

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima: 301.004.884-30

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ IVANILZO DE MORAES SOARES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

JOSÉ IVANILZO DE MORAES SOARES

6 - CPF: 301.004.884-30

7 - Profissão:

Mkt

8 - Endereço: Rua Sanga Lema

9 - Número: 83

10 - Complemento: A

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade: Belo Horizonte

13 - Estado: MG

14 - CEP: 55330-000

15 - E-mail:

MGWMS

16 - Tel (DDI): (81) 99304-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (sementer para os bancos abaixo. Anexar uma cópia)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 3547

CONTA:

14683

2

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (dados do banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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 50 (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 Lider 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 surze do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Vívo

24 - Data de falecimento 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 tem filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

31 - Vítima tem irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer recusão 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 utilizá-la)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Belo Horizonte (MG), 30/08/2019

JOSÉ IVANILZO DE MORAES SOARES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido, o Sr JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES, Nº DO RG: 8.834.503 SDS/PE, que consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por este serviço ao MESMO com ID – 0504, no dia 13 de SETEMBRO de 2019, às 22H e 00min, no endereço: PE 2018 com queixa de COLISÃO MOTO COM ANIMAL, tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO DO SAMU BOM CONSELHO, que prestou atendimento pré-hospitalar à vítima, transportado para o HOSPITAL MONSENHOR DAMASSO e em seguida realizado à transferência inter-hospitalar para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO com senha 5770739

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL, PRANCHAMENTO DA VÍTIMA, COLOCAÇÃO DO KED, AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS, CURATIVOS COMPRESSIVOS E A ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM A INFUSÃO DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9 %.

BOM CONSELHO – PE, 25 SETEMBRO DE 2019

KLEITSON ALBUQUERQUE DE ARAÚJO
COORDENADOR

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste – BASE BOM CONSELHO
em ____ / ____ / ____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03547

CONTA: 000000014683-2

Nr. da Autenticação 3B59160299F00393

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

CICERO PADILHA SOARES
CPF: 845.386.434-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA BARBOSA LIMA 83 - A

CENTRO/BOM CONSELHO
55310-000 BOM CONSELHO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

17/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

10/09/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

10/09/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

076742324

CONTA CONTRATO

007024003153

Nº DO CLIENTE

2000046954

Nº DA INSTALAÇÃO

006347849

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

33A1.E750.9D45.AF9D.8C92.B384.9940.B1D3

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	64,00	0,77952310	49,88
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,63
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,20
ICMS Subvenção-CDE-NF 089064970-10/07/19			0,56
Multa por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			1,20
Juros por atraso-NF 072878016 - 09/08/19			0,21
Atualização IGPM-NF 072878016 - 09/08/19			0,06
TOTAL DA FATURA			59,84

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
53,51	25,00	13,37	53,51	0,81	0,43
			53,51	3,72	1,99

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DIAS	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO kWh
09/08/2019	3.750,00	10/09/2019	3.814,00	32	1,00000	0,00	64,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/10/2019

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,77952310

HISTÓRICO DO CONSUMO

kWh

SET 19 64

AGO 19 61

JUL 19 61

JUN 19 92

MAI 19 91

ABR 19 82

MAR 19 64

FEV 19 87

JAN 19 86

DEZ 18 84

NOV 18 82

OCT 18 75

SET 18 76

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$ %

Gerador de Energia 18,48 34,49

Transmissão 1,85 3,48

Distribuição (Celpe) 11,23 20,90

Encargos Sociais 2,64 4,93

Tributos 15,79 29,81

Perda de Energia 2,54 4,82

TOTAL 52,51 100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
01/09/2019					

DIC-Nº de horas sem Energia

BOM CONSELHO 0,00

5,91

11,82

23,54

01/09/2019

FIC-Nº de vezes sem Energia

0,00

3,30

6,50

13,20

01/09/2019

DMC-Duração máxima de

Interrupção contínua

0,00

3,48

8,00

01/09/2019

DICR-Duração da

Interrupção em dia crítico

0,00

12,22

01/09/2019

EUSD-Valor do Encargo de Use - R\$ 19,00

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

01/09/2019

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MONSENHOR ALFREUO DÁMASO

HR

13.109, 19

Hora de reservar

LAUJO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Padron de nomenclatura

Nome do paciente: José Ivan Lobo de Britto Soares, 26 anos
Identidade: 325

Information

Data de nascimento

卷之三

Fam. () Male ()

