - Endereço: Rua Nova Constituinte 9 - Número: 100 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Cidade Nova 12 - Cidade: Goiana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000

15 - E-mail: arriesteria.goiana@gmail.com 16 - Tel (DDD) - Nº: 819.82897962

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos Abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 7387092 5

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no CIV)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?  Sim  Não 31 - Vítima tinha irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem ação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 A Inatura de testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 A Inatura de testemunha

40 - Local e Data, Goiana-PE 20.07.2021  
Rilton Domingos da Silva  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VITOR DOMINGOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/00
NOME DA MÃE	LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.580
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.207.055
DATA DO ATENDIMENTO	29/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CID 10	S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, no terço inferior do lado direito. Ferimento corto-contuso em região mental e lábio inferior. Avulsão de elementos dentários 12 e 14, com fratura dento-alveolar envolvendo elemento 13. Presença de fratura de ângulo mandibular direito e esquerdo. Presença de fratura de parede posterior de seio maxilar direito. Internação para cirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
TC de face  
TC de torax  
RX de bacia  
RX de ombro direito  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula  
Fratura de maxilar direito

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Odontossíntese. Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula + osteossíntese de fratura de maxilar direito.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/19
DATA DA EMISSÃO:	04/05/21

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1397 - SANTO AMARO DO IPE PE.  
 CEP: 50040-000, Fone: (081) 0800 081 0145  
 Inscrição Estadual: 18.1.001.0014394-2  
 CNPJ: 09.769.035/0001-64  
 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20210510340802 Escritório: GOIANA

**FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO**

DATA DE FÉRIAS: \_\_\_\_\_ Nº Contrato: 6674597 Nº Fatura: 01034080.2 05/2021-3  
 DAYLA DE OLIVEIRA CAMILO LOT NOVA CONSTITUINTE, N. 00100 - CENTRO GOIANA PE 55900-000  
 INSCRIÇÃO: 062.490.520.0642.000 GRUPO: 11 OPÇÃO DÉB. ADICIONADO: 01034080.2

RESERVAÇÃO: \_\_\_\_\_ CONDIÇÃO: \_\_\_\_\_

CONDIÇÃO DE LIGADO	POTENCIAL	RESERVAÇÃO	CONDIÇÃO DE RESERVAÇÃO	RESERVAÇÃO	RESERVAÇÃO
RESERVAÇÃO	RESERVAÇÃO	RESERVAÇÃO	RESERVAÇÃO	RESERVAÇÃO	RESERVAÇÃO

DATA	CONSUMO	ESGOTO	VOLUME
05/05/2021	3		0
03/06/2021			

PARÂMETROS	EXIG. ANEXO XX DA FORT. COM. MS 05/17	ANÁLISE REALIZADAS	ATENDES A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDEZ	38	38	38
CLORO APARENTE	38	38	38
CLORO RESIDUAL	38	38	38
COLIFORMES TOTAIS	38	38	38
E. Coli	38	38	38

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE	5 M3	45,13
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 04/2021		0,90
JUROS DE MORA 01/2021		0,79
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2021		0,11

DEBITAMENTO: 20/06/2021 TOTAL A PAGAR: 46,93

Exibido por: INTERNET Exibido em: 05/06/2021

ATENDIMENTO: 0800-0810195  
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

**Arpe** Agência de Regulação de Pernambuco  
 0800-2813844

VENCIMENTO: 20/06/2021

Nº Fatura: 01034080.2 05/2021-3

CÓDIGO DE BARRAS: 8281000000-3 46930018062-7 01034080201-1 05202130003-0

VENCIMENTO: 46,93

VIA COMPESA  
 AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Tarifa Social de Energia Elétrica Orçamento # 10438 de 2M 432

NOTA FISCAL - FATURA - CUPOM DE CANCELAMENTO - ÚNICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 13.023.326/01-69 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MELICIO DA COSTA LEITE NETO

ENDEREÇO DA UNIDADE  
RUA DO DE CAMARGOS 110

CPF: 214.938.478-19

CENTRO/OBRAMA  
GOIANA/PE  
55000-000

CLASSIFICAÇÃO  
RA COMERCIAL  
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Tráfego

