

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/01/2020 15:29:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915291464400000056187306>
Número do documento: 20012915291464400000056187306

Num. 57120775 - Pág. 1

9.855.511

“**JOSÉ LAURINDO DE SANTANA**”

GERALDO DE SANTANA >>> LUCIANO LIMA

CHÍA DE ALGRIA - PE

CHÁ DE ALEGRIA-FE-16.02.2007-29

073.353.914-90

Delegado Geral de Políticas

卷之三

卷之三

Núm. 57120775 - Pág. 2



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Luizinho de Santana, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 9.855.511 SDS/PE e CPF: 073.353.914-90, residente na Rua Adalgisa Ferreira de Souza, nº 94, bairro Donaizé, Cidade de Alegria/PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 17.01.20

José Luizinho de Santana
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não podarei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 17 de 01 de 2020.

José da Silva dos Santos



2 de 2

04/06/2019 13:30

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUÍTICAÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ª CÍRC
 DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0154000554

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/06/2019 às 14:03

Complemento o B.O Número: 19E0154000529

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/4/2019 às 23:00

Local normal na estrada: RODOVIA PE CINQUENTA, 1, PRÓXIMO A NOVA GLÓRIA - Horário: CONAR - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local de Fato: via PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) no ocorrido:

DESENVOLVIMENTO: ALTO DO AUCHA (P)

JOSE SEVERINO DOS SANTOS (OUTRO)

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (VITIMA)

JOSE LAURINDO DE SANTANA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) no ocorrido:

VEÍCULO: (Usado na prática da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a): JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

VEÍCULO: (Usado na prática da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a): DESCONHECIDO

VEÍCULO: (Usado na prática da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a): JOSE SEVERINO DOS SANTOS

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

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino N.º: JOSE CLEIDE JOANA DE OLIVEIRA P.º: ORLANDO VICENTE DOS SANTOS (data de Nascimento: 18/03/1990) Residência: CHA DE ALEGRIA / PERNAMBUCO / BRASIL Data Nascimento: 10440267/005/PE (RG) 13402333473 (CPF) Endereço: CHA DE ALEGRIA (CEP: 56300-000) Escolaridade: 2º GRAU INCOMPLETO Telefone Celular: 81983177204

Endereço: Residência: RUA MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO, 320 - CEP: 5 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE LAURINDO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino N.º: LUCIANA LUIZA LAURINDO P.º: GERALDO DE SANTANA (data de Nascimento: 14/3/2001) Residência: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Data Nascimento: 00555711/903/PE (RG) 07335391490 (CPF) Endereço: SOLTEIRO(A) Fazendinha: 1º GRAU COMPLETO Endereço: Residência: RUA PROFESSORA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, 74 - CEP: 5 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESENCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino N.º: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE SEVERINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino N.º: MARIA JOSE PINHEIRO P.º: SEVERINO JOSE DOS SANTOS (data de Nascimento: 6/2/1957) Residência: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL CEP: 58.02.494/0001-41 Endereço: Residência: MUNICÍPIO DE CHA DE ALEGRIA, 40, ENGENHO VENEZA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - ESTIMAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Qualificação da(s) objeto(s) envolvida(s):

28 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE/PE



INFORMAÇÕES

INFORMAÇÕES

MOTOCICLETA (VEÍCULO) (a) propriedade do(a) Sít(a): **JOSE SEVERINO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sít(a): **JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS**

Corpo/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CD 150 TITAN ES** (a) é de uso: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UM/BASE)**

Motor: **KL0176** (a) Número de Chassi: **540827746** Chassis: **9G2K6166008533415**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sít(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sít(a): **DESCONHECIDO**

Corpo/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Chassis: **Não Informado**
Quantidade: **1 (UM/BASE)**

Complemento / Observação

AS VÍTIMAS INFORMAM QUE TRANSITAVAM NA RODOVIA PE 58 NO SENTIDO CHÁ DE ALEGRIA, QUANDO BATERAM DE FRENTE EM OUTRA MOTOCICLETA, QUE VINHA COM O FAROL APAGADO, NO SENTIDO CONTRARIO. AMBOS CAIRAM E FICARAM DESCONSCIENTES, NO LOCAL, QUANDO FORAM AJUDADOS PELOS FUNCIONARIOS DA SAÚDE DE CHÁ DE ALEGRIA, QUE VIERAM COM UMA AMBULANCIA, EQUIPE ESTA INFORMADA DO ACIDENTE POR POPULARES. FORAM SOCORRIDOS PARA A UNIDADE MISTA VIRGILIA GUERRA, DE CHÁ DE ALEGRIA. DE LA FORAM TRANSFERIDOS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE. OBS: MOTOCICLETA UTILIZADA PELO ACIDENTADO DE PROPRIEDADE DO SR. JOSE SEVERINO DOS SANTOS, RG NR 2200252 MNRPE CPF NR 372.015.564-87 R.O, COMPLEMENTAR AG 8,0, N°, 1980154008528