Materiais utilizados

Paciente M. M. de 45 anos de idade, de acidente de moto. TSE atraumatizado. Panorâmica apresenta luxação patelar com deslocamento da face. Em 06/06/06, imobilizada plástica mantém. Considerando que não se pode deslocar a articulação, encaminhado para cirurgia. Cirurgia realizada em 15/06/06.

Solicito revisión de NCR e BMS

SENHA: 5770739

www.oxfordjournals.org

Principles

© 2000 Delco

Fonte: [Referência](#)

Interventions

Teach your students to write with confidence

卷之三



Prefeitura Municipal de Bom Conselho
Secretaria Municipal de Saúde
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA

Nome:	João Francisco de Oliveira Soares	Hora:	13:15
Idade:	53 anos	Peso:	70 kg
Endereço:	Av. Presidente Dutra, 1234		
Filiação:	Av. Presidente Dutra, 1234		
Acid. Trans:	<input checked="" type="checkbox"/>	Acid. Trab: ()	Agressão: ()
HDA:	paçoca. 2.000g. 100g. Queijo de misto Carne de ovelha, maturada. Edade: 15 Ex. Clín: 200g. 100g. 100g. 100g. Trazendo na Boca e Lábios, infarto		
Diagnóstico:	AC Nf/MS		
Conduta:	57 70739 PR		
Cons. Simples ()	Cons. Terapia ()	Cons. Observação ()	Procedimento ()
13 / 03 / 11			Médico
Data		Assinatura	

SENHA DA REGULAÇÃO:

APOIO / 0000000000000000



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital de Restauração

Ficha de Atendimento

PROTOCOLO N.º

Data:

14.09.19

0701070000 Médico:

0414020000 Técnico:

ETIQUETA

17/02/2020 00:00
0206010144

Nº PRONTUÁRIO: 1693293	Data e Hora de Atendimento 14/09/2019 03:52	Local de Entrada EMERGÊNCIA GERAL
Nº. ATEND.: 1482106	Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES	Nm. Social:
Data de nascimento: 21/07/1991	Idade: 28a 1m 25d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: TAMIRES FEITOSA DA SILVA
DOC ID / Data expedição 8834503 / 09-Set-09	Mãe: SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES	Cartão SUS: 705001620549056
Endereço: RUA BARBOSA LIMA		Numero: 83
Bairro: CENTRO		Complemento:
Cidade: BOM CONSELHO		UF: PE Telefone: 981209982
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) / CEFALÉIA		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públ. <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social

História Clínica:

• Relato de colisão moto - envolve, com perda de consciente.
 Encantava-se alcoolizado e com uso, resultou no óbito.
 Fazendo 13 PCCA mor. 4 membros
 ACO/TC de Crânio +, face 10.
 L. val. BRF *Bruno R. S. Rosado*
*BRASIL, NEOPOLIS/PE
CREMATORIO, 2017/2*

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Epiléptico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
Condições de imobilização adequadas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Quê?

Exame Físico:

A. Geral	Via aérea estáária: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
----------	---	--	-------

t c respiração

B. Respiratório

Expiração:

C. Circulatório

PA:

X

mm

Pulso:

bpm

Soc. medicina - 15/09/2019 - 11:45:44

SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração
Ficha de Atendimento

ETIQUETA

D. Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas	Isocondras <input type="checkbox"/>	Anisocôdras <input type="checkbox"/>
Diagnóstico: Abertura Ocular Escore:	Hora:	Diagnóstico: Tensão Intraocular Escore:	Hora:	Glasgow:	Resposta Motora: Escala: Hora:
E.C. 1.1.5					

