



549710  
0332931/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0127006747**

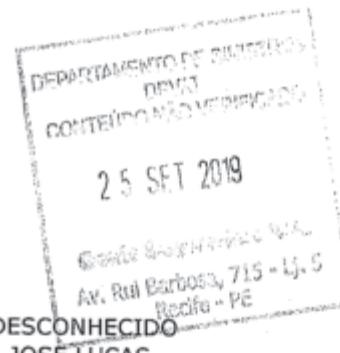
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/09/2019** às **15:23**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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)

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



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

116.319.904-46

4 - Nome completo da vítima:

José Luís 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 Luís A. da S. do Nascimento

6 - CPF:

116.319.904.46

7 - Profissão:

CONFERENTE

8 - Endereço:

RUA: BEZERRA DO PALME

11 - Bairro:

ALDEIA DOS CAMARAS

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54792.110

15 - E-mail:

Lucas Alves.1991010@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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3017

CONTA: 000 73121

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 permanente decorrente 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

 Sim Não

nasceru (não nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

 Sim Não

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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

José Luís A. da S. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

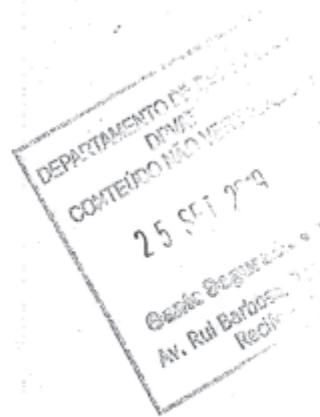
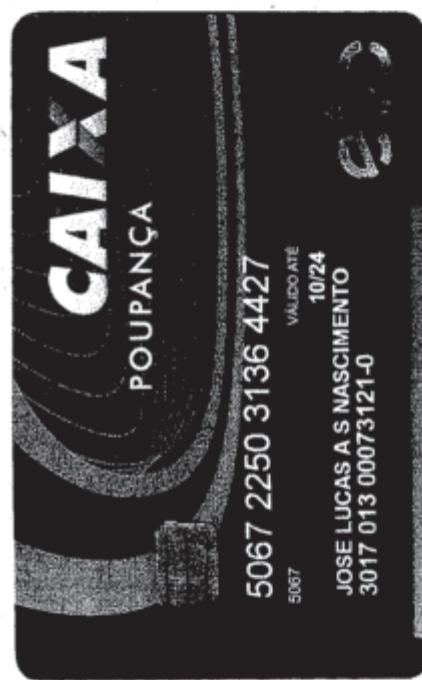
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## 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 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?

[ **X** ] 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)?

[ **X** ] 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  
 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      **Data do acidente:** 21/07/2019      **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE  
NASCIMENTO

## PARECER

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

**Descrição do exame** Ao exame, vítima apresenta limitação moderada dos movimentos da flexão (40°) e extensão (20°) do punho direito, **físico:** 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS

Seguradora: BRASILSEG  
Cadastrado em Seguro: 07-47

## 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

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

**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 médica-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 10 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro BPRVAT e consulta ao andamento de processos de indenização, acesse [www.brasilseguro.com.br](http://www.brasilseguro.com.br) ou ligue para Centro de Atendimento ao Seguro 24h das 7h às 20h: 4020-1595 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-623-42-04 (Outras Regiões). Para reclamações e suspeitas, entre em contato: 24h por dia, com o SAC: 0800-022-0189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 42.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na lei 8134/74.

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

Portador da documentação apresentada:

Responsável pelo cadastramento na seguradora:

