



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC**  
**DIM/9ªDESEC**

549710  
0332931/19

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127006747**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/09/2019** às **15:23**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/7/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 01, ESTRADA DE ALDEIA, 01 - Bairro: ALDEIA**  
**- CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
 JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: ( Usado na geração da ocorrência ) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 BICICLETA: ( Usado na geração da ocorrência ) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS**  
**ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**



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

**JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO** Pai: **LUCAS ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8553788/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 984350817**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 310, RUA SÃO MIGUEL 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO** Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NAO INF (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



**BICICLETA (BICICLETA)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**,  
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **BIKE TRIAL/CALOI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMOU NESTA DELEGACIA QUE: DESCIA A LADEIRA DA ESTRADA DE ALDEIA E FOI ATINGIDO POR UM VEICULO DESCONHECIDO QUE EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA. QUE FOI LEVADA PARA A UPA DA CAXANGÁ POR UM VIZINHO, E DE LÁ, REMOVIDO PARA O HR COM FRATURA NO PUNHO DIREITO. É O FATO DESTE B.O.**

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

**JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

*Jose Lucas A. da S. do N.*

B.O. registrado por: **FERNANDO JOSE DE ALMEIDA** - Matrícula: **3847659**

*Fernando Jose de Almeida*





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:

116.319.904-46

4 - Nome completo da vítima:

José Lucas A. da S. do Nascimento

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

5 - Nome completo:

José Lucas A. da S. do Nascimento

7 - Profissão:

CONFERENTE

8 - Endereço:

RUA: BEZERRA DA PALMA

6 - CPF:

116.319.904.46

9 - Número:

167

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALDEIA DOS CAMARAS

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54792.110

15 - E-mail:

LUCAS.ALVES.SILVA1010@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(81) 98435-0817

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

☐

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 (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:

AGÊNCIA:

3017

CONTA:

00073121

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

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:

☐

Sim

☐

Não

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/09/19 / RECIFE

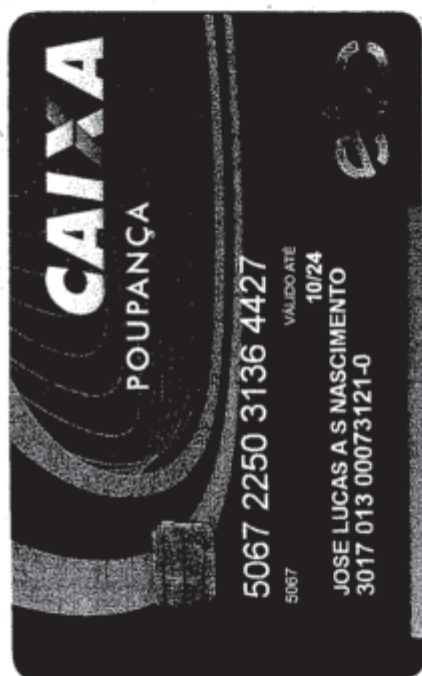
José Lucas A. da S. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047504/20

**Vítima:** JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

**CPF:** 116.319.904-46

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 21/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

**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  
Outros

**JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO : 116.319.904-46**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020  
Nome: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO  
CPF: 116.319.904-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



**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: **3200058137**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Bezerra da Palma, 167 - Aldeia dos Camarás - Camaragibe - PE - CEP 54792-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **8553788**

Data e local do acidente: [ **21/07/2019** ] **Camaragibe, PE**

Data e local do exame: [ **14/02/2020** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura distal do rádio à direita.*

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

*Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos da flexão (40º) e extensão (20º) do punho direito, deficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Alta há cerca de 2 meses.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Limitação funcional do punho direito*

**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):

Punho direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 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.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200058137 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 21/07/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura distal do rádio à direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos da flexão (40°) e extensão (20°) do punho direito, deficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese, fisioterapia. Alta há cerca de 2 meses.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder em Sinistros  
Condições de Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047504/20

Vítima: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 116.319.904-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO : 116.319.904-46

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8199.

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 8.194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020

Nome: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 116.319.904-46

*Jose Lucas A. da Silva Nascimento*

JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

*Juliana Bezerra de Luna*

JULIANA BEZERRA DE LUNA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO **10M04**  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

 POL. EGAR DIREITO



*João Lucas L. da S. de Nascimento*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Industria Gráfica Brasileira S.A.

DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL  
 DEVS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 25 SET 1979  
 Com. Segurança  
 Av. Rui Barbosa, 722 - 4.º B.  
 Recife - PE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.553.788

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2018

NOME << JOSÉ LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO << LUCAS ALVES DA SILVA >>  
<< JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE CAMARAGIBE - PE

DOC. ORIGEM << CN.43909 L.A38 F.187V CART. SEDE CAMARAGIBE-PE 15.03.1999 >>

DATA DE NASCIMENTO 10/05/1994

CPF 116.319.904-46

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-81 22.858 3032

R418944681207173750.8121425

DEPARTAMENTO DE REGISTRO

CONTENDO MATERIAL

25 SET 2019

Carla Magalhães

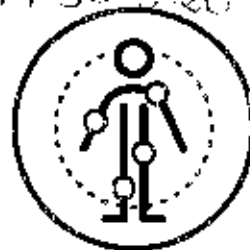
Av. Rui Barbosa, 715 - 4.º

Recife - PE



# Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



## LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

### DADOS PESSOAIS

Nome do paciente JOSE LUCAS ALVES DA SILVA LAMARCA  
Data de nascimento 10 / 05 / 1994 RG 8553788 SDS CPF 116.319.904 / 46

### DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 21 / 07 / 2019

Nº do B.O. 19E0127006747

Resumo clínico Paciente vítima de acidente de trânsito; sofreu fratura tríplice c/ lesão aberta no 1/3 distal do rádio direito.

Diagnóstico Fratura 1/3 distal osso do punho direito

Tratamento Curativo c/ placa + parafusos

Sequelas 1 - Deformidade artroscópica  
2 - Limitação dos movimentos de punho direito  
do punho em aproximadamente 70%.

Data da alta ambulatorial definitiva 29 / 01 / 2020

Abreu e Lima, 29 de Janeiro de 2020

Dr. Pedro Marques  
Ortopedista  
CRM-PE 8594

Médico (CRM)



Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1456981

Data e Hora de Atendimento:  
21/07/2019 23:58

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Nr. Prontuário: 1686626 Paciente: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO Nm. Social:  
Data de nascimento: 10/05/1994 Idade: 25a 2m 11d Sexo: MASCULINO  
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: LUCCLEIDE TAVARES

DOC ID / Data expedição  
8553788 / 09-Mai-18

Mãe: JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO  
Pai: LUCAS ALVES DA SILVA

Cartão SUS:

Endereço: RUA DA LAPA  
Bairro: TABATINGA  
Cidade: CAMARAGIBE

Numero 300  
Complemento:  
UF: PE Telefone: 73189406

Ocorrências:

Motivo do atendimento: OUTRAS COLISOES

Procedência: DOMICILIO

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐  
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐  
Outros ☐

Observação:

Assistente Social

História Clínica: Paciente vítima de queda de bicicleta após colisão com  
carro h/ ± 3 horas e usa i refere perda de consciência. Rega  
doritos. Paciente com queixa de dor e edema em MSD  
\* refere alergia à aspirina

ACID / BAIXADO  
FUNÇÃOÁRIO

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA  
DATA 22/07/19  
MÉDICO  
TÉCNICO  
CONTRASTE

Atendimento Médico  
Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒  
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: EXAMINADO  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ☐  
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Quê? ausência de collar cervical

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:

paciente com vias aéreas pervias; paciente fala; seu uso de collar cervical

B: Respiratório MV @ em APT SL PAI expansibilidade traqueal simétrica sat 92

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm 98

RRR em JT BNF SLS; FC = 94 bpm

ausência de sangramentos

21/07/19 20:10  
22/07/19 09:10



D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escor: 4 Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escor: 5 Hora: Glasgow: Resposta Motora Escor: 6 Hora:

Glasgow = 4 + 5 + 6 = 15. anelada de déficit motor. ☐

E: Exposição/Abdômen:

— abdome plano, depressível, fúrdos nódos d parafas, seu sruos de infapas pntual, PRA ⊕

— Edema e deteriorade eu MSD, ou der nortante d parafas e nortações eu regas frontal d ornetta.

Diagnóstico Inicial: 1) parafas 2) TCE leve. Cod. Procedimento

Conduta:

1) sdrto TAC de crânio e cereb cervical seu contraste

2) sdrto Ralox de torax e pulm eu AP - Ralox de brega d D e pulm d eu AP e pntu

3) sdrto anafas de NCR e de orspedra

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem: 4) trave dal loo up - 21 cup + sruos. 21/07/2019

agore

Dra. Nathália Valois  
Cirurgã Geral  
CRM-PE 22.514  
RQE 8619

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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 cirurgico 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 nosocômio, 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: 21-Jul-19



Data e hora retirada da senha: 21/07/2019 23:42

Nome Paciente: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIEMNT  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 10/05/1994  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: U0050  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 21/07/2019 23:44 - 21/07/2019 23:45

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

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE BICICLETA APOS COLIDIR COM CARRO HA CERCA DE  
3 H E MEIA REFERE PERDA DE CONSCIENCIA E APRESENTA DEFORMIDADE EM MSD  
REFERE DOR NO LOCAL

Observação:

DEMANDA ESPONTANEA

Fotograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 6



22/07/19

(03:30h)

#Tutolo

Leto vítima de ac. de Bicicleta hoje,  
com dor + deformidade em antebraço @; No exame:  
NVE; Sem Fumitos; Rx: Fract. fechada Rádio Ant. @

1) @ Imobilização  
2) Internamento após alta dos  
demais exames

Wenderson Raphael F. N. da Cruz  
Ortopedia/Traumatologia  
CREMEPE 24207

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

Data Impressão: 21/07/2019 23:45



NCR  
22/07/19  
03:15

# Jon Lucas, 25a  
TC de crânio / cervical sem lesão neurocirúrgica aguda  
Glasgow 15 PEFE mov. 4 membros  
# CD: alta da NCR  
acomp. transtato

  
Bruno R. S. Rosado  
Resid. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jose Luis Alves

1456981

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

07:00h.