E. Exposição/Abdômen:

SEM JEVENAS

Diagnóstico Inicial:	Plâmen de Câncer Mammário	Cod. Procedimento
Conduta:	① INSTALAÇÃO DE SÍNTESE DE SAÍDA E DREN.	Ass. Médico
	② PULP DREN	

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input checked="" type="checkbox"/> Alta internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	CRM: 12011 Data: 14/07/19 Hora: 10:00
Medico: <u>Alison Martins</u>	Assinatura: <u>Alison Martins</u>

Termo de responsabilidade para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____
No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 14-Sel-19

OSPITAL DA RESTAURACAO

umo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

MANCHESTER V2

Nome Paciente:	JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	21/07/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	28
Senha:	U0009
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MOTO X ANIMAL HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LABIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMBROS, QUEIXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA

Observação: SENHA 5770739

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Justi IVANILDO BARROS SOARES

Foi atendido às 10:30 no dia 14/10/2019

Diagnóstico Proável:

PACIENTE VITIMADO PELA LUMOTECNICA,
CHAVES COM MARCA DO IRMATE 21, LUMOTEC
DE DESENTO 41 E 42 E FEATURA DE CARRO
MANGUEIRA (0)

Tratamento Realizado: ENFILA OS FACH + BANHO COM
ELÁSTICO

REQUERIMENTO DE ADESLAMENTO DE SUAS ATIVIDADES
PROFISSIONAL PELA UNA PERÍODO DE 15 (quinze) DIAS.

Observação: RETORNO AO AMBULATÓRIO GERAL DO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO DIA 20/10/2019,
AS 16:30

Cópia de:

Ailton Marilene

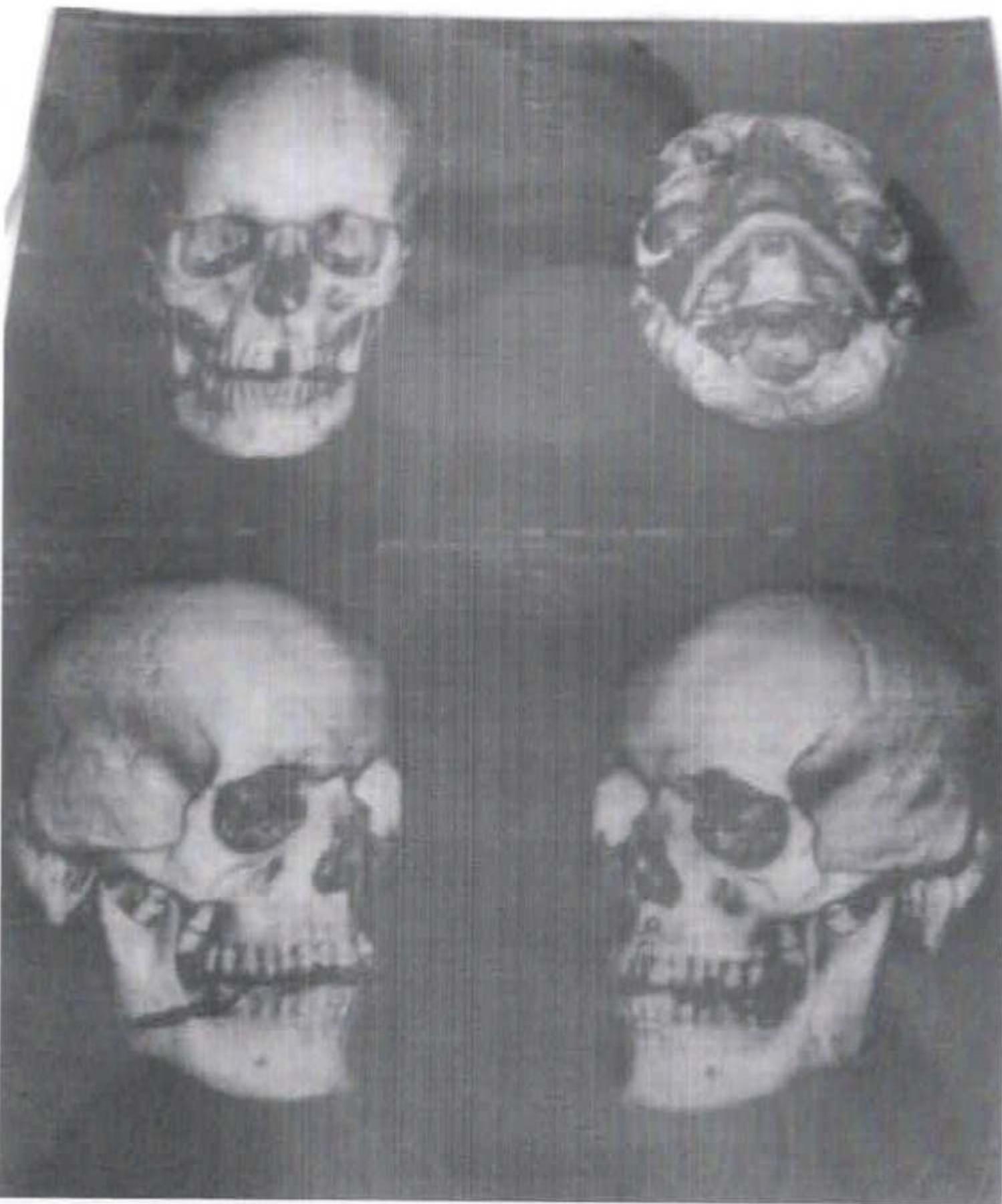
Assistente Social

Alcione Ferreira

Médica - CRM N°

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome completo:		
CRM: _____ UF: _____ N°: _____		
Endereço:		
Cidade: _____ UF: _____		
Telefone: () _____		

1º VIA FARMÁCIA

2º VIA PACIENTE

Paciente:

José Inácio Lobo Bonos

Endereço:

Prescrição:

*Gordendol (100mg) - 1Cx
30p/100mg*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident. _____	Órg. Emissor: _____
Endereço:	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: () _____	

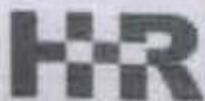
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	

Assinatura
Farmácia de Manipulação
Centro - Cuiabá

11

SENHA DA REGULAÇÃO:

ANHO / BANCO



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

TOMOGRAFIA HR

Data: 14.09.19

04204020694 Médico:
0701070030 Técnico: Tomografia
04160003030

ETIQUETA

TE/04204020694
04160003030

Nº PRONTUÁRIO: 1693293	Data e Hora de Atendimento: 14/09/2019 03:52	Local de Entrada: EMERGÊNCIA GERAL
Nº ATEND.: 1482106	Paciente: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES	Nº Social:
Data de nascimento: 21/07/1991	Idade: 28a 1m 25d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: CASADO	Profissão:	Acompanhante: TAMIRES FEITOSA DA SILVA
DOC ID / Data Expedição: 8834503 / 09-Set-09	Mãe: SIMONE MARIA VIEIRA DE BARROS SOARES	Cartão SUS: 705001620549056
Endereço: RUA BARBOSA LIMA	Paiz: CICERO PADILHA SOARES	Número: 83 Complemento:
Bairro: CENTRO		UF: PE Telefone: 981209982
cidade: BOM CONSELHO		
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) + CEFALÉIA		
Procedência: OUTRO HOSPITAL		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. P. P. <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social

História Clínica:

• Relato de cefaléia mole - evolue, com perda de consciência.
Encontra-se alcoolizado e com uso recente de cocaína.
Ferrou 13 PCTA mês 4 meses.
acidente de trânsito - Jan. 10.
L. anal. 10MF *Brasília R. S. Rosado*
PROFISSIONAL DE SAÚDE
CREAMENTO 1972

Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Trau <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
Comódisos de imobilização adequados: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Por Que?	