Data da apresentação: 04/02/2020

Data do cadastramento: 04/02/2020

Nome: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

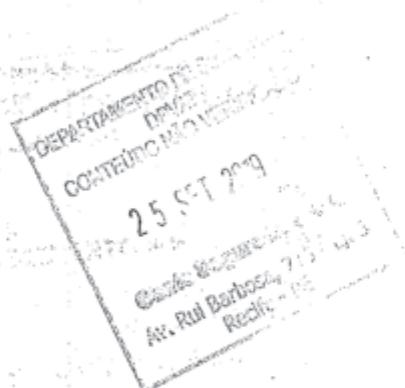
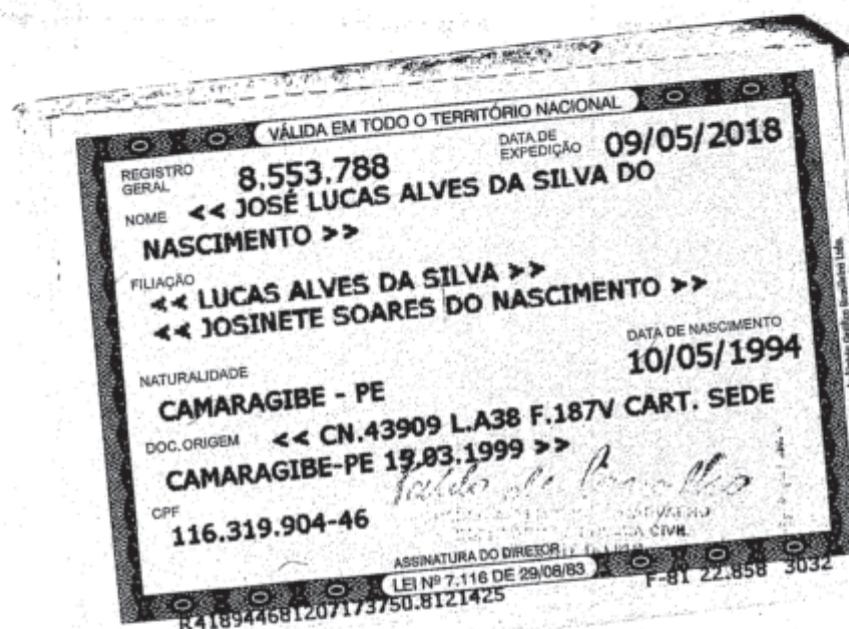
CPF: 116.319.904-46

CPF: 114.202.964-69

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

*JULIANA BEZERRA DE LUNA*  
JULIANA BEZERRA DE LUNA





# Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



## LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

### O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente JOSE LUCAS ALVES DA SILVA WILHELEMS

Data de nascimento 10/05/1994 RG 8553.788 SDS CPF 116.319.904/46

### O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 21/07/2019

Nº do B.O. 19 E0127006747

Resumo clínico Paciente vítima de Acidente de Trânsito; fratura  
femur distal c/ fratura aberta ao 1/3 distal da diáfise  
aberta.

Diagnóstico Fratura 1/3 distal ossos do PUNTO DIRIGIDO

Tratamento Cirúrgico c/ PLACA + PARAFUSOS

Sequelas 1. deformidade de hérte varca

2. cicatrização das manchas de ponha de ferro

3. Ponto ferreiro permanente 70%.

Data da alta ambulatorial definitiva 29/01/2020

Abreu e Lima, 29 de

de

Fevereiro 2020

Dr. Pedro Marques  
Ortopedista  
CRM-PE 8594

PL  
Médico (CRM)

**Ficha de Atendimento**

ETIQUETA

TC / 0303020154  
030610000

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 COLISÕES

Procedência: DOMICILIO

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

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 relata i referir perda de consciência. Rega dor lombar. Paciente com queixa de dor e edema em MSL  
\* Refere cefaleia e dispneia

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:  
Imobilização Cervical: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:  
Condições de Imobilização adequadas: Sim  Não  Por Quê? ausência de dor cervical

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA  
DATA: 20/07/2019  
MÉDICO: Dr. J. S. M. J. M.  
TÉCNICO: T. M. J. M.  
CONTRASTE: J. M. J. M.

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvica: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp:

Paciente com via aérea pélvica; paciente fala; seu VAS de dor cervical

B: Respiratório MU  $\oplus$  seu PFTS SL PA Exausitividade tránsico olétrico satisfeita

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm 98

RR seu JT BNF 515; FC = 94 bpm seu PA

ausência de sangramentos

LM J. S. M. J. M.  
22/07/19 10:00

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input checked="" type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5	Glasgow: Resposta Motoria Escore: 6
$\text{Glasgow} = 4 + 5 + 6 = 15$ <p>anamnese de déficit motor consciente intencional</p>		
E: Exposição/Abdômen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>abdome plano, depressões foscas (nenhuma nádega de paroxismo) sem sinal de intussecessus, RFA <math>\oplus</math></li> <li>Existe e desrespeitado em MSO, com dor reportada à paroxismo a constipações em regiões tórax e abdome.</li> </ul>		
Diagnóstico Inicial:	1) polifármaco 2) TCE leal.	Cod. Procedimento
Conduta:	1) solicitar TAC de crânio e coluna cervical sem contraste 2) solicitar Rx de tórax e pele em AP - Rx de braço D e perna D em AP e perfil 3) solicitar aconselhamento de NCR e de ortopedia	Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:	4) traçar das lesões - 21/07/19 - <u>agone</u>	Dra. Nathalia Valois Cirurgia Geral CRM-PE 12.514 RQE 5619

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 type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> 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 cirúrgico 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: 21-Jul-19

Nome Paciente: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO  
 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 - PRESENTE**

Cor:

**AMARELO**

Quadro 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

Fitograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitals-Lidôs: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 6



22/07/19  
(03.30h)

