
Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200327770

Vítima: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Data do Acidente: 05/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

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, contados 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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200327770

Vítima: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Data do Acidente: 05/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

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 Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200327770

Vítima: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Data do Acidente: 05/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS**

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

Banco: **004**

Agência: **000000186**

Conta: **00000125247-5**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200327770

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Data do acidente: 05/06/2020

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com contusões bitemporais, hematoma subdural frontotemporoparietal bilateral, fratura frontal à direita

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta marcha anormal, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, dano cognitivo-comportamental alienante. Apresenta distúrbio de equilíbrio com Romberg positivo e déficit cognitivo residual

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com medicação, repouso, sem fisioterapia. Alta hospitalar em 22/06/2020

Sequelas permanentes: Deficit funcional residual em SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/09/2020

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: o exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em SNC, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 062.365.643-45 4 - Nome completo da vítima: Luis Augusto de Nogueiras

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

5 - Nome completo: Luis Augusto de Nogueiras 6 - CPF: 062.365.643-45
 7 - Profissão: recusado 8 - Endereço: Rua Candido Mendes 9 - Número: 280 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Itaitinga 12 - Cidade: Itaitinga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61880-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (85) 988994932

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Banco do Nordeste
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 00186 CONTA: 125247 5
(Informar o dígito se existir) (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 presencial, caso necessário, às custas 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 - 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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - 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: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, Fortaleza/CE
+ Luis Augusto de Nogueiras

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: N° 20026758B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br **Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.**



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FF664C480323F2C8CAE0FAC.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 05/06/2020 Hora: 14:15 Município: MARACANAU/CE
BR: 020 KM: 420,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: D. NOBREGA, 1462421

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Dupla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reto	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO
DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

De acordo com levantamento físico do local do acidente e informações coletadas, V1, Ambulância do SAMU retornava após ocorrência para Acarau, quando ao se aproximar do Km420 da BR222, Anel Viário, foi surpreendido por v2, motocicleta, que mudou de faixa da direita para esquerda, passando a frente de v1 e reduzindo a velocidade. com a manobra, v1 colidiu na traseira de v2, vindo a derrubar o motociclista e passageiro causando lesões graves aos dois.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobota/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261F7664C4B0323F2CBC6E0FAC.

191

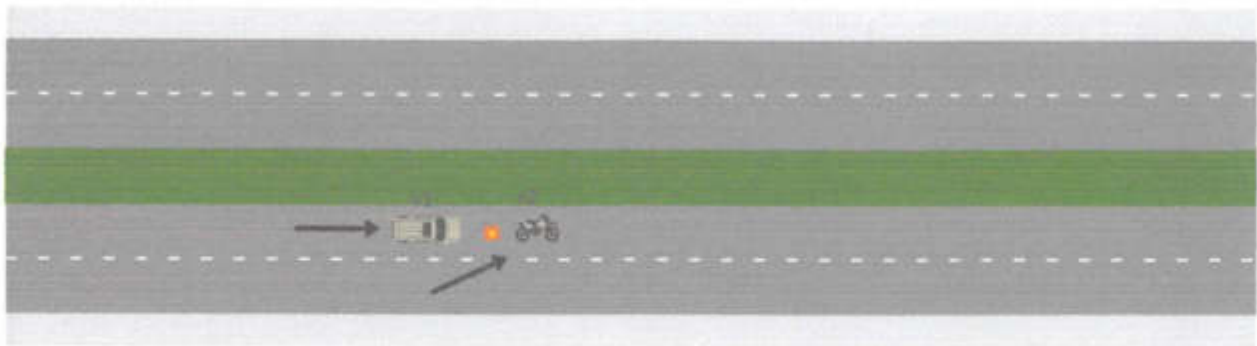


BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local desfeito



Fortaleza-CE

Maracanaú-CE

AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
Polícia Civil	05/06/2020 14:15	

V1 - VEÍCULO 1 - POU6186 - CAMINHONETE

V1 - Informações

Placa: POU6186 Marca/modelo: IVECO/DAILY35S14 REV AMB Renavam: 01198324365
 Ano fabricação: 2018 Chassi: 93ZK35B01K8483919 Tipo de veículo: Caminhonete
 Espécie: Especial Categoria: Oficial Cor: Branca
 Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento



Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
 A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FT664C4B0323F2CBC6E0FAC.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / IVECO/DAILY35S14 REV AMB

Placa: POU6186

Nº BOAT: 20026758B01

Nome do Agente: D. NOBREGA

Matrícula do Agente: 1462421

Data: 05/06/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle: 5491261FF664C4B0323F2C8C6EDFAC.