Exame Físico:

A. Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
C. C. estufada			
B. Respiratório	Exame Físico		
C. Circulatório	PA	X	mm

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 14/09/2019 03:33

Nome Paciente:	JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	21/07/1931
Sexo:	Masculino
Idade:	28
Senha:	U0009
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 14/09/2019 03:35 - 14/09/2019 03:37

ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **LARANJA - MUITO URGENTE**Cor:  LARANJA

Queixa Principal: COLISÃO MOTO X ANIMAL HA CERCA DE 05 HORAS COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS, PRESENÇA DE OTORRAGIA A DIREITA, RINORRAGIA, LESÃO EM LABIOS, NEGA DEFORMIDADE EM MEMSROS, QUEIXA DE CEFALÉIA, HIPERTENSO, FEZ USO DE BEBIDA ALCOOLICA

Observação: SENHA 5770738

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Acolhido(a) por: ANA MARIA AMORIM FERREIRA - COREN: 78232 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/09/2019 03:37

Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MONSENHOR ALFREUO DÁMASO

HR

12/09/10

Hora da reserva:


Assinatura
Assinatura
Assinatura

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

Nome:

Jose Vitor de Britto Souza 20 anos

CPF:

Dados do paciente

Identidade:

Data de nascimento:

Sexo:

Fem. () Masc. ()

História clínica

Paciente Mto - ole acidente de moto
Tf e atonia par. laringe, apreto
lesso lacrante na face. Pm abd
superior escoriações. Anestesia. Ponto -
em Tudo. No se desv. desvio ou
dolor. Escorrel 15.

Solicito atendimento de NCR e PMI

SENHA: 5770739

SEGURO:

principais:

procedes:

referenciais:

considerações:



Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura
Assinatura

Paciente

José Inocente da Silva

Enfermaria/Leito

PERNAMBUCO

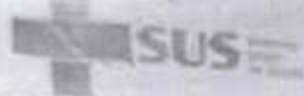
Registro

1482106

EVOLUÇÃO CLÍNICA

ADMISÃO 14/09/13 5h

Paciente com história de colite subaguda aguda comente, murcho, diarreia, febre, 38,5°C. No exame G.A.F. aparente edema, lesões em lobos expostos, lesões em dentes 11, 12, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 5610, 5611, 5612, 5613, 5614, 5615, 5616, 5617, 5618, 5619, 5620, 5621, 5622, 5623, 5624, 5625, 5626, 5627, 5628, 5629, 5630, 5631, 5632, 5633, 5634, 5635, 5636, 5637, 5638, 5639, 5640, 5641, 5642, 5643, 5644, 5645, 5646, 5647, 5648, 5649, 5650, 5651, 5652, 5653, 5654, 5655, 5656, 5657, 5658, 5659, 5660, 5661, 5662, 5663, 5664, 5665, 5666, 5667, 5668, 5669, 56610, 56611, 56612, 56613, 56614, 56615, 56616, 56617, 56618, 56619, 56620, 56621, 56622, 56623, 56624, 56625, 56626, 56627, 56628, 56629, 56630, 56631, 56632, 56633, 56634, 56635, 56636, 56637, 56638, 56639, 56640, 56641, 56642, 56643, 56644, 56645, 56646, 56647, 56648, 56649, 56650, 56651, 56652, 56653, 56654, 56655, 56656, 56657, 56658, 56659, 56660, 56661, 56662, 56663, 56664, 56665, 56666, 56667, 56668, 56669, 566610, 566611, 566612, 566613, 566614, 566615, 566616, 566617, 566618, 566619, 566620, 566621, 566622, 566623, 566624, 566625, 566626, 566627, 566628, 566629, 566630, 566631, 566632, 566633, 566634, 566635, 566636, 566637, 566638, 566639, 566640, 566641, 566642, 566643, 566644, 566645, 566646, 566647, 566648, 566649, 566650, 566651, 566652, 566653, 566654, 566655, 566656, 566657, 566658, 566659, 566660, 566661, 566662, 566663, 566664, 566665, 566666, 566667, 566668, 566669, 5666610, 5666611, 5666612, 5666613, 5666614, 5666615, 5666616, 5666617, 5666618, 5666619, 5666620, 5666621, 5666622, 5666623, 5666624, 5666625, 5666626, 5666627, 5666628, 5666629, 5666630, 5666631, 5666632, 5666633, 5666634, 5666635, 5666636, 5666637, 5666638, 5666639, 5666640, 5666641, 5666642, 5666643, 5666644, 5666645, 5666646, 5666647, 5666648, 5666649, 5666650, 5666651, 5666652, 5666653, 5666654, 5666655, 5666656, 5666657, 5666658, 5666659, 5666660, 5666661, 5666662, 5666663, 5666664, 5666665, 5666666, 5666667, 5666668, 5666669, 56666610, 56666611, 56666612, 56666613, 56666614, 56666615, 56666616, 56666617, 56666618, 56666619, 56666620, 56666621, 56666622, 56666623, 56666624, 56666625, 56666626, 56666627, 56666628, 56666629, 56666630, 56666631, 56666632, 56666633, 56666634, 56666635, 56666636, 56666637, 56666638, 56666639, 56666640, 56666641, 56666642, 56666643, 56666644, 56666645, 56666646, 56666647, 56666648, 56666649, 56666650, 56666651, 56666652, 56666653, 56666654, 56666655, 56666656, 56666657, 56666658, 56666659, 56666660, 56666661, 56666662, 56666663, 56666664, 56666665, 56666666, 56666667, 56666668, 56666669, 566666610, 566666611, 566666612, 566666613, 566666614, 566666615, 566666616, 566666617, 566666618, 566666619, 566666620, 566666621, 566666622, 566666623, 566666624, 566666625, 566666626, 566666627, 566666628, 566666629, 566666630, 566666631, 566666632, 566666633, 566666634, 566666635, 566666636, 566666637, 566666638, 566666639, 566666640, 566666641, 566666642, 566666643, 566666644, 566666645, 566666646, 566666647, 566666648, 566666649, 566666650, 566666651, 566666652, 566666653, 566666654, 566666655, 566666656, 566666657, 566666658, 566666659, 566666660, 566666661, 566666662, 566666663, 566666664, 566666665, 566666666, 566666667, 566666668, 566666669, 5666666610, 5666666611, 5666666612, 5666666613, 5666666614, 5666666615, 5666666616, 5666666617, 5666666618, 5666666619, 5666666620, 5666666621, 5666666622, 5666666623, 5666666624, 5666666625, 5666666626, 5666666627, 5666666628, 5666666629, 5666666630, 5666666631, 5666666632, 5666666633, 5666666634, 5666666635, 5666666636, 5666666637, 5666666638, 5666666639, 5666666640, 5666666641, 5666666642, 5666666643, 5666666644, 5666666645, 5666666646, 5666666647, 5666666648, 5666666649, 5666666650, 5666666651, 5666666652, 5666666653, 5666666654, 5666666655, 5666666656, 5666666657, 5666666658, 5666666659, 5666666660, 5666666661, 5666666662, 5666666663, 5666666664, 5666666665, 5666666666, 5666666667, 5666666668, 5666666669, 56666666610, 56666666611, 56666666612, 56666666613, 56666666614, 56666666615, 56666666616, 56666666617, 