# Tuttolys

Fita Vítima da ac. de Bicicleta hoy,  
 com dor + deformidade no lado ①; No exame:  
 NVE; Sem Fimbre; Rx: Fai laudo Rutt.  
 Imp: Faz laudo Rutt ①

W: ① Motilidade

② Intervento após alta dos  
demais Univas

Vanderson Raphael F. V. da Cunha  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRMPEPE 24207

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

Data Impressão: 21/07/2019 23:45

NCL # fm Lucas, 25a

22/07/15 TC de crâneo / lúcio com lesões neurocirúrgicas agudas

Glasgow 15 PIFC morto 6 mês/anos

# ex: alta da NCL

aeromo. transito

  
Bruno R. S. Rosado  
Resid. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Luís Alves

1456981

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

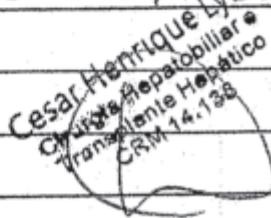
07/06/11

Cir. (inf)

- Pela 3<sup>a</sup> meia noite do dia anterior ao seu falecimento houve febre e dor abdominal.

(1) alta de co. 16

(2) dor abdominal (família).



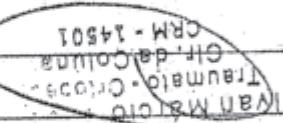
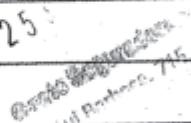
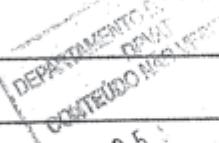
7:45

dor abdominal

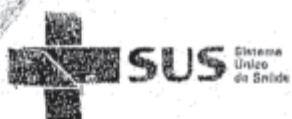
Hx: fractura do punho dir

Paciente M. S/ 05m mapeamento de mds

16mhs no cirurgico







# 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

Justino Alves J. Silveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

168 6626

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 Cervi

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Cervi cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TUMUGKAFIA UNI EMERGÊNCIA  
DATA: 21/07/19  
MÉDICO  
TÉCNICO  
EXAME:  
CONTADE  
21/07/19

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CRM: 20702  
CRM: 20702  
CRM: 20702

DEPARTAMENTO DE  
DEPARTAMENTO DE  
DEPARTAMENTO DE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
21/07/19

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

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

25/07/2019  
CRM: 20702  
Av. Rui Barbosa, 715 - 41.500-000  
Recife - PE

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

SERVICO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCALAREMTO

Atendimento nº: 1686626

Name: Jone Lucas Alves da Silva do Nascimento

Foi atendido às 23:58

Diagnóstico Provável  $TG \in \emptyset$

data da alta 22/03/1998

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

— que não amava.

FARALISAS (ANISOCYTOSIS)

ANISOCÚRIA (MENINAS DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)  
CONVULSÃO

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

دیکتیویلیستیکیونیورسیتی

### Observação

~~Bruno Rosado~~  
Resid. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872

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 APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRÍODO 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 HORÁRIO 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