Assinatura da(s) pessoa(s) presente hasta unidadde policial

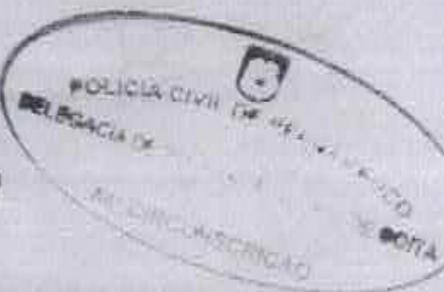
JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

(VÍTIMA) **JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS**

JOSE LAURENDO DE SANTANA

(VÍTIMA) **Jose Laurindo de Santana**

C.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **165.816-3**



05.802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 664^ª CIRCUNSCRICAO - GLORIA DO GOITA - DP64^ªCIRC
DINTER1/12^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N^º 19E0154000529

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/05/2019 às 14:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiço (Consumado) que ocorreu no dia 4/4/2019 às 23:00

Fato ocorrido na rodovia: RODOVIA PE CINQUENTA, 4, PRÓXIMO A NOVA GLÓRIA - BAIRRO CONAS - GLÓRIA DO GOITA/PERNAMBUCO, BRASIL
Local: FIM VIA PÚBLICA

Placa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO / AUTOR / VÍCTIMA /
- (01) 4100-0000 (EXCELENTE) / VÍCTIMA /
JOSE LUIRINDO DE SANTANA (VÍCTIMA)



31/05/2019 11:44

2 de 3

Objeto(s) envolvidos na ocorrência:
VEICULO (não na ocasião da ocorrência) : que estava em posse da(s) Sra(s) JOSE LUIRINDO DE SANTANA
VEICULO (não na ocasião da ocorrência) : que estava em posse da(s) Sra(s) JOSE LUIRINDO DE SANTANA
SANTOS
VEICULO (não na ocasião da ocorrência) : que estava em posse da(s) Sra(s) DESCONHECIDO

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

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - Soc. Blaescylline 11110 JOSÉ CLÉIDE JOSIA DE
OLIVEIRA - ORLANDO VENTURE PES SANTOS (nascido em 10/3/1993) Natura: CHA DE ALEGRIA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documento: 104404677/EDSPE (RG) 13-02333473 (CPF) End: 011 AMARALDO/ Endereço: 2º GRAU INCOMPLETO
Educação: Jardim
- 83980577264

Endereço Residencial: RUA MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO, 120 - CEP: 0 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CHA DE
ALEGRIA/PERNAMBUCO-BRASIL

JOSE LAURINDO DE SANTANA (presente ao plantão) - Soc. MascuInuturvalina: LUCIANA LUIZA LAURINDO 1110 GERALDO
DE SANTANA (nascido em 14/9/2001) Natura: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 0255911/EDSPE
(RG) 07335391490 (CPF) End: 011 SOTERÓPOLIS Endereço: 1º GRAU COMPLETO
Endereço Residencial: RUA PROFESSORA ADALISA FERREIRA DE LIMA, 74 - CEP: 0 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA -
CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO-BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Soc. MascuInuturvalina: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sra(s) JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS, que estava em posse da(s)
Sra(s) JOSE LAURINDO DE SANTANA
Categorias/Marca/Modelo: MOTOCICLETA MONOCILINDRICA 150 TITAN 150 UNICO dono/USO: Nao
Lote: VZEMPLHA - Identificação: 4 (UNIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, N^º 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO) do proprietário(s) data(s) fato(s): **DESCONHECIDO**, que estaria em posse do(s) fato(s).
DESCONHECIDO
Local onde fato(s) ocorreu(s): **MOTOCICLETA DEDESCONHECIDO/NAO INFORMADO** (não apresentar: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