191



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FF664C4B0323F2CBC6E0FAC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

V1C - Termo de Declaração de Envolvido

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
EMERGÊNCIA 191

TDE

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE: Policial Cidadão Profissional Outros

Nome: **CLAYTON CARNEIRO SOARES** Nº: **002.130.023.98**

Endereço: **AVENIDA JOSE DE SAUSSE** Nº: **10/362/1982**

Cidade: **BOA VISTA** UF: **PA**

Profissão: **PROFESSOR**

Assinatura: **CLAYTON CARNEIRO SOARES** Nº: **24191418-0682**

AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO SÃO DE INTÉGRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.
A INSCRIÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME ART. 297 E 298 DO CP

0 MOTOCICLISTA - DAVILA JOSE CRISTO DIAMANTINO ENTROU NA FAIXA DE COBERTURA POR ESTACIONAR A BU. EM JUNTA NA ESQUERDA

1 OBRIGADA SENTIDA DADA SINAL ACABOU APOIANDO SEUS OMBROS

0 ACIDENTE EM ENTRADA MORTO CASADO E 08 ESTAVA VIVENDO

Assinatura: *Clayton Soares* Nº: **24191418**



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobta/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FF664C4B032F2CBC6E0FAC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

V2 - VEÍCULO 2 - OIC2625 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

Placa: OIC2625 Marca/modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Ano fabricação: 2012 Chassi: 9C2KC1680CR462020

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Renavam: 00472452134

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Preta



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.fgov.br/novotba/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FF64C4B0323F2CBC6EDFAC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / HONDA/CG150 FAN ESDI

Placa: OIC2625

Nº BOAT: 20026758B01

Nome do Agente: D. NÓBREGA

Matrícula do Agente: 1462421

Data: 05/06/2020

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Média

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL
ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. NÓBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FF644C4B0323F2C8C6E0FAC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

V2 - Proprietário

Nome: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA

CPF/CNPJ: 778.254.113-15

Email:

Telefone:

Endereço: ITAITINGA-CE

V2C - CONDUTOR DE V2 - LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

V2C - Informações

Nome: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Data de Nascimento: 28/08/1992

CPF: 062.365.643-45

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Morreu após remoção: Não

Usava capacete: Sim

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: A

Primeira habilitação: 30/07/2019

Nº Registro: 07305473681

UF: CE

Vencimento da habilitação: 29/07/2020

Motorista profissional: Não

Observações CNH: 99

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA 4 RES BR 11 ALTOS, 55, BARROCAO, DIAMANTE DOESTE-PR

Telefone:

Email:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Condutor com lesões graves sendo removido pela USA 142 do SAMU para IJF

V2P1 - PASSAGEIRO 1 DO V2 - EFIGENIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

V2P1 - Informações

Nome: EFIGENIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 21/05/1979

CPF: 859.761.301-78

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Morreu após remoção: Não

Usava capacete: Sim

V2P1 - Dados do Contato



Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FF664C4B0323F2CBC6E0FAC.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20026758B01

Endereço: SANTOS, 123, JARDIM DAS CEREJEIR, ATIBAIA-SP

Telefone: 001195585440

Email:

V2P1 - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico

Tipo de Receptor: SAMU

Informações complementares: Removido pelo SAMU para o IJF



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D. NOBREGA, matrícula 1462421, Policial Rodoviário Federal, em 09/06/2020, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 20026758B01 e o número de controle 5491261FF664C4B0323F2CBCAEDFAC.

191

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 062.365.643-45 4 - Nome completo da vítima: Luis Augusto de Nogueiras

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

5 - Nome completo: Luis Augusto de Nogueiras 6 - CPF: 062.365.643-45
 7 - Profissão: recusado 8 - Endereço: Rua Candido Mendes 9 - Número: 280 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Itaitinga 12 - Cidade: Itaitinga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61880-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (85) 988994932

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Banco do Nordeste
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 00186 CONTA: 125247 5
(Informar o dígito se existir) (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 presencial, caso necessário, às custas 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 - 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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - 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: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza/CE
+ Luis Augusto de Nogueiras