NUMERO DA FATURA: 2431353019  
DATA: 01/2022  
DATA DE CANCELAMENTO: 20/01/2022  
TOTAL A PAGAR: 362,67

DATA DE CANCELAMENTO	TIPO DE CANCELAMENTO	NUMERO DA FATURA
12/31/2021	ÚNICA	0501/2021
05/07/2021	Cancelamento	0501/2021
05/07/2021	Cancelamento	4099/21

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO	UNID.	VALOR UNIT.
Consumo Alívio (WFO)-TUSD	300,0000000	0,4	31088	148,50
Consumo Alívio (WFO)-TE	300,0000000	0,2	29043	116,57
Aplicação Classe AMARELA				0,93
Aplicação Classe VERMELHA				24,57
Contrib. Sane. Pública Municipal				55,83
ICMS Substituição - CDE-NF 130463235-04/1/2022				1,54
Multa por atraso - NF 130463235-04/1/2022				4,88
Juros por atraso - NF 130463235-04/1/2022				1,95
Multa por atraso - NF 130463235-04/1/2022				0,57
<b>TOTAL DA FATURA</b>				<b>362,67</b>

NUMERO DA FATURA	TIPO DA FATURA	DATA	ANEXOS	STATUS	NUMERO DA FATURA	DATA	ANEXOS	STATUS	VALOR
2431353019	CH1	01/2022		EMITIDA	2431353019	01/2022		EMITIDA	362,67

NUMERO DA FATURA	TIPO DA FATURA	DATA	ANEXOS	STATUS	NUMERO DA FATURA	DATA	ANEXOS	STATUS	VALOR
2431353019	CH1	01/2022		EMITIDA	2431353019	01/2022		EMITIDA	362,67





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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 | Ouvidoria: 0800-021-91-35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275409238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização de Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Laura Guilherme Maranhão de Carvalho  
inscrito(a) no CPF/CNPJ 083.562.324, 65, na qualidade de Provedor(a) / Intermediário(a) do Beneficiário  
Vitor Domingos da Silva inscrito(a) no CPF sob o 136.038.994, 66  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Vitor Domingos da Silva  
inscrito(a) no CPF sob o Nº 136.038.994, 66, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duques de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>arrianeira.goiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	
	DDD: <u>(81)9.8289-7962</u>	

Local e Data: Goiana - PE 20.07.21

Assinatura do Declarante

DLDR.L001.V001/2017



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/11/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/11/2019.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Vitor Domingos da Silva.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Trauma de face com ferimento na região mentual e lábio inferior. perda de elementos 12 e 14; fratura deuto alveolar do 13; fratura mandíbula (parte posterior da região molares).	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Sutura de ferimentos + odontossintese Tratamento cirúrgico de fratura Complexo da mandíbula e maxilar direito. fisioterapia motora.	
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM [ ] NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	[ ] SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: [ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA (U) DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA (U) DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL. (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, déficit de força e restrição.
2º de abertura oral limitando
3º a função em 25% (vinte e cinco).
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/07/21 A 20/07/21. E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Copiano PE	DATA 20/07/21.
	ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Aílson F. F. Vieira  
Otorrinolaringologista  
CRM 12674  
SBO 12674





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VITOR DOMINGOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/00
NOME DA MÃE	LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.580
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.207.055
DATA DO ATENDIMENTO	29/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CID 10	S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, no terço inferior do lado direito. Ferimento corto-contuso em região mental e lábio inferior. Avulsão de elementos dentários 12 e 14, com fratura dento-alveolar envolvendo elemento 13. Presença de fratura de ângulo mandibular direito e esquerdo. Presença de fratura de parede posterior de seio maxilar direito. Internação para cirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
TC de coluna cervical  
TC de face  
TC de torax  
RX de bacia  
RX de ombro direito  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula  
Fratura de maxilar direito

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Odontossíntese. Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula + osteossíntese de fratura de maxilar direito.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/19
DATA DA EMISSÃO:	04/05/21

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB


**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Documento de Alta

<b>Nome:</b> VITOR DOMINGOS DA SILVA		<b>Número Prontuário:</b> 119580	
<b>Data de Nascimento:</b> 17/04/2000	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 29/11/2019 18:06:59	<b>Data de Alta:</b> 06/12/2019 11:07:08
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> Paciente em 2 DPO de osteossíntese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscência ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resumo da Internação:</b> Paciente em 2 DPO de osteossíntese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscência ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resultado de Exames:</b> FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Tratamento:</b> OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Diagnóstico:</b> S02.6 - Fratura de mandíbula			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO. REPOUSO SEM ESFORÇO FÍSICO EM CASA. RETORNAR AO SERVIÇO PARA ACOMPANHAMENTO POS OPERATORIO.			