56666666618, 56666666619, 56666666620, 56666666621, 56666666622, 56666666623, 56666666624, 56666666625, 56666666626, 56666666627, 56666666628, 56666666629, 56666666630, 56666666631, 56666666632, 56666666633, 56666666634, 56666666635, 56666666636, 56666666637, 56666666638, 56666666639, 56666666640, 56666666641, 56666666642, 56666666643, 56666666644, 56666666645, 56666666646, 56666666647, 56666666648, 56666666649, 56666666650, 56666666651, 56666666652, 56666666653, 56666666654, 56666666655, 56666666656, 56666666657, 56666666658, 56666666659, 56666666660, 56666666661, 56666666662, 56666666663, 56666666664, 56666666665, 56666666666, 56666666667, 56666666668, 56666666669, 566666666610, 566666666611, 566666666612, 566666666613, 566666666614, 566666666615, 566666666616, 566666666617, 566666666618, 566666666619, 566666666620, 566666666621, 566666666622, 566666666623, 566666666624, 566666666625, 566666666626, 566666666627, 566666666628, 566666666629, 566666666630, 566666666631, 566666666632, 566666666633, 566666666634, 566666666635, 566666666636, 566666666637, 566666666638, 566666666639, 566666666640, 566666666641, 566666666642, 566666666643, 566666666644, 566666666645, 566666666646, 566666666647, 566666666648, 566666666649, 566666666650, 566666666651, 566666666652, 566666666653, 566666666654, 566666666655, 566666666656, 566666666657, 566666666658, 566666666659, 566666666660, 566666666661, 566666666662, 566666666663, 566666666664, 566666666665, 566666666666, 566666666667, 566666666668, 566666666669, 5666666666610, 5666666666611, 5666666666612, 5666666666613, 5666666666614, 5666666666615, 5666666666616, 5666666666617, 5666666666618, 5666666666619, 5666666666620, 5666666666621, 5666666666622, 5666666666623, 5666666666624, 5666666666625, 5666666666626, 5666666666627, 5666666666628, 5666666666629, 5666666666630, 5666666666631, 5666666666632, 5666666666633, 5666666666634, 5666666666635, 5666666666636, 5666666666637, 5666666666638, 5666666666639, 5666666666640, 5666666666641, 5666666666642, 5666666666643, 5666666666644, 5666666666645, 5666666666646, 5666666666647, 5666666666648, 5666666666649, 5666666666650, 5666666666651, 5666666666652, 5666666666653, 5666666666654, 5666666666655, 5666666666656, 5666666666657, 5666666666658, 5666666666659, 5666666666660, 5666666666661, 5666666666662, 5666666666663, 5666666666664, 5666666666665, 5666666666666, 5666666666667, 5666666666668, 5666666666669, 56666666666610, 56666666666611, 56666666666612, 56666666666613, 56666666666614, 56666666666615, 56666666666616, 56666666666617, 56666666666618, 56666666666619, 56666666666620, 56666666666621, 56666666666622, 56666666666623, 56666666666624, 56666666666625, 56666666666626, 56666666666627, 56666666666628, 56666666666629, 56666666666630, 56666666666631, 56666666666632, 56666666666633, 56666666666634, 56666666666635, 56666666666636, 56666666666637, 56666666666638, 56666666666639, 56666666666640, 56666666666641, 56666666666642, 56666666666643, 56666666666644, 56666666666645, 56666666666646, 56666666666647, 56666666666648, 56666666666649, 56666666666650, 56666666666651, 56666666666652, 56666666666653, 56666666666654, 56666666666655, 56666666666656, 56666666666657, 56666666666658, 56666666666659, 56666666666660, 56666666666661, 56666666666662, 56666666666663, 56666666666664, 56666666666665, 56666666666666, 56666666666667, 56666666666668, 56666666666669, 566666666666610, 566666666666611, 566666666666612, 566666666666613, 566666666666614, 566666666666615, 566666666666616, 566666666666617, 566666666666618, 566666666666619, 566666666666620, 566666666666621, 566666666666622, 566666666666623, 566666666666624, 566666666666625, 566666666666626, 566666666666627, 566666666666628, 566666666666629, 566666666666630, 566666666666631, 566666666666632, 566666666666633, 566666666666634, 566666666666635, 566666666666636, 566666666666637, 566666666666638, 566666666666639, 566666666666640, 566666666666641, 566666666666642, 566666666666643, 566666666666644, 566666666666645, 566666666666646, 566666666666647, 566666666666648, 566666666666649, 566666666666650, 566666666666651, 566666666666652, 566666666666653, 566666666666654, 566666666666655, 566666666666656, 566666666666657, 566666666666658, 566666666666659, 566666666666660, 566666666666661, 566666666666662, 566666666666663, 566666666666664, 566666666666665, 56666666