45 VITIMAS INFORMAM QUE TRANSITAVAM NA RODOVIA PE 50 NO SENTIDO CHA DE ALEGRIA, QUANDO ENTRARAM DE FRETE EM OUTRA MOTOCICLETA, QUE VIERAM COM O FAROL APAGADO, NO SENTIDO CONTRARIO. AMBOS CAIRAM E FICARAM DESACORDADOS, NO LOCAL, QUANDO FORAM AJUDADOS PELOS FUNCIONARIOS DA SAUDE DE CHA DE ALEGRIA, QUE VIERAM COM UMA AMBULANCIA. EQUIPE ESTA INFORMADA DO ACIDENTE POR POPULARES. FORAM SOCORRIDOS PARA A URGÊNCIA MISTA VARGELA GUERRA, DE CHA DE ALEGRIA, DE LA FORAM TRANSFERIDOS PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO EM SERIE.

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

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
(MÍTIMA) x JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
JOSE LAURINDO DE SANTANA
(MÍTIMA) x José Laurindo de Santana

P.D. registrado por: JOSESON DOS SANTOS SILVA - Motorulz: 381-171-9

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28.11.11 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



1144 / 0306665
16 / 03066658
BRTS 03066658

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Registro

1408776

Data e Hora de Atendimento:
05/04/2019 01:11

Local de Entrada: **EMERGENCIA GERAL**
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1673333 Paciente: **JOSE LAURINDO DE SANTANA**
Data de nascimento: 14/09/2001 Idade: 17a 6m 20d Sexo: **MASCULINO**
Estado Civil: **SOLTEIRO** Profissão: **Acabador** Acompanhante: **LUCIANA LUZIA LAURINDO**
DOC ID / Data expedição: 9855511 / 18-Dez-13 Mãe: **LUCIANA LUZIA LAURINDO**
Pai: **GERALDO DE SANTANA** Cartão SUS:

Endereço: **RUA CIRANDEIRO JOAO COLOIA** Número **250**
Bairro: **CENTRO** Complemento:
Cidade: **CHÁ DE ALEGRIA** UF: **PE** Telefone: **988348805**

Ocorrências: **05104119 - Reencontro atendendo paciente**

a guitarra e revólver orientado sobre

Motivo do atendimento: **ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)** Diretor, abrindo - 13 PVR

Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Informações do Serviço Social: **05104119 - Paciente com vínculo familiar**

Confirmação de nome: **05104119 - Luciana Luzia (mãe)** Fones: **Assistente Social**

Confirmação de endereço: **05104119 - Barcelos** Assistente Social

Providências: Alta Caso Social **Assistente Social**

Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons. Tutelar Delegacias Minist. Públ.

Outros **05104119 - Social com vínculo familiar**

Observação: **aguardando transporte do paciente para nova assistente social**

Quedas de moto os 22h, sem

perda de consciência 18m vnu t. 05104119

- Edt: - TAC crânio e cervical

- PR liga ma

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emérgico: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
Acidente de Trilineto: Sim Não Tipo: **Transporte realizado Por:**
Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

05.802.494/0001-1

Exame Físico: **TRAÇÃO CORRETA**

A. Geral: Via aérea está pélvica Sim Não O paciente fala: Sim Não **Tempo Seguro:** **2 P. JIN 2020**

B. Respiratório: **Respiração: RITMO: 12/15 - FRR: 16 - Rotação: 100% - Rotação: 100%**

Rua da Aurora, 1175, C. 0127 BL

Boa Vista - CEP: 50.060-000

C. Circulatório: PA: **110/70** mmHg - Freq: **110** bpm - Peso: **77** kg - Altura: **170** cm

APLICADAS - PRR: 110 - Peso: 77 kg - Altura: 170 cm - Peso: 77 kg - Altura: 170 cm

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 05/04/2019 01:03

Nome Paciente:	JOSE LAURINDO DE SANTANA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	17
Senha:	U0001
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 05/04/2019 01:04 - 05/04/2019 01:05

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontidão: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTOCICLO HA CERCA DE 2 H E MEIA NEGA PERDA DE CONSCIENCIA APRESENTA LESAO COM EXPOSICAO OSSEIA EM REGIAO FRONTAL. MAIS FRATURA DE PUNHO D

Medicamento(s): 6656655

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

05/04/19 N.R.
03h05

Retorno dos exames:

- TC braço: s/ lesões N.R.
- TC coluna cervical: s/ lesões
N.R.
Glasgow 15, VAS. RNMF, 01 puls
CD: Alto N.R.
Avul BMF

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 JUN 2019
RUA DA AREIA, 300 - BLOCO B
BRAZILIA - DF - 70170-000
CEP 70170-000

Acolhido(s) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Scanned by CamScanner

Paciente	Enfermaria/Leito	Registro
EVOLUÇÃO CLÍNICA		
<p># OTBME 05/04/2019 04:43</p> <p>Paciente com história de queda de moto. Visito BEC, dote, espasmodico, estremecimento, náuseas/vertigo, respiração rara, verba ligeira, desambulando, febril.</p> <p>Na exame de BMF apresenta discreto edema e equimose na face (D) (rigor) periorbita (D) (sudorese nasal e mucosidade nasal preenchida, mucila branca de palpos) e audível com probabilidade e certeza preservada.</p> <p>CD - Sutura na pele superficial (D)</p> <p>- Alto de Baf</p> <p>OBS: des tempo finge Fratura do metatarso (D)</p>		
<p># CTBME 05/04/2019 08:00</p> <p>Paciente vítima de queda de moto, visito comente, cintado, espasmodico, estremecimento, EGP.</p> <p>As suas pupilas respondem bem a luz e pupilas dilatadas, fundo de olho normal, PPN e pupilas pupilas ao toque, lesões óculares, boa visão legal.</p> <p>TC de face com rotina em vista</p> <p>CD: Alto Baf</p> <p>05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 29 JUN 2019 RUA DA AREIA, 300 - BLOCO B BRAZILIA - DF - 70170-000 CEP 70170-000</p>		

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/01/2020 15:29:14
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915291464400000056187306>
 Número do documento: 20012915291464400000056187306

Num. 57120775 - Pág. 11



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia
Evolução de EnfermagemPatiente: JOSE LIMAData: 05/04/19

Enfermagem: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal		Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedeça (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decor. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorr.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	75 pontos
IRM: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Franguel: _____	
A - Perda motiva e sensitiva completa B - Motricidade funcional presente		B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).	
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros		Quals: _____	
Ventilação: <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____		□ Sem Acesso	
Data: _____		<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia	
<input type="checkbox"/> Zera <input type="checkbox"/> Via Oral		<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta	
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias		□ Diárias _____	
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário		<input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____	
Pele: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> Úlceras de decíduo: _____	
Localização: _____		Localização: _____	
Quesitos: _____		Estágio: _____	
Exames: _____			
Paroxismo: _____			
Observações: _____		Ass: _____	

Data: _____

Abertura Ocular	Resposta Verbal		Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedeça (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decor. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descorr.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	75 pontos
IRM: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Franguel: _____	
A - Perda motiva e sensitiva completa B - Motricidade funcional presente		B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).	
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros		Quals: _____	
Ventilação: <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____		□ Sem Acesso	
Data: _____		<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia	
<input type="checkbox"/> Zera <input type="checkbox"/> Via Oral		<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta	
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias		□ Diárias _____	
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário		<input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____	
Pele: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____		<input type="checkbox"/> Úlceras de decíduo: _____	
Localização: _____		Localização: _____	
Quesitos: _____		Estágio: _____	
Exames: _____			
Paroxismo: _____			
Observações: _____		Ass: _____	

Produzido na Unidade Hospitalar Alto Nível

CÓD: 8013

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/01/2020 15:29:14

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915291464400000056187306>

Número do documento: 20012915291464400000056187306

Num. 57120775 - Pág. 12



SUS
Serviço
Único
de Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)**

HR
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1673333

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TAC Cervic

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

TAC artéria Cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

28 JUN 2019

**Rua 49 Avenida, N° 175, 5º 902 Bl. C
Bela Vista - CEP 50.060-010**

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

1 / 1

25 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 / 1

29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO E CONSELHO)