Data: 06/12/2019

  
CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO  
CRM: 2537 - PB





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS</b>	Nº Cons. Regional <b>1590/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 16:16:08</b>	

## ANAMNESE

VISTO RXS SEM SINAIS DE FRATURAS. ALTA DA ORTOPEDIA.

## Conduta

Em observação

*[Faint background text and stamp of Dr. Roberto A. Santos, Traumatologista, CRM 1590]*

Enfermeiro

**ROBERTO ANTONIO DOS SANTOS**  
(: 1590/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>		CNS	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU</b>	Nº Cons. Regional <b>3777/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 16:55:32</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE LIBERADO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES: CD: 1 INTERNAMENTO BMF. 2 PRESCRIÇÃO HOSPITALAR.

## DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: LIQUIDA/ PASTOSA)  
ELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CLONAZEPAM 0,5MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 ML VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,5 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

IBUPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

## CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

ELETROCARDIOGRAMA

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

## Conduta





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINGORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU</b>	Nº Cons. Regional <b>3777/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 15:38:27</b>	

### ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NÃO SABE RELATAR SOBRE EPISÓDIOS DE DESMAIO, NEGA VOMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE, ALEGA VACINAÇÃO ATUALIZADA CONTRA TÉTANO. NO MOMENTO EM EGB, LÓTE, EUPNEICO, NORMOCORADO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR DE FACE DO LADO DIREITO, FCC EM REGIÃO MENTAL E LÁBIO INFERIOR, AVULSÃO DOS ELEMENTOS 12 e 14, COM FRATURA DENTOALVEOLAR ENVOLVENDO ELEMENTO 13. MOBILIDADE A PALPAÇÃO DE REGIÃO POSTERIOR DE MANDÍBULA DO LADO DIREITO. TC: APRESENTA IMAGEM SUGESTIVA DE FRATURA DE ÂNGULO MANDIBULAR DIREITO E PAREDE POSTERIOR DE SEIO MAXILAR, cã: 1 SUTURA + ODONTOSSINTESE 2 AGUARDO LIBERAÇÃO DA ORTOPEDIA PARA INTERNAMENTO PELA BMF

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

RODOLFO TORRES SOARES BOULITREAU  
(: 3777/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>12150/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 12:33:10</b>	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVE ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA. TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALÉRGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITÉTÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO → TC TÓRAX SEM HEMO/PNEUMOTÓRAX OU OUTRA CONDIÇÃO QUE INDIQUE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. FAST NEGATIVO. SEGUE EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, COM MELHORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. INFORMA VACINAÇÃO ANTITÉTÂNICA ATUALIZADA. ENCAMINHO À SALA DE SUTURA. ALTA DA CIRURGIA GERAL. AGUARDA BMF E ORTOPEDIA.

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro

**DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA**  
(CRM: 12150/PB)

Letim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente VITOR DOMINGOS DA SILVA	BAE 1207055	Data/Hora Entrada 29/11/2019 09:01:37	Data Baixa
Data de nascimento 17/04/2000	Idade 19a 7m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991652403
Mãe LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO	Bairro PINDORAMA	Município CAAPORA	Prontuário
Endereço JOSE FELIX DANTAS, 137	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE RAMALHO DA SILVA NETO	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		Data/Hora Prescrição 29/11/2019 11:38:54	Nº Cons. Regional 77703/PB
Data/Hora Classificação 29/11/2019 09:01:37			

## ANAMNESE

#### NEUROCIRURGIA ##### TCE LEVE JOVEM VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM USO DE CAPACETE, APRESENTA-SE COM BOM ESTADO GERAL, SEM RELATO DE CEFALEIA OU OUTROS COMEMORATIVOS. # CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORATIVO GLASGOW 15, ISOCÓRICO # TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL # - SEM LESÕES AGUDAS INTRACRANIANAS - # CONDUTA # ALTA DA NEUROCIRURGIA