Cir. Imp

- Pac. 47 meixos de dor abdominal em sua parte  
fem. sup. de fôim-p & altent.

cyf) alte de cir. imp

(2) do cirurgião Traumatológico

Cesar Henrique Lyra  
Cirurgião Hepatobiliar e  
Transplante Hepático  
CRM 14.138

7:45

Admissão

Adm: FRAVRS DO PUNTO DIR

Paciente > 1 com histórico de  
lesão no cirurgico

DEPARTAMENTO DE  
DEUT  
CONTÉUDO HOSPITALAR

25

2020-08-25  
Rua Barbosa, 715

IVAN M. G. C.  
Traumatológico - Cirurgião  
CRM - 14501



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## Hospital da Restauração

## PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_

Enf / Leito: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

DIA: 22/07/15

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
( )	Aferição de sinais vitais ( 3 vezes ao dia )
( )	Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário )
( )	Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário )
( )	Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas )
( )	Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário )
( )	Cateterismo Intermitente ( 6 em 6 horas e se necessário )

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CONTROLE DE APLICAÇÃO  
25 SET 2019  
Carla Siqueira  
Av. Ruy Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10					
	16					
	22					
	10	18				
Frequência Respiratória	16					
	22					
	10	36.ºC				
	16					
Temperatura	22					
	10	120x40				
	16					
	22					
Pressão Arterial	10					
	16					
	22					
	10					
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE						



**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

Nascimento  
José Luis Alves de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1686626

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

TAC de Coluna

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Coluna Cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TUMOGRAFIA DE EMERGENCIA  
DATA: 21/07/19  
MÉDICO: [Assinatura]  
TÉCNICO: [Assinatura]  
EXAME: [Assinatura]  
24 - DATA DE SOLICITAÇÃO  
21, 07, 19

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



SERVICO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nome: José Lucas Flus da Silva do Nascimento

Foi atendido às 23:58 h do dia 21 / 07 / 19

Diagnóstico Provável TCE leve

data da alta 22 / 07 / 19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :  
**CEFALÉIA ( dor de cabeça que não alivia )**  
**VÔMITOS**

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (que aparece após a alta)  
CONVULSÃO  
OROS : Anelaf.

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja Alergia ( NOVALGINA; ANADOR, TYLENOL )

distrito paulista de Curitiba

Observação :

~~Bruno S. Rosado~~  
~~Residência Neurocirurgia~~  
~~CREMEPE 27872~~

DEPARTAMENTO DE PLANTAS  
CONSEJO NACIONAL DE PLANTAS



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO**  
**(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