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao Sr. **LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS**, portador do RG n.º 7676780, MTPS-CE, inscrito no CPF n.º 062.365.643-45, dia 05/06/2020, às 13h30, Município de Maracanaú-CE, na Rodovia Quarto Anel Viário, próximo ao MAX, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e ambulância, sendo removida para **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES**, **ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 21 de agosto de 2020.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 Admissão: 05/06/2020 14:32
 Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
 Pront.: 5669221 Data Nasc.: 28/08/1992 Idade: 28 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
 Sexo: Masculino RG: Município: ITAITINGA
 CEP 61880000 Bairro: BARROCAO
 Endereço: CANDIDO MERELY

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador ANDRESSA CARIOCA BEZERRA COREN:314132 Horário 05/06/2020 14:36
 Queixa: HISTÓRIA DE SÍNCOPE, AGITAÇÃO E NÁUSEAS APÓS COLISÃO MOTO-CARRO. QUEIXA-SE DE
 CEFALEIA. LACERAÇÃO EM REGIÃO FRONTAL.
 Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
 Discriminador: TCE
 Autoagressão: Não
 Sato02: 99 Glasgow: Temp.: 36,2 Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: 74 PA: 137X80 FR: 17

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: DIEGO FONSECA CORDEIRO CRM: 15130 Nº: 634940 Horário 05/06/2020 14:37
 Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 6
 Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
 Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

POCTE COM QUADRO DE SINCOPE ASSOCIADO A NAUSEAS APOS COLISAO MOTO X CARRO; APRESENTA AINDA
 LESAO CORTO CONTUSA EM REGIAO FRONTAL. NEGA ALERGIAS
 CONSCIENTE
 AGITADO
 POUCO COOPERATIVO

SOLICITAÇÃO DE PROTOCOLO - IN
 RAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 09/06/2020 14:46

28/08/2020
 MATRICULA 51022
Patricia Arraes Maia

EVOLUÇÃO

Data do Cadastro	Usuário que Cadastrou	Descrição da Evolução
06/06/2020 08:16	PATRICIA ARRAES MAIA	TCE POR QUEDA DA PROPRIA ALTURA COM CEFALEIA INTENSA. CONTUSAO HEMORRAGICA FRONTAL APRESENTANDO AUMENTO DO HEMATOMA SUBGALEAL E SANGRAMENTO OCULAR SOLICITO NOVA TC DE CRANIO E PRQUENA
06/06/2020 00:17	LUCAS DE QUEIROZ CHAVES	PACIENTE COM RELATO DE TCE POR QUEDA DE MOTO, ENCONTRA-SE MOBILIZANDO OS 4 MEMBROS, ISOCÓRICO, SONOLENTO, GCS 14. TC DE CRANIO EVIDENCIA CONTUSÕES BITEMPORAIS, HEMORRAGIA PARAFALCINA. CONDUTA: SEM INDICAÇÃO DE ABORDAGEM PELA NEUROCIRURGIA. CABECEIRA ELEVADA. VIGILANCIA NEUROLÓGICA. TC DE CONTROLE AMANHÃ.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 **Admissão:** 05/06/2020 14:32
Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
Pront.: 5669221 **Data Nasc.:** 28/08/1992 **Idade:** 28 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s) **Tel.:**
Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** ITAITINGA
CEP 61880000 **Bairro:** BARROCAO
Endereço: CANDIDO MERELY

PRESCRIÇÃO

Médico: ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO **CRM** 7605 **08/06/20 07:52**

Prescrição	Horário:
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - OUTRO	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	

VÍCIO DE PRESCRIÇÃO
 NÃO TEMPO
 PELO SISTEMA E-DUS
 DATA 28/08/2020
 MATRÍCULA 51022
 [Assinatura]

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 Admissão: 05/06/2020 14:32
 Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
 Pront.: 5669221 Data Nasc.: 28/08/1992 Idade: 28 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
 Sexo: Masculino RG: Município: ITAITINGA
 CEP 61880000 Bairro: BARROCAO
 Endereço: CANDIDO MERELY

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	06/06/2020 08:14	Sim	Cancelado

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
05/06/202 14:36	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	TCE	AMARELO	ANDRESSA CARIOCA BEZERRA