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

  
JOSE RAMALHO DA SILVA NETO  
(CRM: 77703/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE 1207055	Data/Hora Entrada 29/11/2019 09:01:37	Data Baixa
Data de nascimento 17/04/2000	Idade 19a 7m 12d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991652403
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO</b>	Nº Cons. Regional <b>2882/PB</b>
Data/Hora Classificação 29/11/2019 09:01:37		Data/Hora Prescrição 29/11/2019 09:19:49	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO. SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVÉ ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA. TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALERGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITETÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO

## MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

## MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

SUTURA DE FERIMENTO

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Arley Gomes da Silva  
16/11/2019  
Cranio-Face/2019

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO  
(: 2882/PB)



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 29/11/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 29/11/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Vitor Domingos da Silva.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Trauma grave de face com ferimento no mento e lábio inferior; perda de elementos dentários 12 e 14; fratura alveolar 13; fratura de mandíbula e Sio Maxilar	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula e maxila direita Sutura de ferimentos + odontossintese Fisioterapia Motora 20 sessões.	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÓMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Aggravamento do déficit com
2º piora do quadro doloroso e restrição
3º de abertura bucal e força de
4º mastigação. Limitando na função
5º em 50% (cinquenta).

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/07/21 24/08/21 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS	ASSINATURA E CARIMBO Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Ortopedia - Odontologia CRM-PE 6913 (CRM-PE 17008) CBO 3120114
Local: Goriama	DATA: 24/08/21





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO  
Em: 06/12/2019 11:01:28

Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>6d 16h 55min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>7d 2h</b>	Permanência no Leito: <b>2d 20h 28min</b>	

**EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 06/12/2019 11:01:23)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Paciente em 2 DPO de osteossintese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrencias. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE.

Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscencia ou infecção.

CD.

1- Orientações

2- Prescrição para casa

3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537



Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>5d 19h 31min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>6d 4h 36min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 23h 4min</b>	

EVOLUÇÃO: HIDRATAR PELE APÓS BANHO (10 - 22)

#### DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

#### DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO: REGISTRAR FÁCEIS DE DOR (ATENÇÃO) , REGISTRAR CARACTERÍSTICAS E INTENSIDADE DA DOR (ATENÇÃO)

#### INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: INFORMAR O PACIENTE SOBRE OS PROCEDIMENTOS ANTES DE EFETUA-LOS (CIENTE)

#### NÁUSEA E VÔMITO

EVOLUÇÃO: ATENTAR E COMUNICAR QUEIXAS (CIENTE)

#### PADRÃO ALIMENTAR

EVOLUÇÃO: ELEVAR CABECEIRA DE 60° A 90° DURANTE AS REFEIÇÕES E MANTÊ-LA 30 MIN APÓS O TÉRMINO

#### RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO) , REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

#### PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

EVOLUÇÃO: ORIENTAR E ESTIMULAR INGESTA LIQUIDA, SALVO SE HOUVER RESTRIÇÃO HÍDRICA (CIENTE)

#### PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

#### RISCO DE QUEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LEITO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

#### RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO) , REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO) , OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO

Número Conselho: 574274

#### DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO - 05/12/2019 13:37:31)

#### AVALIAÇÃO INICIAL

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

#### SISTEMA NEUROLÓGICO

DIAGNÓSTICO: ANSIEDADE (CHORO, ANGÚSTIA, MEDO, NEGAÇÃO) , RISCO DE QUEDA (AGITAÇÃO, DESORIENTAÇÃO)





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VITOR DOMINGOS DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	17/04/00
NOME DA MÃE	LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	119.580
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.207.055
DATA DO ATENDIMENTO	29/11/19
HORA DO ATENDIMENTO	09:01
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA
CID 10	S02.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, no terço inferior do lado direito. Ferimento corto-contuso em região mentual e lábio inferior. Avulsão de elementos dentários 12 e 14, com fratura dento-alveolar envolvendo elemento 13. Presença de fratura de ângulo mandibular direito e esquerdo. Presença de fratura de parede posterior de seio maxilar direito. Internação para cirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de cranio  
TC de coluna cervical  
TC de face  
TC de torax  
RX de bacia  
RX de ombro direito  
RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura complexa de mandíbula  
Fratura de maxilar direito