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



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

José Ivanildo da Silveira Soárez

6 - N° DO FRONTUÁRIO

169 3195

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDERECO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de exame

14 - CÓD. PROCEDIMENTO - CTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TR - 3011 - 30

16 - CÓD. PROCEDIMENTO - CTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - CÓD. PROCEDIMENTO - CTDE

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO - CTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - CTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

21 - DATA DA SOLICITAÇÃO

16/05/19

22 - N° DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - ASSINATURA E CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE



24 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

25 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

26 - N° DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

27 - ASSINATURA E CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE 13/09/19	DATA INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO 13/09/19
------------------------------	--

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

João Geraldo da Barra Sá

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

TCE grave + fratura da maxilar

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Tratamento Neurocirúrgico

Tratamento cirúrgico da maxilar

ALTA MÉDICA	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Alta médica - 20/09/19
-------------	---	------------------------------	------------------------

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
---	------------------------------	---

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:
 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO

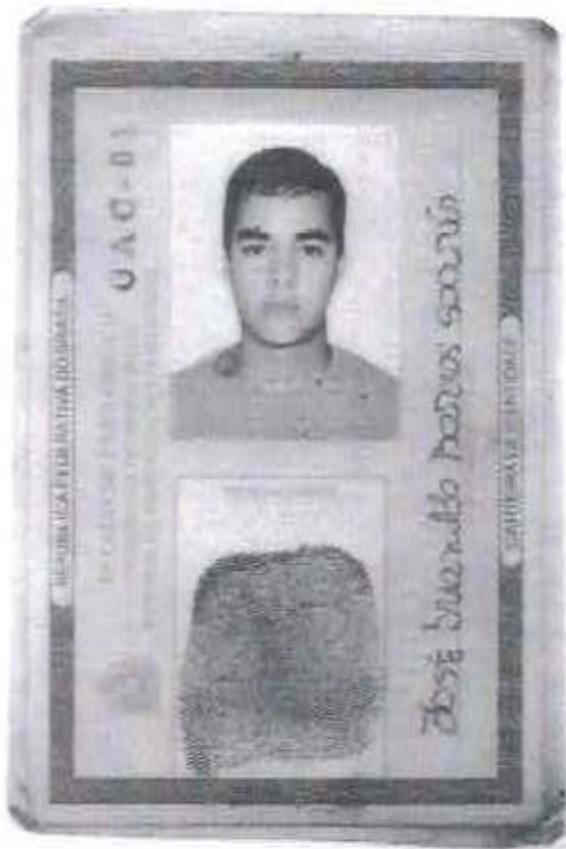
- 1º Perte temporária e temporânea
- 2º Diminuição do olfacto e do paladar
- 3º Impossibilidade de função da Tráquea
- 4º Tendo de usar óculos de proteção
- 5º

A ESSE, QUE ASSERTE E QU AVALIAR A VÍTIMA NO PERÍODO DE
 10/10/19
 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Caranam 10/10/19
 LOCAL DATA

Dr. Rosana C. Sá
 Médica
 CRMESP 16542

Assinatura e Carimbo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

Descrição do exame físico: Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PAG.01.05.12)
FRATURA DE MAXILAR (PAG.15)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701428 **Cidade:** Bom Conselho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES **Data do acidente:** 13/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PAG.01.05.12)
FRATURA DE MAXILAR (PAG.15)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452888/19

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

CPF: 101.004.884-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/09/2019

Titular do CPF: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES : 101.004.884-80

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: 16/12/2019
Nome: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES
CPF: 101.004.884-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Steffany Caroliny Lins Veloso

**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: **3190701428**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA BARBOSA LIMA, 83 - Bom Conselho - PE - CEP 55330-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8834503**

Data e local do acidente: [**13/09/2019**] **Bom Conselho**

Data e local do exame: [**27/12/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo craniano com otorragia à direita e rinorragia. Fratura do côndilo mandibular direito. Lesão em lábios.

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

Vítima queixa-se de cefaleia e anosmia. Ao exame, apresentando redução da abertura da boca com déficit mastigatório.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Quadro submetido a tratamento conservador, evoluindo sem complicações.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Dano crânio facial

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"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

"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.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas crânio faciais

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

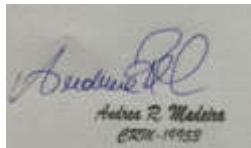
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701428

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701428

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

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.

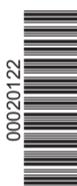
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190701428**

Vítima: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Data do Acidente: 13/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

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 de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

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: JOSE IVANILDO DE BARROS SOARES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000003547

Conta: 0000014683-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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, retorno 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,