**PACIENTE:** JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

**CID-10:** S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

**DATA DE INTERNAMENTO:** 22/07/2019

**DATA DA CIRÚRGIA:** 29/07/2019

**DATA DE ALTA:** 30/07/2019

**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 12/08/2019

**HORÁRIO:** 07:00

**MEDICO ASSISTENTE:** DR. JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO



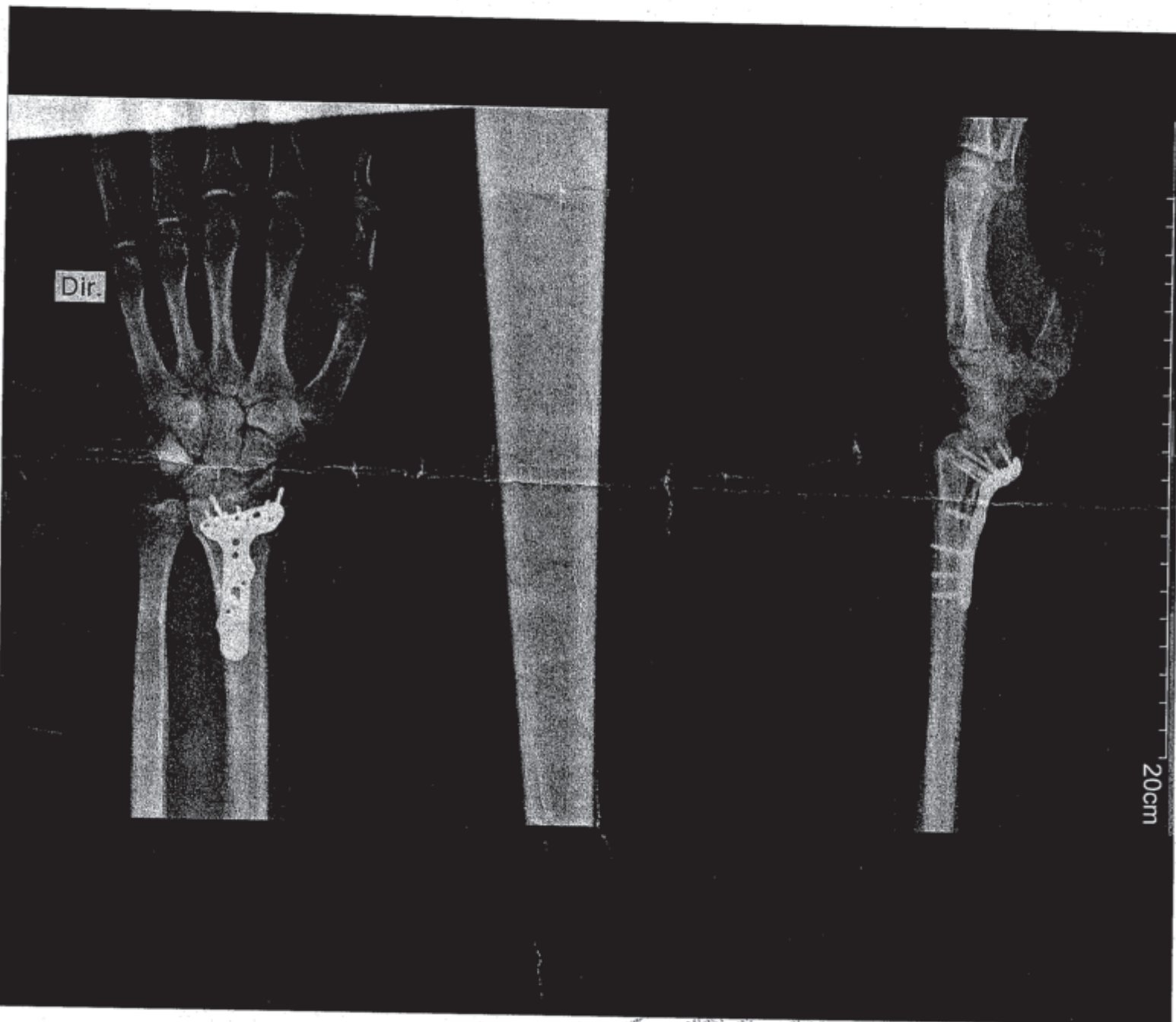
JABOATÃO DOS GUARARAPES, 30 DE JULHO DE 2019

  
\_\_\_\_\_  
**MEDICO:** ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO



JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO,  
Sex:  
Data de nascimento:10/05/1994  
ID:771931..

Data de aquis.:12/08/2019  
Hora de aquis.:07:36:13  
Índice de exp.:1449



DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA  
CONTENIDO NÃO VERIFICADO  
25 SET 2019  
Gostin Regenerata S.A.  
Av. Paulista - 700 - 11.º andar

PUNHO  
AP  
W: 4095, L: 2048  
ID de técnico:admnin

HOSPITAL APARTAMENTO DOS GUARABAPES  
Escala:0.0



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:

116.319.904-46

4 - Nome completo da vítima:

José Lucas A. da S. do Nascimento

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

5 - Nome completo:

José Lucas A. da S. do Nascimento

7 - Profissão:

CONFERENTE

8 - Endereço:

RUA: BEZERRA DA PALMA

6 - CPF:

116.319.904.46

9 - Número:

167

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALDEIA DOS CAMARAS

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54792.110

15 - E-mail:

LUCAS.ALVES.SILVA1010@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(81) 98435-0817

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

☐

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 (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:

AGÊNCIA:

3017

CONTA:

00073121

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/09/19 / RECIFE

José Lucas A. da S. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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:

116.319.904-46

4 - Nome completo da vítima:

José Lucas A. da S. do Nascimento

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

5 - Nome completo:

José Lucas A. da S. do Nascimento

7 - Profissão:

CONFERENTE

8 - Endereço:

RUA: BEZERRA DA PALMA

6 - CPF:

116.319.904.46

9 - Número:

167

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ALDEIA DOS CAMARAS

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54792.110

15 - E-mail:

LUCAS.ALVES.SILVA1010@GMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

(81) 98435-0817

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

☐

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 (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:

AGÊNCIA:

3017

CONTA:

00073121

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

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:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25/09/19 / RECIFE

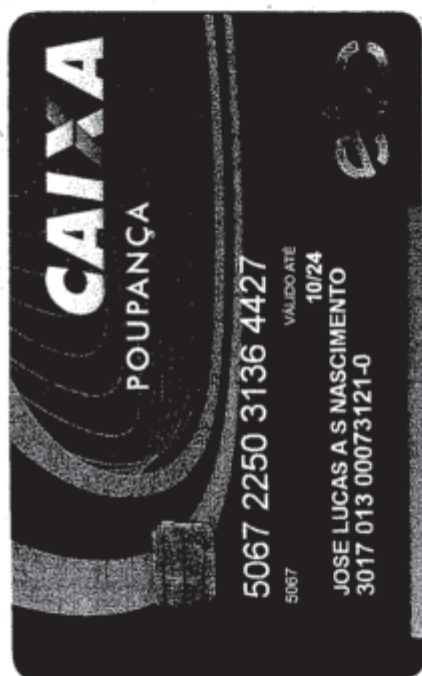
José Lucas A. da S. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)