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimentos. Odontossíntese. Tratamento cirurgico de fratura complexa de mandíbula + osteossíntese de fratura de maxilar direito.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/19
DATA DA EMISSÃO:	04/05/21

  
Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO






**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> VITOR DOMINGOS DA SILVA		<b>Número Prontuário:</b> 119580	
<b>Data de Nascimento:</b> 17/04/2000	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 29/11/2019 18:06:59	<b>Data de Alta:</b> 06/12/2019 11:07:08
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> Paciente em 2 DPO de osteossíntese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscência ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resumo da Internação:</b> Paciente em 2 DPO de osteossíntese de fratura de angulo mandibular direito e dentoalveolar em maxila, reduzido e fixado sob anestesia geral, sem intercorrências. No momento paciente consciente, orientado, normocorado, eupneico, verbalizando, deambulando, em BEG e LOTE. Ao exame físico, edema compatível com procedimento cirúrgico em regressão, suturas em posição, sem sinais de deiscência ou infecção. CD. 1- Orientações 2- Prescrição para casa 3- Alta CTMBF com retorno para 7 dias.			
<b>Resultado de Exames:</b> FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Tratamento:</b> OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DENTO-ALVEOLAR EM MAXILA			
<b>Diagnóstico:</b> S02.6 - Fratura de mandíbula			
<b>Recomendações:</b> TOMAR MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO. REPOUSO SEM ESFORÇO FÍSICO EM CASA. RETORNAR AO SERVIÇO PARA ACOMPANHAMENTO POS OPERATORIO.			

Data: 06/12/2019

  
CLARISSA BARBOSA CAMPELO  
GALVAO  
CRM: 2537 - PB



Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saida
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>5d 19h 31min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>6d 4h 36min</b>	Permanência no Leito: <b>1d 23h 4min</b>	

EVOLUÇÃO: HIDRATAR PELE APÓS BANHO (10 - 22)

#### DÉFICIT NEUROLÓGICO

EVOLUÇÃO: REGISTRAR ALTERAÇÕES DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA S/N (ATENÇÃO)

#### DOR

NÍVEIS DE DOR: LEVE

EVOLUÇÃO: REGISTRAR FÁCEIS DE DOR (ATENÇÃO), REGISTRAR CARACTERÍSTICAS E INTENSIDADE DA DOR (ATENÇÃO)

#### INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA

EVOLUÇÃO: INFORMAR O PACIENTE SOBRE OS PROCEDIMENTOS ANTES DE EFETUA-LOS (CIENTE)

#### NÁUSEA E VÔMITO

EVOLUÇÃO: ATENTAR E COMUNICAR QUEIXAS (CIENTE)

#### PADRÃO ALIMENTAR

EVOLUÇÃO: ELEVAR CABECEIRA DE 60° A 90° DURANTE AS REFEIÇÕES E MANTÊ-LA 30 MIN APÓS O TÉRMINO

#### RISCO PARA INFECÇÃO

EVOLUÇÃO: COMUNICAR E REGISTRAR AUMENTO DE TEMPERATURA (ATENÇÃO), REGISTRAR PRESENÇA DE SINAIS FLOGÍSTICOS (ATENÇÃO)

#### PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

EVOLUÇÃO: ORIENTAR E ESTIMULAR INGESTA LIQUIDA, SALVO SE HOUVER RESTRIÇÃO HÍDRICA (CIENTE)

#### PADRÃO DE SONO PREJUDICADO

EVOLUÇÃO: PROMOVER AMBIENTE FAVORÁVEL AO SONO (ATENÇÃO)

#### RISCO DE QUEDA

EVOLUÇÃO: MANTER AS GRADES DO LEITO SEMPRE ELEVADAS (ATENÇÃO)

#### RISCO PARA FLEBITE

EVOLUÇÃO: TROCAR SITIO DE AVP A CADA 72H (ATENÇÃO), REALIZAR ANTISSEPSIA DOS DISPOSITIVOS DE ACESSO COM ÁLCOOL A 70% COM 3 MOVIMENTOS DE 360° (ATENÇÃO), OBSERVAR E COMUNICAR SINAIS FLOGÍSTICOS NO LOCAL DE INSERÇÃO DE CATETERES, DRENOS E F.O. (ATENÇÃO)