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/01/2020 15:29:14

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915291464400000056187306>

Número do documento: 20012915291464400000056187306

Num. 57120775 - Pág. 13



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2019

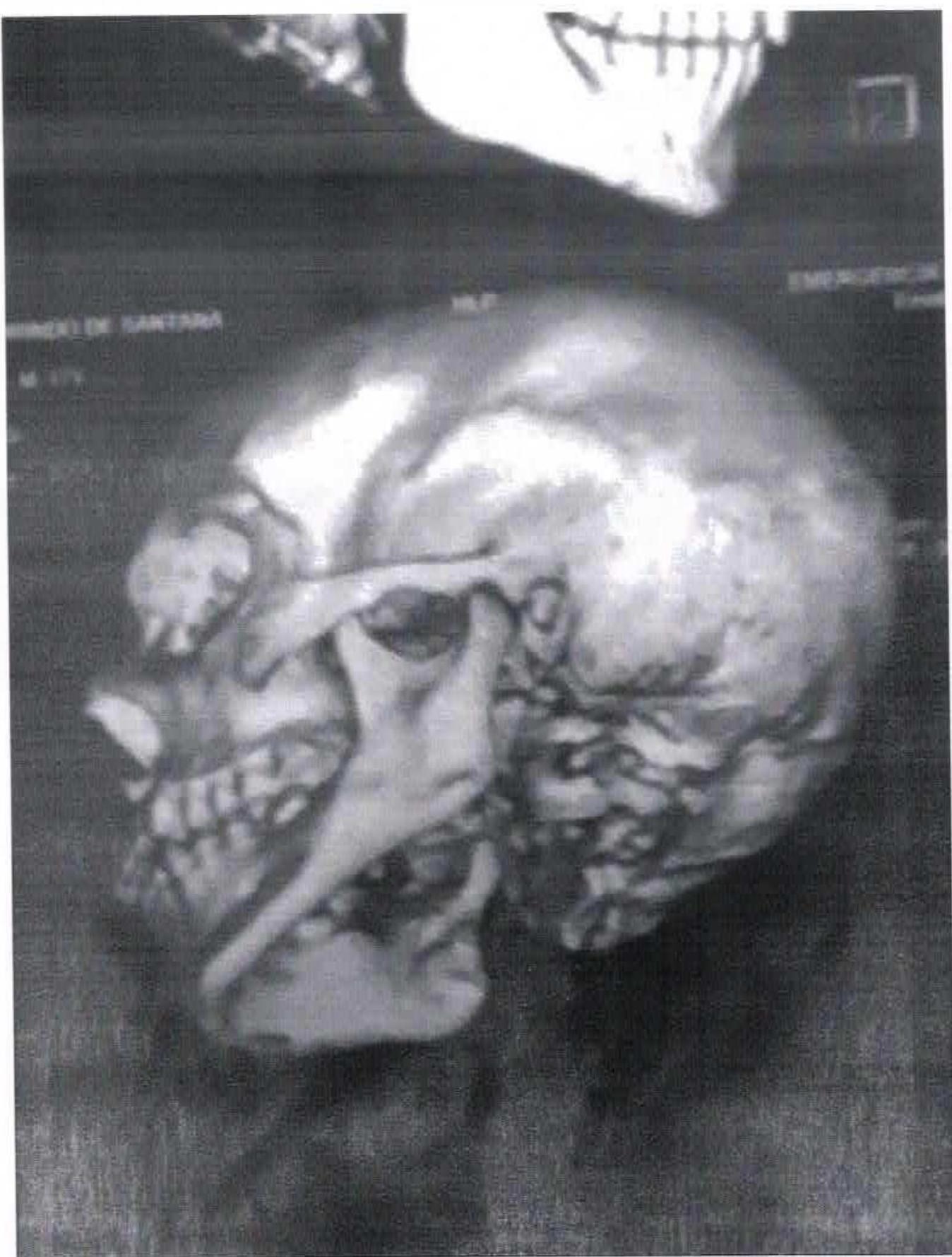
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

057120775_dc



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/01/2020 15:29:14
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915291464400000056187306>
Número do documento: 20012915291464400000056187306