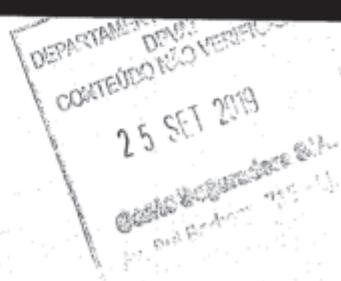
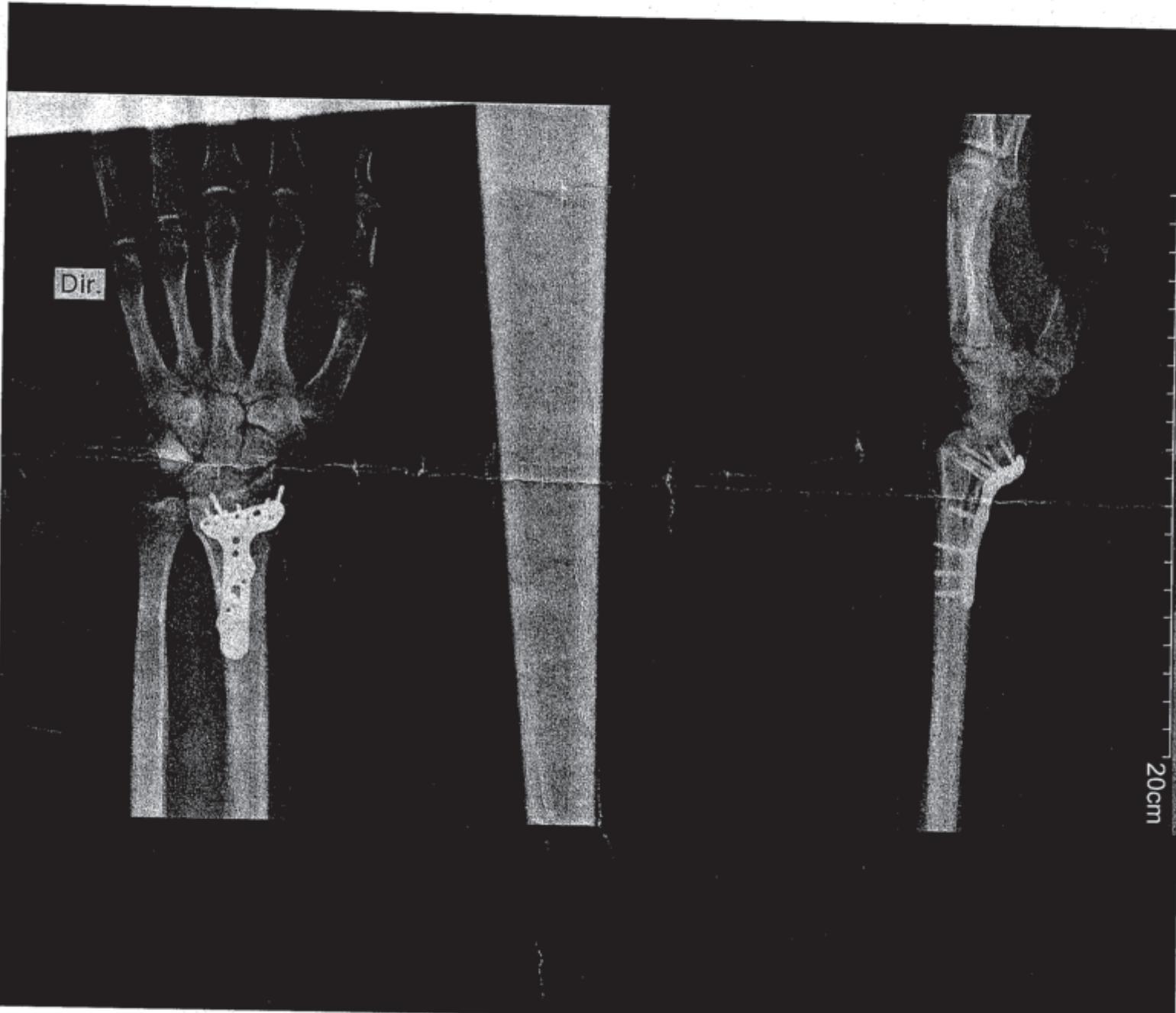


JABOATÃO DOS GUARARAPES, 30 DE JULHO DE 2019  
Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM / PE 22023

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

JOSÉ 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



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

Escala: 0.0  
HOSPITAL MUNICIPAL DOS GUARAPAPES

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

116.319.904-46

4 - Nome completo da vítima:

José Luís 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 Luís A. da S. do Nascimento

6 - CPF:

116.319.904.46

7 - Profissão:

CONFERENTE

8 - Endereço:

RUA: BEZERRA DO PALME

11 - Bairro:

ALDEIA DOS CAMARAS

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54792.110

15 - E-mail:

Lucas Alves.1991010@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: 000 73121

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 permanente decorrente 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 nasceu/na morte?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

José Luís A. da S. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

116.319.904-46

4 - Nome completo da vítima:

José Luís 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 Luís A. da S. do Nascimento

6 - CPF:

116.319.904.46

7 - Profissão:

CONFERENTE

8 - Endereço:

RUA: BEZERRA DO PALME

11 - Bairro:

ALDEIA DOS CAMARAS

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54792.110

15 - E-mail:

Lucas Alves.1191010@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: 000 73121

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 permanente decorrente 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 nasceu/na/morreu?

 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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

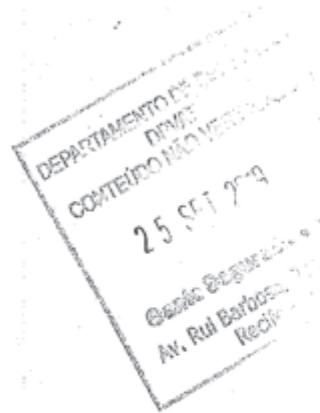
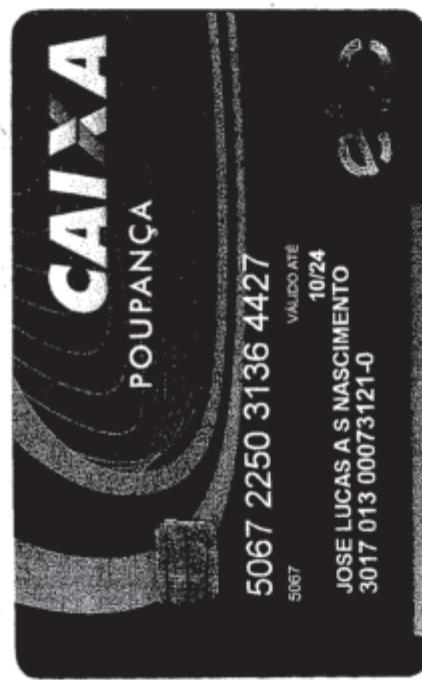
José Luís A. da S. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