Seção: POSTO IA - ENF 5 Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO

Número Conselho: 574274

### DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM (LARISSA LIRA DE FIGUEIREDO - 05/12/2019 13:37:31)

#### AVALIAÇÃO INICIAL

DIAGNÓSTICO: RISCO DE INFECÇÃO

#### SISTEMA NEUROLÓGICO

DIAGNÓSTICO: ANSIEDADE (CHORO, ANGÚSTIA, MEDO, NEGAÇÃO), RISCO DE QUEDA (AGITAÇÃO, DESORIENTAÇÃO)









RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

*Handwritten note:* 19/04/2023  
Dra. Renata

NOME: VITOR DOMINGOS DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1207055  
 IDADE: 19 SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 04.12.19  
 CLÍNICA /SETOR: BMF EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE COMPLEXA DE MANDÍBULA E MAXILA

CIRURGIÃO: DRA RENATA DANTAS 1º ASS: DR RODOLFO TORRES  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: DR TIERRES  
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: 8:00 TÉRMINO: 11:30H

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA	
FRATURA DE MAXILA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE COMPLEXA DE MANDÍBULA	
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE MAXILA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO  
 DESCRIÇÃO: SIM  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 04.12.19

*Handwritten signature:* Dra. Renata Moura Xavier  
 Cirurgia Bucocomaxilar  
 CRM: \_\_\_\_\_





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

*Bat/1024*



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SEGUE  
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>			Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>12150/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 12:33:10</b>	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVE ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA. TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALÉRGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITETÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO → TC TÓRAX SEM HEMO/PNEUMOTÓRAX OU OUTRA CONDIÇÃO QUE INDIQUE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. FAST NEGATIVO. SEGUE EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, COM MELHORA DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. INFORMA VACINAÇÃO ANTITETÂNICA ATUALIZADA. ENCAMINHO À SALA DE SUTURA. ALTA DA CIRURGIA GERAL. AGUARDA BMF E ORTOPEDIA.

## Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*OS/11/2019-1000  
DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA  
ENIS 12/11/2019 12:33:10*

Enfermeiro

**DIEGO ARLEY GOMES DA SILVA**  
(CRM: 12150/PB)

Letim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE RAMALHO DA SILVA NETO</b>	Prontuário
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 11:38:54</b>	UF <b>PB</b>
			Nº Cons. Regional <b>77703/PB</b>


### ANAMNESE

### NEUROCIRURGIA ### TCE LEVE JOVEM VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM USO DE CAPACETE, APRESENTA-SE COM BOM ESTADO GERAL, SEM RELATO DE CEFALEIA OU OUTROS COMEMORATIVOS. # CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORATIVO GLASGOW 15, ISOCÓRICO # TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E COLUNA CERVICAL # - SEM LESÕES AGUDAS INTRACRANIANAS - # CONDUTA # ALTA DA NEUROCIRURGIA

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

  
JOSE RAMALHO DA SILVA NETO  
(CRM: 77703/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 29/11/2019 09:02:09







Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>	BAE <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19a 7m 12d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991652403</b>
Mãe <b>LAUDENICE ENEIA DA SILVA ARAUJO</b>	Bairro <b>PINDORAMA</b>	Município <b>CAAPORA</b>	Prontuário
Endereço <b>JOSE FELIX DANTAS, 137</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/11/2019 09:19:49</b>	Nº Cons. Regional <b>2882/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/11/2019 09:01:37</b>			