Num. 57120775 - Pág. 15



DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

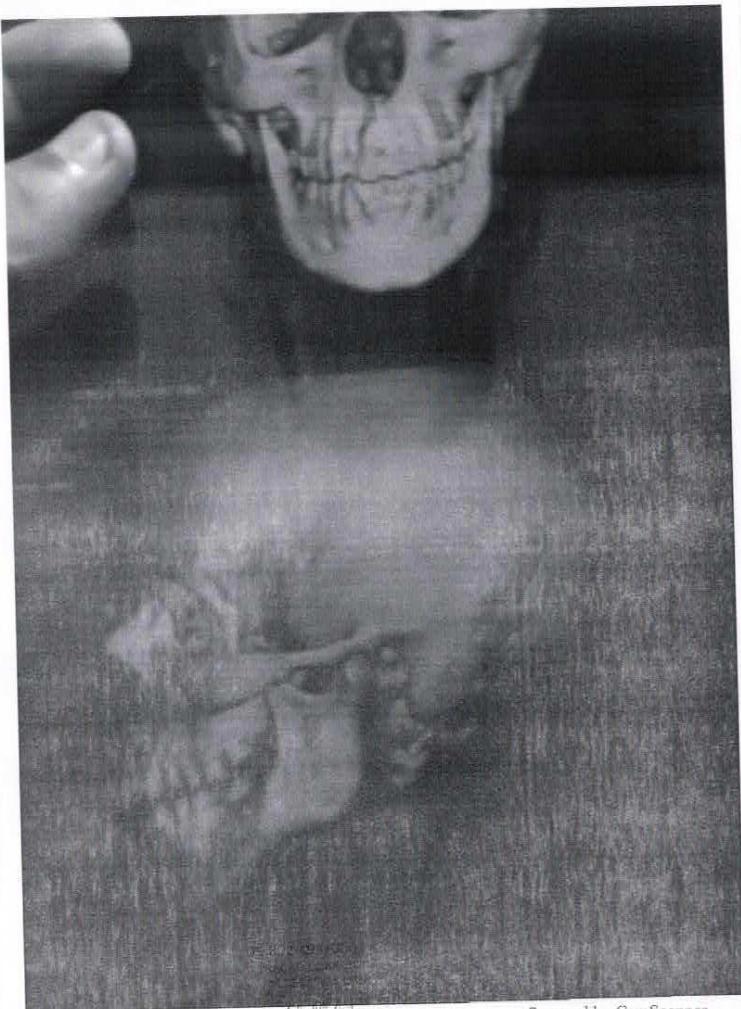
Scanned by CamScanner

6as da Avenida N° 175, SL 902 BL C



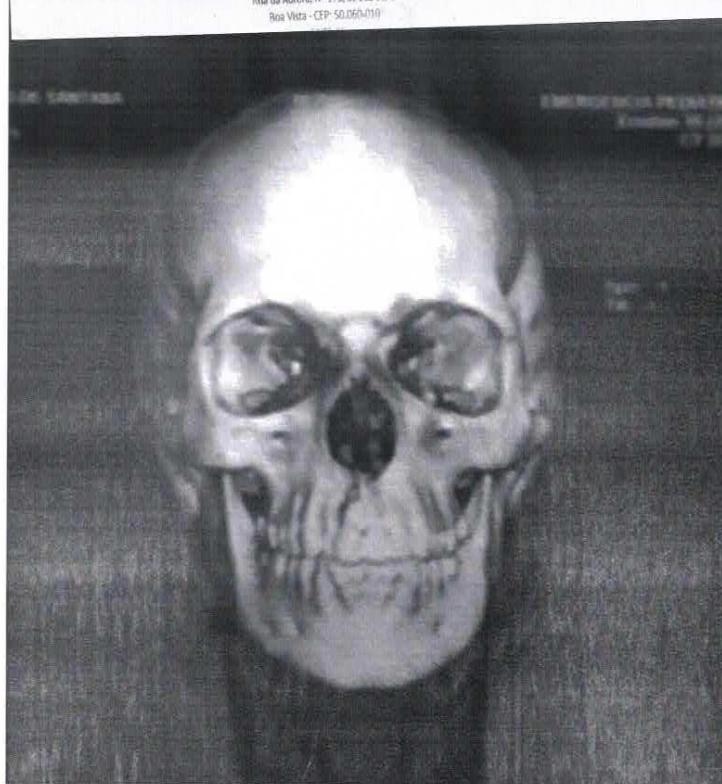
Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/01/2020 15:29:14
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915291464400000056187306>
Número do documento: 20012915291464400000056187306

Num. 57120775 - Pág. 16



Scanned by CamScanner

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2019/01/09

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 29/01/2020 15:29:14
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012915291464400000056187306>
Número do documento: 20012915291464400000056187306

Num. 57120775 - Pág. 17



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 4020-1800 (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 61 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190615443

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIANA LUZIA LAURINDO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidade permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Protocolo: 20012915291464400000056187306 - INVALIDEZ



Carta nº 10000012