549710  
0332931/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0127006747**

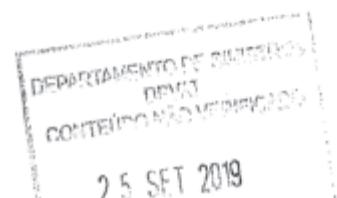
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/09/2019** às **15:23**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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)

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



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

---

**Rio de Janeiro, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

Rio de Janeiro, 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: 00000073121-0

---

Nr. da Autenticação ADC9E7A36BF2A7F7

**Ficha de Atendimento**

ETIQUETA

TC / 0303020154  
030610000

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 COLISÕES

Procedência: DOMICILIO

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

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 relata i referir perda de consciência. Rega dor lombar. Paciente com queixa de dor e edema em MSL

\* Refere cefaleia e dispneia

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:   
Imobilização Cervical: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:   
Condições de Imobilização adequadas: Sim  Não  Por Quê? ausência de dor cervical

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA  
DATA: 20/07/2019  
MÉDICO: Dr. J. S. M. J. M.  
TÉCNICO: T. M. J. M.  
CONTRASTE: J. M. J. M.

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvica: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp:

Paciente com via aérea pélvica; paciente fala; seu VAS de dor cervical

B: Respiratório MU  $\oplus$  seu PFTS SL PA Exausitividade tránsico olétrica satisfeita

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm 98

RR seu JT BNF 515; FC = 94 bpm seu PA

ausência de sangramentos

LM J. S. M. J. M.  
22/07/19 10:00

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input checked="" type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5	Glasgow: Resposta Motoria Escore: 6
$\text{Glasgow} = 4 + 5 + 6 = 15$ <p>anamnese de déficit motor consciente intencional</p>		
E: Exposição/Abdômen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>abdome plano, depressão profunda (nenhuma) sem suspeita de intussecessus, RPA <math>\oplus</math></li> <li>Existe e deprimido em MSO, sem dor reportada à paciente. Aconchegos em regiões lombares e dorstra.</li> </ul>		
Diagnóstico Inicial:	1) polifármaco 2) TCE leal.	Cod. Procedimento
Conduta:	1) solicitar TAC de crânio e coluna cervical sem contraste 2) solicitar Rx de tórax e pele em AP. Rx de braço D e perna D em AP e perfil 3) solicitar aconselhamento de NCR e de ortopedia	Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:	4) trase daos ap - 21 aul + SFGM. acusou EU <u>agone</u>	Dra. Nathalia Valois Cirurgião Geral CRM-PE 12.514 RQE 5619

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 type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> 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 cirúrgico 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: 21-Jul-19

Nome Paciente: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO  
 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 - PRESENTE**

Cor:

**AMARELO**

Quadro 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

Fitograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitals-Lidôs: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 6



22/07/19  
(03.30h)

# Tuttolys

Fita Vítima da ac. de Bicicleta hoy,  
 com dor + deformidade no lado ①; No exame:  
 NVE; Sem Fimbre; Rx: Radiografia  
 Fiss: Fiss Fissada Radios Rutt ①

W: ① Motilopatia

② Intumescens esp. alta dos  
demais lérulas

Vanderson Raphael F. V. da Cunha  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRMPEPE 24207

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

Data Impressão: 21/07/2019 23:45

NCL # fm Lucas, 25a

22/07/15 TC de crâneo / lúcio com lesões neurocirúrgicas agudas

Glasgow 15 PIFC mort. 6 mês/anos

et: alta da NCL

aerom. transito

  
Bruno R. S. Rosado  
Resid. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Luís Alves

1456981

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

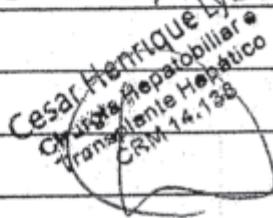
07/06/11

Cir. (inf)

- Pela 3<sup>a</sup> meia noite do dia anterior ao seu falecimento houve febre e dor abdominal.

(1) alta de co. 16

(2) dor abdominal (família).