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDO PELO SUPORTE AVANÇADO DO SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA COM RELATO DE COLISÃO MOTO X ÔNIBUS SEM MAIORES DETALHES SOBRE O EVENTO. MÉDICO SOCORRISTA DR. DANILO INFORMA QUE O MESMO APRESENTAVA AS CONDIÇÕES ATUAIS AO SER ENCONTRADO NA CENA, VIDE ABAIXO. DURANTE TRANSPORTE, FEITO 1000 ML DE RINGER POR REGISTRO DE HIPOTENSÃO 90X70 MMHG. A: VIA AÉREA PÉRVIA, TRAUMA DE FACE COM SINAL DE SANGRAMENTO RECENTE EM CAVIDADE ORAL, PACIENTE AGITADO, RETIROU O PRÓPRIO COLAR CERVICAL ANTES DO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DO HETSHL. B: TÓRAX INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO DO ARCABOUÇO TORÁCICO, EUPNEICO, SPO2 99% AR AMBIENTE. C: ABDÔME FLÁCIDO, INDOLOR, PELVE ESTÁVEL. FC 79 BPM. PULSOS DISTAIS CHEIOS. D: GCS 13, AGITADO, PROTEGENDO VIA AÉREA. E: DOR EM OMBRO E BRAÇO DIREITO À PALPAÇÃO, COM FCC EM PERNA ESQUERDA. TRAUMA DE FACE COM LACERAÇÃO DE LÁBIO INFERIOR E EDEMA NEGOU ALERGIA. CD: 1. TC TÓRAX + USG FAST. 2. TC CRÂNIO + COL. CERVICAL + NCR. 3. TC FACE + BMF. 4. RX BACIA + MSD + PERNA ESQUERDA 5. AGUARDO LIBERAÇÃO DE SALA DE SUTURA. 6. PROFILAXIA ANTITETÂNICA. RESIDENTE: MR1 DIEGO

## MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

## MEDICAÇÃO NÃO PADRÃO

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5G/100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL - NP

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO  
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA  
SUTURA DE FERIMENTO

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

Arley Gomes da Silva  
MÉDICO  
Cristina A. A. 2150

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO  
(: 2882/PB)





Nome <b>VITOR DOMINGOS DA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1207055</b>	Data/Hora Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>17/04/2000</b>	Idade <b>19</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>165749342820004</b>	Prontuário <b>119580</b>
Tempo de Internação <b>2d 16h 11min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>29/11/2019 09:01:37</b>	Data Internação <b>29/11/2019 18:06:59</b>	Permanência na Unidade: <b>3d 1h 16min</b>		Permanência no Leito: <b>2d 16h 2min</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO - 02/12/2019 09:45:41)**

**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE em 3º DIH, CURSANDO COM FRATURA DE ANGULO MANDIBULAR DIREITO E DENTO ALVEOLAR SUPERIOR D. EVOLUI BEG e LOTE, EUPNEICO, DEAMBULANDO COM DIFICULDADE, ACIANÓTICO, AFEBRIL, ANICTÉRICO, AFEBRIL AO TOQUE, ACEITANDO DIETA VO, NECESSIDADES FISIOLÓGICAS EM NORMALIDADE. AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM HEMIFACE D COMPATÍVEL COM QUADRO, SUTURAS INTRA E EXTRAORAIS EM POSIÇÃO E SEM SINAL DE INFECÇÃO E OU DEISCÊNCIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, DISTOPIA OCLUSAL, ODONTOSSÍNTESE EM POSIÇÃO EM MAXILA D, COM MOBILIDADE À PALPAÇÃO E HIGIENE ORAL REGULAR. CD: 1) EXAME CLÍNICO 2) PRESCRIÇÃO 3) AGUARDA REGRESSÃO DE EDEMA PARA PLANEJAMENTO CIRÚRGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 012  
Profissional responsável pela informação: CLARISSA BARBOSA CAMPELO GALVAO

Número Conselho: 2537





## PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Vitor Domingos da Silva  
RG/CNH/CTPS: 4.418.473  
CPF: 136.038.994-66  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: solteiro  
End: lot. nova constituinte, 100, cidade nova, Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.  
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE  
CPF: 083.562.324-65  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Casado  
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 53900-000

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Vitor Domingos da Silva.

ACIDENTE: 29.11.19  
COBERTURA: Inteiro

Goiana - PE, 20 de julho de 2021.

Vitor Domingos da Silva

Assinatura por Autenticidade



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0149184/21

Número do Sinistro: 3210191163

Vítima: VITOR DOMINGOS DA SILVA

CPF: 136.038.994-66

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/11/2019

Titular do CPF: VITOR DOMINGOS DA SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

**VITOR DOMINGOS DA SILVA : 136.038.994-66**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 26/08/2021  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

\_\_\_\_\_  
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2021  
Nome: Jose Soares da Silva Filho  
CPF: 194.764.344-49

\_\_\_\_\_  
Jose Soares da Silva Filho