**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC**  
**DIM/9ªDESEC**

549710  
0332931/19

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127006747**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/09/2019** às **15:23**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **21/7/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 01, ESTRADA DE ALDEIA, 01 - Bairro: ALDEIA**  
**- CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
 JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: ( Usado na geração da ocorrência ) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 BICICLETA: ( Usado na geração da ocorrência ) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS**  
**ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**



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

**JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO** Pai: **LUCAS ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **10/5/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8553788/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 984350817**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 310, RUA SÃO MIGUEL 310 - CEP: 55000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO** Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NAO INF (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



**BICICLETA (BICICLETA)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**,  
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **BIKE TRIAL/CALOI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMOU NESTA DELEGACIA QUE: DESCIA A LADEIRA DA ESTRADA DE ALDEIA E FOI ATINGIDO POR UM VEICULO DESCONHECIDO QUE EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE E NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA. QUE FOI LEVADA PARA A UPA DA CAXANGÁ POR UM VIZINHO, E DE LÁ, REMOVIDO PARA O HR COM FRATURA NO PUNHO DIREITO. É O FATO DESTE B.O.**

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

**JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

*Jose Lucas A. da S. do N.*

B.O. registrado por: **FERNANDO JOSE DE ALMEIDA** - Matrícula: **3847659**

*Fernando Jose de Almeida*





Rio de Janeiro, 08 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058137

Vítima: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000073121-0

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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200058137**

**Vítima: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 21/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**

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, 04 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200058137**

**Vítima: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 21/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO**

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



# 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: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000073121-0

---

Nr. da Autenticação ADC9E7A36BF2A7F7



Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1456981

Data e Hora de Atendimento:  
21/07/2019 23:58

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Nr. Prontuário: 1686626 Paciente: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO Nm. Social:  
Data de nascimento: 10/05/1994 Idade: 25a 2m 11d Sexo: MASCULINO  
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: LUCCEIDE TAVARES

DOC ID / Data expedição  
8553788 / 09-Mai-18

Mãe: JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO  
Pai: LUCAS ALVES DA SILVA

Cartão SUS:

Endereço: RUA DA LAPA  
Bairro: TABATINGA  
Cidade: CAMARAGIBE

Numero 300  
Complemento:  
UF: PE Telefone: 73189406

Ocorrências:

Motivo do atendimento: OUTRAS COLISOES

Procedência: DOMICILIO

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta ☐

Caso Social ☐

Encaminhamentos:

Rede de Apoio ☐

GPCA ☐

Cons.Tutelar ☐

Delegacias ☐

Minist. Publico ☐

Outros ☐

Observação:

Assistente Social

História Clínica: Paciente vítima de queda de bicicleta após colisão com  
carro h/ ± 3 horas e usa i refere perda de consciência. Rega  
doritos. Paciente com queixa de dor e edema em MSD  
\* refere alergia a aspirina

ACID / BAIXADO  
FUNÇÃOÁRIO

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA  
DATA 22/07/19  
MÉDICO  
TÉCNICO  
CONTRASTE

Atendimento Médico  
Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒  
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: EXAMINADO  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura: ☐  
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Que? ausência de collar cervical

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:

paciente com vias aéreas pervias; paciente fala; seu uso de collar cervical

B: Respiratório MV @ em APT SL PAI expansibilidade traqueal simétrica satO2 98%

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

RRR em JT BNF SLS; FC = 94 bpm  
ausência de sangramentos

22/07/19 09:10



D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4 Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5 Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: 6 Hora:

Glasgow = 4 + 5 + 6 = 15. aneurisma de divertículo anterior. ☐

E: Exposição/Abdômen:

- abdome plano, depressível, tendido, menor de palpação, sem sinais de irritação peritoneal, RHA ⊕.
- Edema e deterioração em MSD, com dor importante à palpação e contrações em região frontal à direita.

Diagnóstico Inicial:

1) pancreatite  
2) TCE leve.

Cod. Procedimento

Conduta:

- 1) Sufixo TAC de crânio e coluna cervical sem contraste
- 2) Sufixo RaioX de tórax e pulmão em AP - RaioX de bacia D e pulmão D em AP e perfil
- 3) Sufixo aneurisma de NCR e de artéria

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

4) Trauma do abdome - 21 Jul + Sufixo de abdome e coluna. agora

Dra. Nathália Valois  
Cirurgião Geral  
CRM-PE 22.514  
RQE 8619

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

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 cirurgico 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 nosocômio, 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: 21-Jul-19



Data e hora retirada da senha: 21/07/2019 23:42

Nome Paciente: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIEMNT0  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 10/05/1994  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: U0050  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 21/07/2019 23:44 - 21/07/2019 23:45