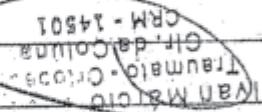
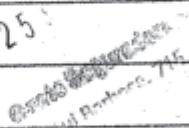
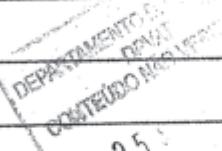
7:45

dor abdominal

Hx: fractura do punho dir

Paciente M. S/ 05m mapeamento de mds

16mhs no cirurgico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

## PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente : \_\_\_\_\_ Enf / Leito : \_\_\_\_\_ Registro : \_\_\_\_\_

### Paciente:

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

DIA: 32076

**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 Intermítente ( 6 em 6 horas e se necessário )

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10:00 - 11:00	11:00 - 12:00	12:00 - 13:00	13:00 - 14:00

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 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 -	21 - 24 - 03 - 06 -	21 - 24 - 03 - 06 -	21 - 24 - 03 - 06 -	21 - 24 - 03 - 06 -
09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06 -	21 - 24 - 03 - 06 -	21 - 24 - 03 - 06 -	21 - 24 - 03 - 06 -	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 ESTERMEBA

卷之三

SINAIS VITTAIS

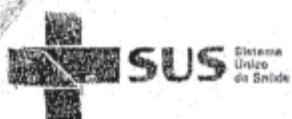
Frequência Cardíaca

Freqüência Respiratória

### Temperatura

Processo Material

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE



# 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

Justino Alves J. Silveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

168 6626

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 Crânio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Crânio Cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TUMUGKAFIA UNI EMERGÊNCIA  
DATA: 21/07/19  
MÉDICO  
TÉCNICO  
EXAME:  
CONTADE  
21/07/19

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

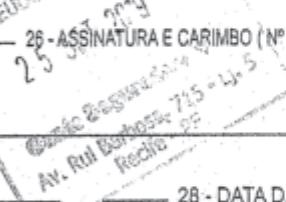


DEPARTAMENTO DE  
CONTROLE DE  
QUALIDADE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
21/07/19

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

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



27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

SERVÍCIO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCALAREMENTO

Atendimento nº: 1686626

Nome: Jone Lucas Alves da Silva do Nascimento

Foi atendido às 23:58

Diagnóstico Provävel  $T \in \mathcal{E}$  0

data da alta 22/03/1998

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

— que não amava.

FARALISAS (ANISOCYTOSIS)

ANISOCÚRIA (MENINAS DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)  
CONVULSÃO

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

DOKTORAL BİLGİLERİNİN NEVÜRE ÇALIŞMA

### Observação:

~~Bruno Rosado~~  
Resid. Neurocirurgia  
CREMEPE 27872

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 APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRÍODO 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 HORÁRIO 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

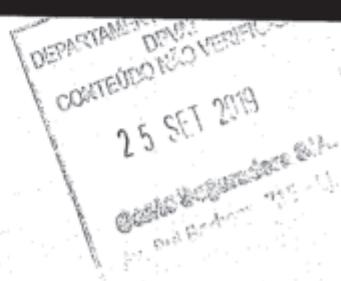
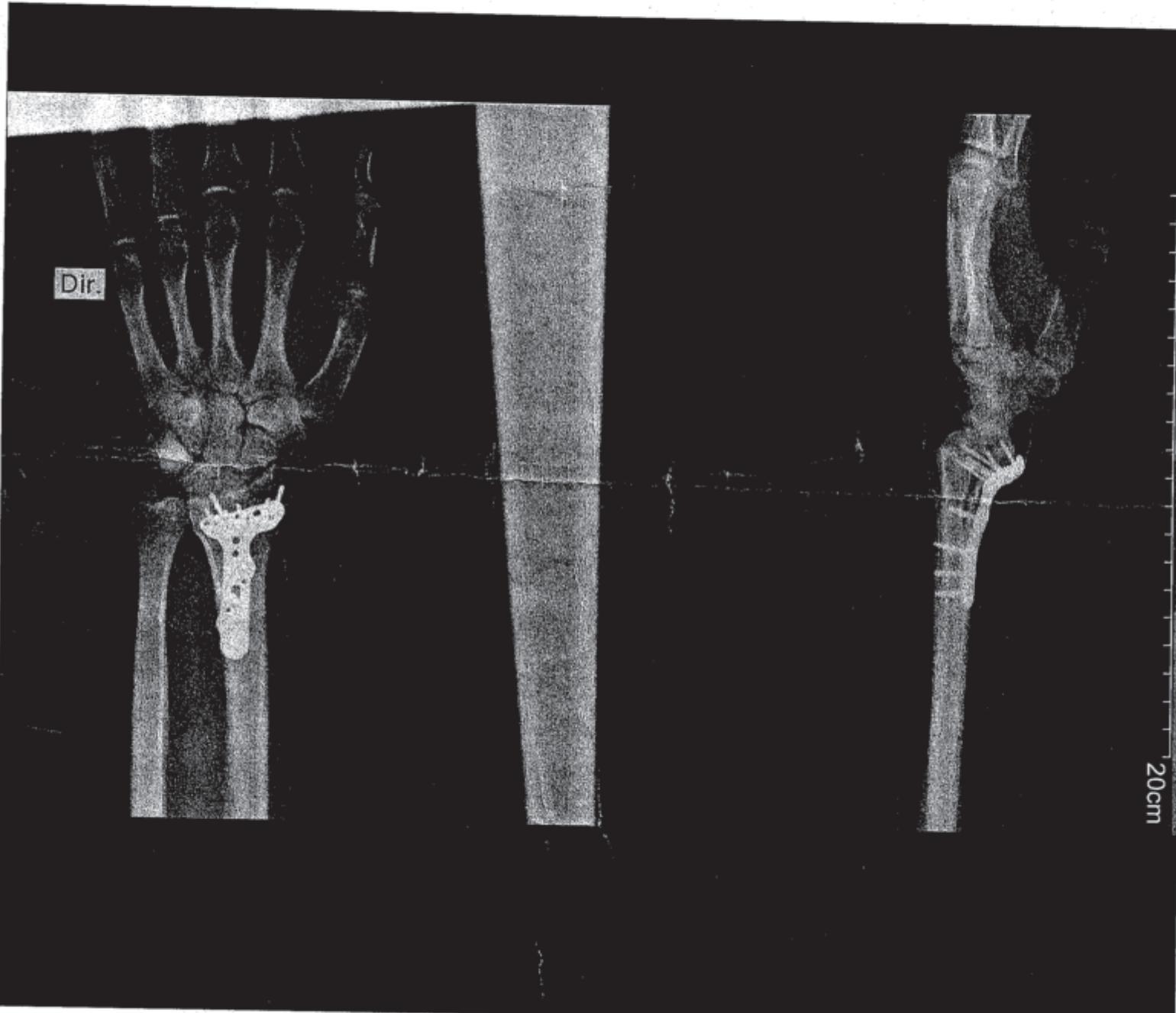