PRESCRIÇÃO

Médico: ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO

CRM 7605 09/06/20 07:09

Prescrição	Horário:
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 **Admissão:** 05/06/2020 14:32
Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
Pront.: 5669221 **Data Nasc.:** 28/08/1992 **Idade:** 28 ano(s) 0 mes(es) e 0 dia(s) **Tel.:**
Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** ITAITINGA
CEP: 61880000 **Beirro:** BARROCAO
Endereço: CANDIDO MERELY

PRESCRIÇÃO

Médico: PATRICIA ARRAES MAIA **CRM:** 5723 **06/06/20 08:17**

Prescrição	Horário:
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - OUTRO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR>SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: VITORIA NUNES MEDEIROS
Conselho: 21233CRM
Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro
Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS

ENDEREÇO: CANDIDO MERELY, 210, BARRIOCAO, ITAITINGA
PRESCRIÇÃO:
USO ORAL

1. PACO 500/30MG
TOMAR 01 CP ATÉ DE 6/5H. SE DOR INTENSA

Dra. Vitória Nunes
Médica

CREMEC 21.233

DATA: 22/06/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data: _____

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: VITORIA NUNES MEDEIROS
Conselho: 21233CRM
Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro
Cidade: Fortaleza

Telefone: (85) 3255-5000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS

ENDEREÇO: CANDIDO MERELY, 210, BARRIOCAO, ITAITINGA
PRESCRIÇÃO:
USO ORAL

1. PACO 500/30MG
TOMAR 01 CP ATÉ DE 6/5H. SE DOR INTENSA

Dra. Vitória Nunes
Médica

CREMEC 21.233

DATA: 22/06/2020

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

RG: _____ EMISSOR: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5669221 - LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS

Sexo: Masculino Idade: 27 ano(s) 9 mes(es) e 25 dia Data de Nascimento: 28/08/1992

Endereço: CANDIDO MERELY

Bairro: BARROCAO

CEP: 61880000

Cidade: ITAITINGA

UF: CEARÁ

Num: 210

Data: --- Microorganismo: VRE KPC Outro Germe MR

Culturas pendentes: ---

Antibióticos: Sim

Antibiótico	Nº de dias
CEFALOTINA 1G - FA	7

Ventilação mecânica: Não Nº dias: --- Tipo de suporte: ---

O2 Suplementar: Não FIO2: ---

Programação de segmento: ---

DVA: Não Qual? ---

Dieta:

Descrição
DIETA ORAL - DIETA BRANDA ASSISTIDA

Via: Oral Desmame? ---

NEURO / Glasgow: 15

Riscos:

- Queda Broncoaspiração Lesão por pressão Dermatite Flebite
- Outros: ---

RECOMENDAÇÕES

Plano terapêutico: -

Pendência de exames: ---

Pendência de pareceres: ---

Programação de transfusões: Não Quais? ---

Transporte: Maca

Dra. Vitória Nunes
Médica
CREMEE 21.288

Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES

2

10/06/2020 16:13

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5669221 - LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
Sexo: Masculino **Idade:** 27 ano(s) 9 mes(es) e 25 dia **Data de Nascimento:** 28/08/1992
Endereço: CANDIDO MERELY **Num:** 210
Bairro: BARROCAO **Cidade:** ITAITINGA
CEP: 61880000 **UF:** CEARÁ

SITUAÇÃO ATUAL

Criticidade: Não **Destino:** UNIDADE 25
Avaliação de risco ESEL11: 11 - 17 = Grau I - Cuidados mínimos - CM
NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA E CUIDADOS: Pacientes fisiologicamente estáveis requerendo cuidados mínimos de enfermagem.
Grau de prioridade: ---
Apache II: ---
Histórico clínico PACIENTE COM RELATO DE TCE POR QUEDA DE MOTO, ENCONTRA-SE MOBILIZANDO OS 4 MEMBROS, ISOCÓRICO, SONOLENTO, GCS 14. TC DE CRANIO EVIDENCIA CONTUSÕES BITEMPORAIS, HEMORRAGIA PARAFALCINA.
CID10 (Principal): ---- Não definido.
Cuidados paliativos: Não (Nenhum) **Em acompanhamento SCP:** --- **Reunião familiar:** ---
Definidas medidas de limitação de suporte: Não
 Não realizar RCP Não intubar Não iniciar hemodialise Não iniciar DVA
 Não iniciar ATE de Ampla Espectro Limitar solicitação de Exames Não encaminhar a UTI
SSVV
FC: - **FR:** - **PA:** - **SPO2:** - **T:** -