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

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE BICICLETA APOS COLIDIR COM CARRO HA CERCA DE 3 H E MEIA REFERE PERDA DE CONSCIENCIA E APRESENTA DEFORMIDADE EM MSD REFERE DOR NO LOCAL

Observação:

DEMANDA ESPONTANEA

Fotograma sintoma:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es):

- HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 6



22/07/19

(03:30h)

#Tutolo

Leto vítima de ac. de bicicleta hoje,  
com dor + deformidade em antebraço @; No exame:  
NVE; Sem fraturas; Rx: Fratura fechada antebraço @

M: @ Imobilização

C Intenente após alta dos  
demais membros

Rafael Siqueira S.A.  
Ortopedia/Traumatologia  
CREMEPE 24207

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

Data Impressão: 21/07/2019 23:45



NCR  
22/07/19  
03:15

# Jon Lucas, 25a

TC de crânio / cervical sem lesão neurocirúrgica aguda  
Glasgow 15 PEFE mov. 4 membros

# CD: alta da NCR  
acomp. transtato

  
Bruno R. S. Rosado  
Resid. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jose Luis Alves

1456981

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

07:00h.

Cir. Imp

- Pac. 57 meixos de dor abdominal em uma zona  
fem. sup. de fôix-p & altent.

cx/1 alte de cor. ml

(2) do curcio Traumatologia

Cesar Henrique Lyra  
Cirurgia Hepatobiliar e  
Transplante Hepático  
CRM 14.138

7:45

Admissão

Adm: FRAVRS DO PUNTO DIR

Paciente >1 com histórico de HTA  
16mm no cirurgico

DEPARTAMENTO DE  
DEUT  
CONTÉUDO HOSPITALAR

25

2020/08/25  
Rua Barbosa, 715

IVAN M. G. C.  
Traumatologia - Cirurg.  
CRM - 14501



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## Hospital da Restauração

## PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_

Enf / Leito: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

DIA: 22/07/15	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) Aferição de sinais vitais ( 3 vezes ao dia )
( ) Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário )
( ) Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário )
( ) Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas )
( ) Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário )
( ) Cateterismo Intermitente ( 6 em 6 horas e se necessário )

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
 CONTROLE DE MEDICAMENTOS  
 25 SET 2019  
 Carla Siqueira  
 Av. Ruy Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	10					
16	16					
22	22					
10	10	18				
16	16					
22	22					
10	10	36.2				
16	16					
22	22					
10	10	120x40				
16	16					
22	22					
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE						



**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

Nascimento  
José Luis Alves de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1686626

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

TAC de Coluna

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Coluna Cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

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

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**AUTORIZAÇÃO**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TUMOGRAFIA DE EMERGENCIA  
DATA: 21/07/19  
MÉDICO: [Assinatura]  
TÉCNICO: [Assinatura]  
EXAME: [Assinatura]  
24 - DATA DE SOLICITAÇÃO  
21, 07, 19

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO



SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nome: João Lucas Flus da Silva do Nascimento

Foi atendido às 23:58 h do dia 21 / 07 / 19

Diagnóstico Provável TCE Lux

data da alta 22 / 07 / 19

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :  
**CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)**  
**VÔMITOS**

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (que aparece após a alta)  
CONVULSÃO  
QRS : Anóxico

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja Alergia ( NOVALGINA; ANADOR, TYLENOL )

distância para a estação de metrô Churrasco

Observação:

~~Bruno A. Rosado~~  
~~Resid. Neurocirurgia~~  
~~CREMEPE 27872~~

DEPARTAMENTO DE FISCALIA  
DFAAT  
CONTENIDO N.º 10



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO  
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