JABOATÃO DOS GUARARAPES, 30 DE JULHO DE 2019  
Dr. Elder Carvalho  
Ortopedia  
CRM / PE 22023

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

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

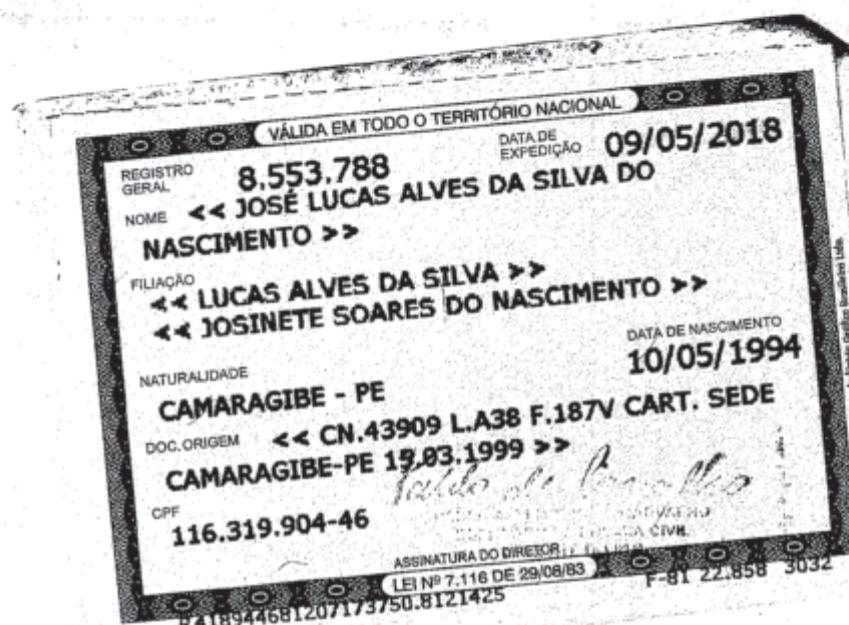
Data de aquis.: 12/08/2019  
Hora de aquis.: 07:36:13  
Índice de exp.: 1449



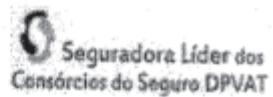
PUNHO  
AP  
W: 4095, L: 2048  
ID de técnico: admin

Escala: 0.0  
HOSPITAL MUNICIPAL DOS GUARAPAPES





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332931/19

**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 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 25/09/2019

Nome: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 116.319.904-46

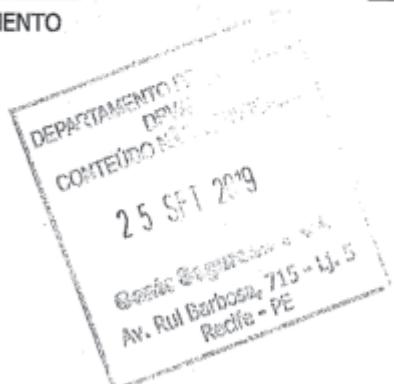
Data do cadastramento: 25/09/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