ANTECEDENTES

Comorbidades:
 Hipertensão arterial Diabetes DPOC Sequela AVC
 Imunossupressão Insuficiência cardíaca DAC Cardiopatia congênita
 Doença neuromuscular Hepatopatia Neoplasia Encefalopatia crônica
 Displasia pulmonar Outros: ---
Alergias: Não **Quais?** ---
Diálise: Não
Cirurgia nesse internamento: Não **Qual?** ---

*Dra. Vitória Nunes
Médica
CREMEC 21.23?*

AVALIAÇÃO

Sepsis: Não **Realizada reavaliação de 3h?** --- **Realizada reavaliação de 6h?** ---
Infecção: Não **Necessidade de precaução:** --- Gotículas Contato Aerossóis
Médico: FERNANDO OTAVIO FIDELES 1 **10/06/2020 16:13**

Paciente: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
Idade: 27 ano(s) 9 mes(es) e 25 dia(s) **Sexo:** Masculino **Pront.:** 5669221
Endereço: CANDIDO MERELY **Bairro:** BARROCAO
Num: 210 **CEP:** 61880000 **UF:** CEARÁ **Cidade:** ITAITINGA

Localização
Clinica: UNIDADE 25 **Enfermaria:** 254 **Leito:** 2519
Admissão Emergência: 05/06/2020 14:32
Internação 09/06/2020 16:17 **Alta:** * Não Informado * * Não Informado

Melhorado Data Programada da Alta: 22/06/2020

Observações Complementares

- RETORNO PARA AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA EM 2 SEMANAS.
- MANTER USO DE FENITOÍNA 100MG 8/8H.
- SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.
- SE INTERCORRÊNCIA, PROCURAR SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.

Responsável

Médico: VITORIA NUNES MEDEIROS

Data: 22/06/2020

Dra. Vitória Nunes
Médica
CREMEC 21.233

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS		
Idade: 27 ano(s) 9 mes(es) e 25 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5669221
Endereço: CANDIDO MERELY		
Num: 210	CEP: 61880000	UF: CEARÁ
		Bairro: BARROCAO
		Cidade: ITAITINGA

Localização		
Clinica: UNIDADE 25	Enfermaria: 254	Leito: 2519
Admissão Emergência: 05/06/2020 14:32		
Internação 09/06/2020	16:17	Alta: * Não Informado * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE DE 27 ANOS, IH EM 09/06 POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM TCE (05/06). À ADMISSÃO, APRESENTAVA-SE MOBILIZANDO OS 4 MEMBROS. PUPILAS ISOCÓRICAS, SONOLENTO, ECG 14. TC DE CRANIO EVIDENCIOU CONTUSÕES BITEMPORAIS, HEMORRAGIA PARAFALCINA. REALIZOU TESTE RÁPIDO PARA COVID19 EM 10/06, REAGENTE. NEGA SINTOMAS RESPIRATÓRIOS. NÃO NECESSITOU DE OXIGENOTERAPIA. PACIENTE APRESENTOU CEFALEIA E EPISÓDIOS DE DELIRIUM NO INTERNAMENTO. EVOLUIU COM MELHORA CLÍNICA. NO MOMENTO, ENCONTRA-SE CLINICAMENTE ESTÁVEL, ACORDADO E ORIENTADO, ACEITANDO DIETA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS. EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

-TC DE CRÂNIO (12/06): HEMATOMAS SUBDURAIS FRONTO-TEMPORO-PARIETAL BILATERAL COM ESPESSURA A DIREITA DE 1,1 CM E A ESQUERDA DE 0,7 CM DETERMINANDO APAGAMENTO DOS SULCOS E FISSURAS CEREBRAIS ADJACENTES. MÚLTIPLAS CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM LOBOS FRONTAIS E TEMPORAL A DIREITA COM HALO DE EDEMA CIRCUNJACENTE. SULCOS, FISSURAS E CISTERNAS CEREBRAIS DE AMPLITUDE REDUZIDAS DIFUSAMENTE. SISTEMA VENTRICULAR ANATÔMICO. LINHA MÉDIA CENTRADA. CISTERNAS BASAIS PÉRVIAS. FRATURA EM OSSO FRONTAL DIREITO SE ESTENDENDO PARA A SUTURAS CORONAL A DIREITA E SAGITAL ALARGANDO-AS, BEM COMO PARA O OSSO PARIETAL POSTERIORMENTE A ESQUERDA.