**PACIENTE:** JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

**CID-10:** S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

**DATA DE INTERNAMENTO:** 22/07/2019

**DATA DA CIRÚRGIA:** 29/07/2019

**DATA DE ALTA:** 30/07/2019

**DATA CONSULTA DE RETORNO:** 12/08/2019

**HORÁRIO:** 07:00

**MEDICO ASSISTENTE:** DR. JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO



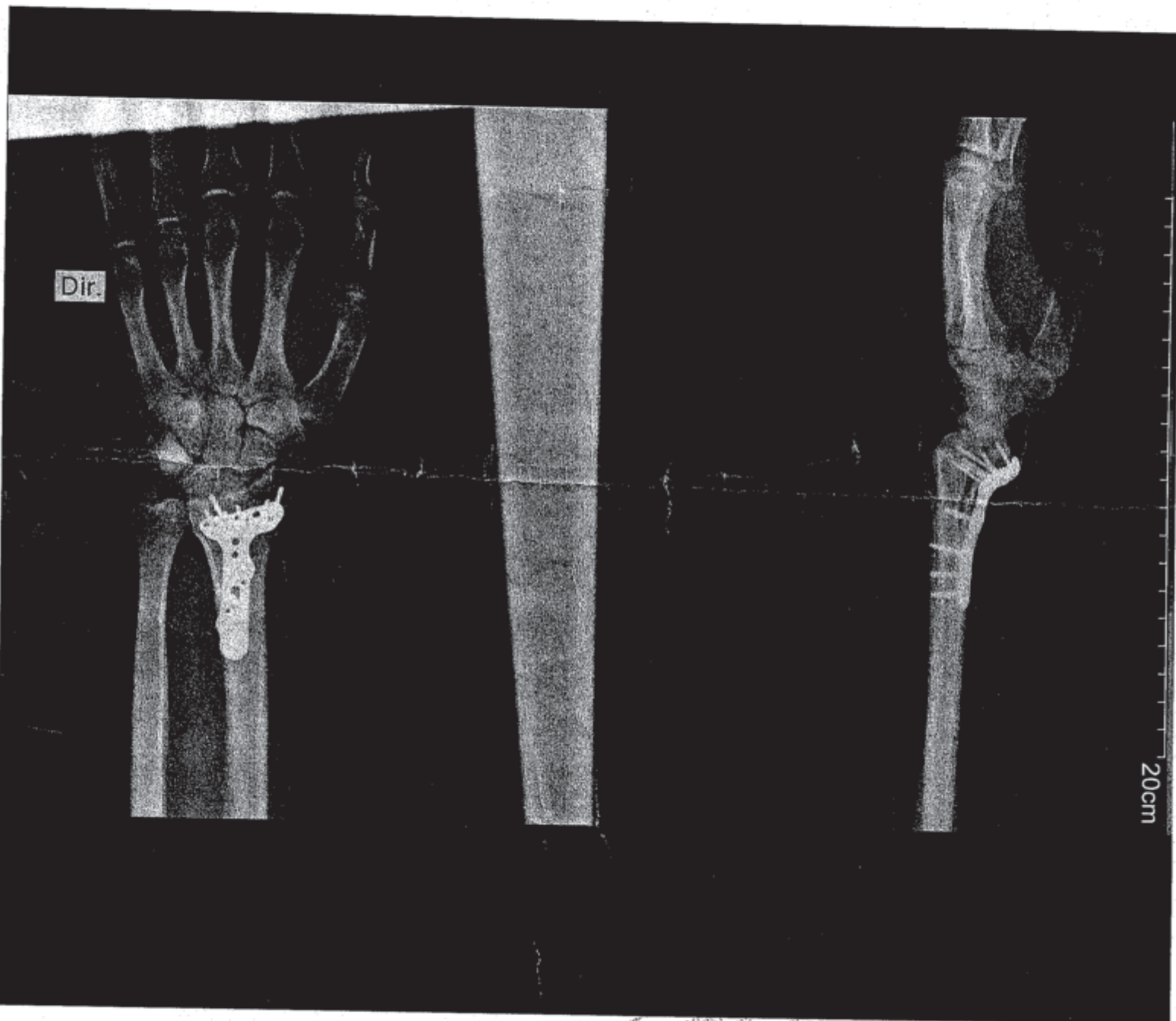
JABOATÃO DOS GUARARAPES, 30 DE JULHO DE 2019

  
MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO



JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO,  
Sex:  
Data de nascimento:10/05/1994  
ID:771931..

Data de aquis.:12/08/2019  
Hora de aquis.:07:36:13  
Índice de exp.:1449



DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA  
CONTENIDO NÃO VERIFICADO  
25 SET 2019  
Gestão Hospitalar S.A.  
Av. Paulista, 1400 - 14º andar - São Paulo, SP

PUNHO  
AP  
W: 4095, L: 2048  
ID de técnico:admnin

HOSPITAL APARTAMENTO DOS GUARABAPES  
Escala:0.0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 10M04  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

 POL. EGAR DIREITO



*João Lucas L. da S. de N. M. M. M. M.*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Industria Gráfica Brasileira S.A.

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
DEPUTADO  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 SET 2009  
Com. Segurança e Defesa  
Av. Rui Barbosa, 722 - 4º. B.  
Recife - PE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.553.788

DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2018

NOME << JOSÉ LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO << LUCAS ALVES DA SILVA >>  
<< JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE CAMARAGIBE - PE

DOC. ORIGEM << CN.43909 L.A38 F.187V CART. SEDE CAMARAGIBE-PE 15.03.1999 >>

DATA DE NASCIMENTO 10/05/1994

CPF 116.319.904-46

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-81 22.858 3032

R418944681207173750.8121425

DEPARTAMENTO DE REGISTRO

CONTENDO 100 VOTOS

25 SET 2019

Carla Magalhães

Av. Rui Barbosa, 715 - 4.º

Recife - PE



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332931/19

**Vítima:** JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIN

**CPF:** 116.319.904-46

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/07/2019

**Titular do CPF:** JOSE LUCAS ALVES DA  
SILVA DO NASCIMENTO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO : 116.319.904-46**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