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

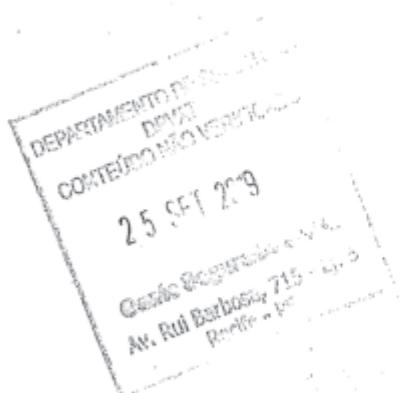
*JULIANA BEZERRA DE LUNA*  
JULIANA BEZERRA DE LUNA



# (Declaro)

Declaro para Devido fim, que na data do Acidente  
ocorrido. Fui Socorrido pelo meu vizinho, pssa UPA  
da Coxangá. Chegando lá, não tinha Ortopedista e Me  
mandaram para a Restauração, que meu vizinho  
me levou. E da Restauração no dia seguinte fui  
transferido para o Memorial Jaboatão. onde passei  
por procedimento cirúrgico. com fratura no punho  
direito. E por isso me disponho de um laudo pericial médica.  
Esse laudo solicitado pelo Seguradora.

José Amor A. da S. de Nascimento  
25/09/99 Recife



# Declarac<sup>5</sup>

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 Joá Lucas A. da S. do Nascimento  
Portador do RG 8.553.788 e CPF 116.319.904-46

Joá Lucas A. da 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



501319698741749000000919430030919

REMETENTE

009320

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

- 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**

ETIQUETA

TC / 0303020154  
030610000

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 COLISÕES

Procedência: DOMICILIO

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

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 relata i referir perda de consciência. Rega dor lombar. Paciente com queixa de dor e edema em MSL

\* Refere cefaleia e dispneia

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:   
Imobilização Cervical: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:   
Condições de Imobilização adequadas: Sim  Não  Por Quê? ausência de dor cervical

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
TOMOGRAFIA DA EMERGÊNCIA  
DATA: 22/07/2019  
MÉDICO: Dr. J. S. M. J. M.  
TÉCNICO: T. M. J. M.  
CONTRASTE: J. M. J. M.

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvica: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp:

Paciente com via aérea pélvica; paciente fala; seu VAS de dor cervical

B: Respiratório MU  $\oplus$  seu PFTS SL PA Exausitividade tránsico elétrico Satisfeita

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm 98

RR seu JT BNF SIS; FC = 98 bpm seu PA

ausência de sangramentos

LM J. S. M. J. M.  
22/07/2019 10:10

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input checked="" type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 4	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5	Glasgow: Resposta Motoria Escore: 6
$\text{Glasgow} = 4 + 5 + 6 = 15$ <p>anamnese de déficit motor consciente intelectual.</p>		
E: Exposição/Abdômen:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>abdome pleno, depressão profunda (nenhuma dor à pressão) sem suspeita de infecção peritoneal, PTA <math>\oplus</math></li> <li>Existe e deprimido em MSO, sem dor reportada à pressão. Atenção em região traumática à dor.</li> </ul>		
Diagnóstico Inicial:	1) polifagia 2) TCE leal.	Cod. Procedimento
Conduta:	1) solicitar TAC de crânio e coluna cervical sem contraste 2) solicitar Rx de tórax e pele em AP. Rx de braço D e perna D em AP e perfil 3) solicitar aconselhamento de Nefro e de Ortopedia	Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:	4) traçar das lesões - 21/07/19 - <u>agone</u>	Dra. Nathalia Valois Cirurgia Geral CRM-PE 12.514 RQE 5619

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 type="checkbox"/> Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> 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 cirúrgico 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: 21-Jul-19

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

116.319.904-46

4 - Nome completo da vítima:

José Luís 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 Luís A. da S. do Nascimento

6 - CPF:

116.319.904.46

7 - Profissão:

CONFERENTE

8 - Endereço:

RUA: BEZERRA DO PALME

11 - Bairro:

ALDEIA DOS CAMARAS

12 - Cidade:

CAMARAGIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54792.110

15 - E-mail:

Lucas Alves.1191010@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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3017

CONTA: 000 73121

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 permanente decorrente 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

30 - Vítima deixou

 Sim

nasceu(na) (não nasceu)?

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim

pais/avós vivos?

 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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

José Luís A. da S. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

MORTE