Exames Realizados

- TR COVID 10/06: REAGENTE

- SWAB COVID19 (13/06): NEGATIVO

- LABORATÓRIO 17/06: HB:11, LEUCO: 16450 (SEM DESVIO), LINF:2157, PQT: 225000, PCR, INR:1,0, TTPA: 1,0, UR:18, CR:0,6, K:3,9, CA:9,7, NA:135, PCR: 34,6. REINICIADA HV ONTEM COM NA CL3% POR NA FORA DA FAIXA (135).

Terapêutica Utilizada

CEFALOTINA
DEXAMETASONA
FENITOÍNA
SINTOMÁTICOS

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S069 - TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

Dra. Vitória Nunes
Médica
CREMEC 21.239

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S069	TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO
Não	B342	INFECCAO POR CORONAVIRUS DE LOCALIZACAO NAO ESPECIFICADA

Condições de Alta

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 Admissão: 05/06/2020 14:32
 Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
 Pront.: 5669221 Data Nasc.: 28/08/1992 Idade: 27 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
 Sexo: Masculino RG: Município: ITAITINGA
 CEP 61880000 Bairro: BARROCAO
 Endereço: CANDIDO MERELY

PRESCRIÇÃO

Médico: ANDRE SOLDATI ANTONIO CRM 9547 07/06/20 11:34

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - OUTRO	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - OUTRO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR>SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 **Admissão:** 05/06/2020 14:32
Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
Pront.: 5669221 **Data Nasc.:** 28/08/1992 **Idade:** 27 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:**
Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** ITAITINGA
CEP: 61880000 **Bairro:** BARROCAO
Endereço: CANDIDO MERELY

PRESCRIÇÃO

Médico: ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO **CRM:** 7605 **08/06/20 07:52**

Prescrição	Horário:
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
Nº TOTAL DE FASES: 4 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN / INTRAVENOSA / 6/6 H	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
Nº TOTAL DE FASES: 4 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN / INTRAVENOSA / 6/6 H	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 Admissão: 05/06/2020 14:32
 Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
 Pront.: 5669221 Data Nasc.: 28/08/1992 Idade: 27 ano(s) 10 mes(es) e 9 dia(s) Tel.:
 Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
 Sexo: Masculino RG: Município: ITAITINGA
 CEP 61880000 Bairro: BARROCAO
 Endereço: CANDIDO MERELY

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
06/06/2020 00:17	LUCAS DE QUEIROZ CHAVES	PACIENTE COM RELATO DE TCE POR QUEDA DE MOTO, ENCONTRA-SE MOBILIZANDO OS 4 MEMBROS, ISOCÓRICO, SONOLENTO, GCS 14. TC DE CRANIO EVIDENCIA CONTUSÕES BITEMPORAIS, HEMORRAGIA PARAFALCINA. CONDUTA: SEM INDICAÇÃO DE ABORDAGEM PELA NEUROCIRURGIA. CABECEIRA ELEVADA. VIGILANCIA NEUROLÓGICA. TC DE CONTROLE AMANHÃ.
06/06/2020 08:16	PATRICIA ARRAES MAIA	TCE POR QUEDA DA PROPRIA ALTURA COM CEFALÉIA INTENSA. CONTUSAO HEMORRAGICA FRONTAL APRESENTANDO AUMENTO DO HEMATOMA SUBGALEAL E SANGRAMENTO OCULAR SOLICITO NOVA TC DE CRANIO E PRQUENA CIRURGIA

PRESCRIÇÃO

Médico: ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO CRM 7605 09/06/20 07:09

Prescrição	Horário:
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ORAL - DIETA BRANDA	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 703403972961400 **Admissão:** 05/06/2020 14:32
Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
Pront.: 5669221 **Data Nasc.:** 28/08/1992 **Idade:** 27 ano(s) 10-mes(es) e 9 dia(s) **Tel.:**
Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA
Sexo: Masculino **RG:** **Município:** ITAITINGA
CEP: 61880000 **Bairro:** BARROCAO
Endereço: CANDIDO MERELY