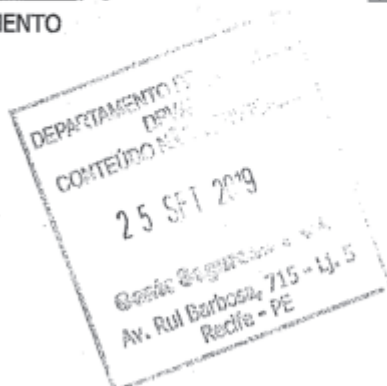
Data da apresentação: 25/09/2019  
Nome: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO  
CPF: 116.319.904-46

*Jose Lucas A. da S. do Nascimento*  
JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

*Juliana Bezerra de Luna*  
JULIANA BEZERRA DE LUNA





# (Declaração)

Declaro para Devido fins, que Na Data do Acidente  
ocorrido. fui socorrido pelo meu Vizinho, para UPA  
da Coxanga. Chegando lá, Nós tinha ortopedista e Me  
mandaram para a Restauração, que meu Vizinho  
me levou. E da Restauração No dia seguinte fui  
Transferido para o Memorial Taboatã. Onde passei  
por procedimento Cirúrgico. Com fratura no punho  
Direito. E por isso me disponho de uma perícia Médica.  
isso seja solicitado pela Seguradora.

José Inácio A. da S. do Nascimento  
25/09/99 RECIFE





# DECLARAÇÃO

Venho por meio informar  
Que não existe mais documentação médica  
A se apresentar.

Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela  
seguradora.

Eu José Lucas A. de S. do Nascimento  
Portador do RG 8.553.788 e CPF 116.319.904-46

José Lucas A. de S. do Nascimento

Assinatura da vítima

25/09/19 Recife





INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.  
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet ([www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br))



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



005750



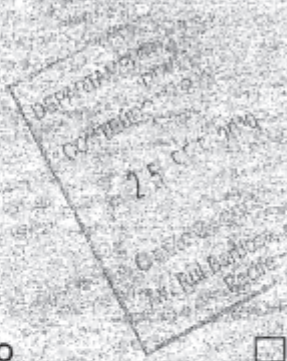
JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO  
BEZERRA DA PALMA 167  
ALDEIA DOS CAMARA  
CAMARAGIBE - PE  
54792.110



5013196987417490000000919430030919

REMETENTE

INSS  
AG DA PREVIDENCIA SOCIAL CAMARAGIBE  
AV DOUTOR BELMINO CORREIA  
TIMBI  
CAMARAGIBE - PE  
54768.000



009320

- ☐ MUDOU-SE  
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE  
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO  
☐ DESCONHECIDO

- ☐ RECUSADO  
☐ NÃO PROCURADO  
☐ AUSENTE  
☐ FALECIDO

- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO  
☐ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: .....

EM: .....

RESPONSÁVEL

VISTO



Ficha de Atendimento

Número do Atendimento

1456981

Data e Hora de Atendimento:  
21/07/2019 23:58

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL  
Atendimento Manual:

Nr. Prontuário: 1686626 Paciente: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO Nm. Social:  
Data de nascimento: 10/05/1994 Idade: 25a 2m 11d Sexo: MASCULINO  
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: LUCCLEIDE TAVARES

DOC ID / Data expedição  
8553788 / 09-Mai-18

Mãe: JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO  
Pai: LUCAS ALVES DA SILVA

Cartão SUS:

Endereço: RUA DA LAPA  
Bairro: TABATINGA  
Cidade: CAMARAGIBE

Numero 300  
Complemento:  
UF: PE Telefone: 73189406

Ocorrências:

Motivo do atendimento: OUTRAS COLISOES

Procedência: DOMICILIO

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta ☐

Caso Social ☐

Encaminhamentos:

Rede de Apoio ☐

GPCA ☐

Cons.Tutelar ☐

Delegacias ☐

Minist. Publico ☐

Outros ☐

Observação:

Assistente Social

História Clínica: Paciente vítima de queda de bicicleta após colisão com  
carro há ± 3 horas e usa i refere perda de consciência. Rega  
doridos. Paciente com queixa de dor e edema em MSD  
\* refere alergia a aspirina

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒  
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: Exame ☐  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ☐  
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por Que? ausência de collar cervical

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp:

paciente com vias aéreas pervias; paciente fala; seu uso de collar cervical

B: Respiratório

MV ⊕ em APT SL PAI expansibilidade traqueal simétrica sat 92

C: Circulatório

PA:

X

mm

Pulso:

bpm

98

RRR em JT BNF SLS; FC = 94 bpm

ausência de sangramentos

21/07/19 23:10  
F/M Jaboatão

ETIQUETA

TC 00001079  
00060005

DEPARTAMENTO  
CONTAS MÉDICAS  
25 SET 2019  
Av. Rui Barbosa 772  
Recife - PE

SERVIÇO EXECUTADO  
CONTAS MÉDICAS AUTORIZADO

ACID / BAIXADO  
FUNÇÃOÁRIO

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA  
DATA 21/07/19  
MÉDICO Jaboatão  
TÉCNICO Jaboatão  
CONTRASTE