PRESCRIÇÃO

Médico: ANDRE SOLDATI ANTONIO **CRM:** 9547 **07/06/20 11:34**

Prescrição	Horário:
DIETA ZERO - OUTRO	
FENITOINA 50MG/ML (5 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
CEFALOTINA 1G - FA ADMINISTRAR 1 G + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DEXAMETASONA 4MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 4 MG + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIETA ZERO - OUTRO	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TC DE CONTROLE SE PIORA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS OBSERVAÇÃO EXTREMAMENTE RIGOROSA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30 GRAUS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H D1	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA OU VÔMITO	
Nº TOTAL DE FASES: 4 </BR>SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3,4: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 28 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / 6/6 H	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VÔMITOS	
Nº TOTAL DE FASES: 1 </BR>SOLUÇÃO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 667 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / DOSE ÚNICA FASE RÁPIDA	
DIETA ZERO - INSTABILIDADE CLÍNICA	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta. Conduta Observação Referência para: Óbito

SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 703403972961400

Prontuário: 5669221

Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS

Sexo: Masculino

Data Nasc: 28/08/1992

Idade: 27 ano(s) 10 mes(es) e 17 dia(s)

Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA

Clínica: AMBULATÓRIO

SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não

Data: 14/07/2020 16:12

Protocolo: 39258

Exame: TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)

Complemento:

Médico: HEITOR FERREIRA RAMOS

Indicação:

CONTROLE DE HEMATOMA SUBDURAL BILATERAL AGUDO. CRONIFICAÇÃO?

Observação:

PROGRAMAÇÃO

Data:

Hora:

Usuário:

Referência:

Justificativa:

Justificativa Pendência:

REALIZAÇÃO

Data:

Usuário:

Data do Laudo:

Usuário que realizou:

Situação: Pendente

Justificativa Realização:

Justificativa Baixa:

Usuário:

CANCELAMENTO

Data:

Usuário:

Justificativa:

[Handwritten signature and stamp]



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS

Prontuário: 5669221

ENCAMINHO À TRAUMATOLOGIA

PACIENTE COM HISTORIA DE POLITRAUMA E DOR MECANICA EM OMBRO ESQUERDO. DOENÇA DO MANGUITO? SOLICITO USG OMBRO

Data: 14/07/2020

HEITOR FERREIRA RAMOS

13279CRM

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS

Prontuário: 5669221

ENCAMINHO À TRAUMATOLOGIA

PACIENTE COM HISTORIA DE POLITRAUMA E DOR MECANICA EM OMBRO ESQUERDO. DOENÇA DO MANGUITO? SOLICITO USG OMBRO

Data: 14/07/2020

HEITOR FERREIRA RAMOS

13279CRM

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

SOLICITAÇÃO DE EXAME

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 703403972961400
Prontuário: 5669221 **Nome:** LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS
Sexo: Masculino **Data Nasc:** 28/08/1992 **Idade:** 27 ano(s) 11 mes(es) e 28 dia(s)
Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA **Clínica:** AMBULATÓRIO

SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não **Data:** 25/08/2020 19:27 **Protocolo:** 44368
Exame: US OMBRO (0205020062)
Complemento:
Médico: HEITOR FERREIRA RAMOS
Indicação:
 LESÃO DE OMBRO ESQUERDO COM DOR Á MOVIMENTAÇÃO
Observação:

PROGRAMAÇÃO

Data: **Hora:** **Usuário:**
Referência:
Justificativa:
Justificativa Pendência:

REALIZAÇÃO

Data: **Usuário:**
Data do Laudo: **Usuário que realizou:**
Situação: Pendente
Justificativa Realização:

Justificativa Baixa: **Usuário:**

CANCELAMENTO

Data: **Usuário:**
Justificativa:

Heitor Ferreira Ramos
 CRM 13279 RQE 8684
 Neurocirurgião

SOLICITAÇÃO DE EXAME**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CNS: 703403972961400

Prontuário: 5669221

Nome: LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS

Sexo: Masculino

Data Nasc: 28/08/1992

Idade: 27 ano(s) 10 mes(es) e 17 dia(s)

Mãe: MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOZA

Clínica: AMBULATÓRIO

SOLICITAÇÃO

URGENTE: Não

Data: 14/07/2020 16:14

Protocolo: 39259

Exame: US OMBRO (0205020062)

Complemento:

Médico: HEITOR FERREIRA RAMOS

Indicação:

DOR EM OMBRO ESQUERDO SECUNDÁRIA A TRAUMATISMO. DOR PIOR À ABDUÇÃO.

Observação:

PROGRAMAÇÃO

Data:

Hora:

Usuário:

Referência:

Justificativa:

Justificativa Pendência:

REALIZAÇÃO

Data:

Usuário:

Data do Laudo:

Usuário que realizou:

Situação: Pendente

Justificativa Realização:

Justificativa Baixa:

Usuário:

CANCELAMENTO

Data:

Usuário:

Justificativa:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
CORPO DE FURTO E FURTO DE FURTO
CORPO DE FURTO E FURTO DE FURTO



NOME
LUIZ AUGUSTO DE NEGREIROS



DOC. IDENTIDADE / OUTROS DOCUMENTOS
7676780

CIVILIDADE: **MTPS** ESTADO: **CE**
CIV: **062.365.643-45** DATA NASCIMENTO: **28/08/1992**

FUNÇÃO
FRANCISCO LUIZ DE NEGREIROS MARIA DO SOCORRO NUNES FEITOSA

Nº FURTO
07309472682

PERÍODO: **FERMISSÃO** ACC: CAT. MAX: **A**

VALIDADE: **29/07/2020** 1ª HABITAÇÃO: **30/07/2019**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1780100109

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO;

Luiz Augusto de Negreiros
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **ITAITINGA, CE**

Luiz Augusto de Negreiros
ASSINATURA DO EMISSOR

DATA EMISSÃO: **31/07/2019**

**48561054046
CE167626124**

CEARA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1780100109

MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS

DETRAN - CE Nº 011560711480
 CANCELAMENTO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO
 DATA DE VÁLIDA 472482134
 DATA DE EMISSÃO 0000000000 2014
 DISEM 472482134

MARIA DO SOCORRO NUNES FAIJOZA
 ITRAITINGA/CE

CPF/DIRT 77825411315
 S/OCA/DIRT/UF 9C2KCL680CR462020
 *****/CE

PLACA OIC2625
 COOPERATIVA GASOL/ALCO

HONDA/CG150 FAN ASD1
 2012 2012
 PARTIYC PRETA

1	DATA ÚNICA	VEIC/SCITE
P	PRODUTIVA	2
V	PRODUTIV. IND/OOTIVE	2
A	PRODUTIV. IND/OOTIVE	2

PREMIO TARIFARIO (R\$) 1.11
 DATA DE PAGAMENTO 27/06/2014

ITRAITINGA 27/06/2014

SEGURO DE TRANSPORTE DO VEÍCULO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011560711480 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguro.detransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

02 77825411315
 CPF/DIRT
 DATA DE EMISSÃO 27/06/2014

472482134
 ANO FANT 2012
 HONDA/CG150 FAN FSD1
 9C2KCL680CR462020

PREMIO TARIFÁRIO
 R\$ (R\$) 14.34
 DATA DO SEGURO (R\$) 143.38

QUESTO DO BILHETE (R\$) 4.15
 DATA DE EXPIRAÇÃO 27/06/2014

SEGURO DE TRANSPORTE - DPVAT
 LOTE/DOC: 117056/41
 MOTOR: KCL6804-92929

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200327770

Nome do(a) Examinado(a): LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CANDIDO MEIRELES, 280, , Itaitinga/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP / 20071453576

Data e local do acidente: 05/06/2020 - Maracanaú/CE

Data e local do exame: 23/09/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Traumatismo craniano com contusões bitemporais, hematoma subdural frontotemporoparietal bilateral, fratura frontal à direita

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

Tratamento conservador com medicação, repouso, sem fisioterapia. Alta hospitalar em 22/06/2020.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta marcha anormal, memória remota alterada, atenção anormal, linguagem anormal, dano cognitivo-comportamental alienante.

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

Sim

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

Sim

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

Apresenta distúrbio de equilíbrio com Romberg positivo e déficit cognitivo residual.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Residual - 10%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Refere lesão no ombro esquerdo, mas não consta no laudo de alta hospitalar datado de 22/06/2020.



Dr. Cristiano Pinheiro Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9950

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200327770

Cidade: Maracanaú

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Data do acidente: 05/06/2020

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (LESÃO CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL, CONTUSÕES BILATERAIS, HEMORRAGIA PARAFALCINA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 2/7/9
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0257995/20

Vítima: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

CPF: 062.365.643-45

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 05/06/2020

Titular do CPF: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS : 062.365.643-45

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: 14/09/2020
Nome: LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS
CPF: 062.365.643-45

LUIS AUGUSTO DE NEGREIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA