



Número: **0030532-22.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65959516	07/08/2020 09:27	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8553788/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2ª. GRAU** 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** Nacionalidade: **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)**

25/09/2019 15:11



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 DESTA 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

25.8.19

25/09/2019 15:11



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: 21 - DADOS BANCÁRIOS: 22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO 23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

24 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a única opção): 25 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

26 - AGÊNCIA: 27 - CONTA: 28 - AGÊNCIA: 29 - CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, no valor da indenização/resgate 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):

30 - Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou 31 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou 32 - 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação médica, renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

33 - Estado civil da vítima: 34 - Data do óbito da vítima: 35 - Grau de Parentesco com a vítima: 36 - Vítima deixou companheiro(a): 37 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

38 - Vítima teve filhos? 39 - Se tinha filhos, informar Vivos: 40 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? 41 - Vítima teve irmãos? 42 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 43 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provierem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento ou ser recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

34 - 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

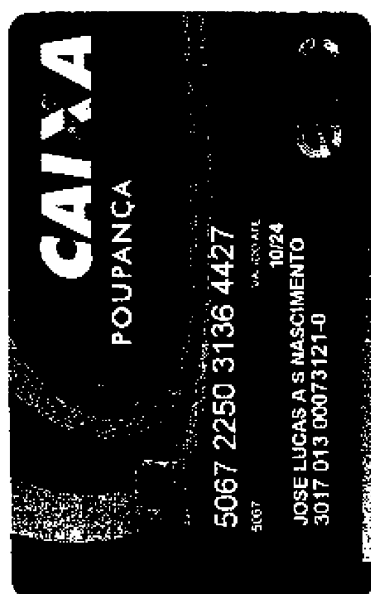
38 - 1º Nome: 39 - 2º Nome: 40 - Assinatura da testemunha 41 - Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

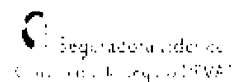
42 - Representante Legal (se houver)

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

CPF de: Próprio

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 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, déficit 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:

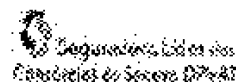
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



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 PRIVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.privatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h: 4020-1596 (Região Metropolitana) ou 0800 023 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 072 8199.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 12.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 8194/74.

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

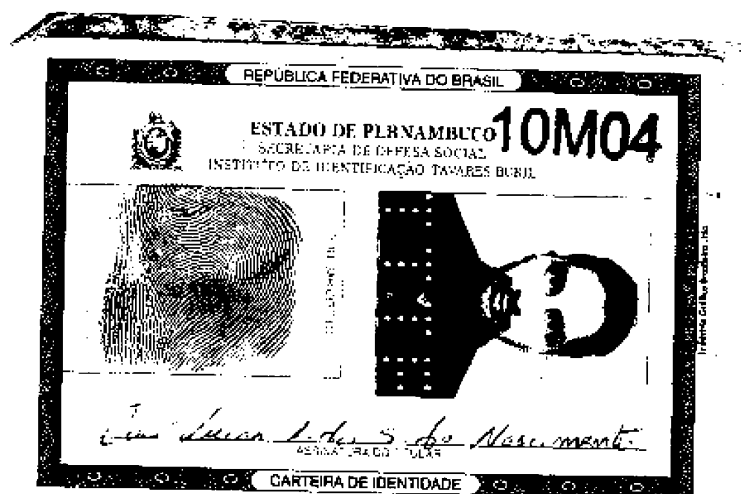
Data do cadastramento: 04/02/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

Juliana Bezerra de Luna
JULIANA BEZERRA DE LUNA





21/08/2020
21/08/2020



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **8.553.788** DATA DE EMISSÃO **09/05/2018**

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

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

NATURALIDADE **CAMARAGIBE - PE** DATA DE NASCIMENTO **10/05/1994**

DOC. ORIGEM **<< CN.43909 LA38 F.187V CART. SEDE CAMARAGIBE-PE 19.83.1999 >>**

CPF **116.319.904-46**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

R418944681207173750.8121425 F-81 22.858 3032

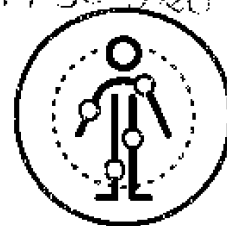


576155

0047 504/20

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 também c/ lesão ossa no 1º

dedo da mão

direita.

Diagnóstico

Fratura 1/3 distal osso do 1º dedo direito

Tratamento

Cirurgia c/ placa + parafusos

Sequelas

1 - Deformidade - dedo longo

2 - Limitação dos movimentos de movimento

do dedo e da articulação do 1º.

Data da alta ambulatorial definitiva

29, 01, 2020

Abreu e Lima,

de

29 de Janeiro 2020

de

Dr. Pedro Marques
Ortopedista
CRM-PE 8594

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278

NR 06 / 0300 154

TR 0300 154



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Atendimento

TC (0001079)
02060000

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	
Estatu Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: LUCICLEIDE TAVARES	
DOC ID / Data expedição: 8553788 / 09-Mai-18	Mãe: JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO	Cartão SUS:	
Pai: LUCAS ALVES DA SILVA			
Endereço: RUA DA LAPA		Número 300	
Bairro: TABATINGA		Complemento:	
Cidade: CAMARAGIBE		UF: PE Telefone: 73189406	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: OUTRAS COLISÕES			
Procedência: DOMICILIO			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social:	
Procedência:	Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos:	Rece de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros:			
Observação:	Assistente Social:		

História Clínica: Paciente vítima de queda de bicicleta após colisão com carro h/ ± 3 horas e meia, refere perda de consciência, lesões cutâneas. Paciente com queixa de dor e edema em MSD.

* Refere alergia a dipirona

RECIBO DE ATENDIMENTO
FUNDADOR

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA
DATA 22/07/19
NEDAS
TECADO

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
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 ☐	Tempo:
---------------	---	---	--------

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

B. Respiratório	mu @ em AIT SL PA	Expiratória de malha elástica saturação
-----------------	-------------------	---

C. Circulatório	PA: X mm	Pulso: 98%
-----------------	----------	------------

RR 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: Isocôricas ☐ Anisocôricas ☐	
Glasgow: Aberto		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora			
Score: 4	Hora:	Score: 3	Hora:	Score: 6	Hora:		

Glasgow = 4 + 3 + 6 = 13. anedida de deficit motor consequente. ☐

Exposição/Abdômen

- abdome plano, depressível, fígado, baço e pâncreas sem sinais de inflamação primária, fígado $\oplus$.
- Ecua e depressão de MSD, pouca importância de pâncreas e inflamação em região frontal e direita.

Diagnóstico inicial

1) politrauma
2) TCE leve.

Cod. Procedimento

Conduta

- 1) suporte TAC de crânio e coluna cervical sem contraste
- 2) suporte fígado de torax e pulmão em AP. fígado de baço de D e pulmão de AP e perfil
- 3) suporte avaliação de NCR e de ortopedia

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

4) trauma do abdome - suporte fígado de torax e pulmão em AP e perfil

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

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta
Internado na Clínica:
Transferido para:

☐ 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, diagnóstico 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 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



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Sistema de Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 21/07/2019 23:42

MANCHESTER_V2

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:

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

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

Síntoma(s):

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
Sintomas: REFERE DOR NO LOCAL

Queixa Secundária: DEMANDA ESPONTANEA

Programa sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Exatidão(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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

22/07/19

(03:30h)

#Tutolo

Leto Vitima de ac. de Bicicleta top,
com dor + deformidade em membro @; Ao exame:
NVE; Sem Feridas; Tx: Ext. Membro Dext.
Mx: Ext. Membro Dext. Mx @

M: @ Intubado

@ Intubado após alta dos
demais membros

Assinado eletronicamente por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Assinado eletronicamente por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/07/2019 23:45

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



100L # Jom Lucas - 25a
200715 TC de Bário Plural em livro neurocirúrgico
23 15 glagor 5 22PE mar 6 murchas
a 23 15 de Nili
atemp - humido


Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMERE 27577





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

pje Luis Alus

Enfermaria/Leito

Registro

1456981

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07/08/2020 Car. Imp

- Pac. 47 anos de idade, admitido em UTI com queixa de dor no abdômen e náuseas.

① Alta de car. Imp

② do quadro de trauma abdominal

Cesar Henrique Lyra
CRM 14.158

7.45 Admissão

HT - FRATURAS DO PUNHO DIREITO

PROBLEMA: 1. DOR NO PUNHO DIREITO

ACIDENTE: NO CICLO DE TRABALHO

25

CRM 14.158

CRM 14.158

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

CCD

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____

Enf / Leito: _____

Registro: _____

DIA: 22-07-19

DIA: _____

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 Intestinal (6 em 6 horas e se necessário)	

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10	
	16	
	22	
Frequência Respiratória	10	18
	16	
	22	
Temperatura	10	36,2
	16	
	22	
Pressão Arterial	10	120x70
	16	
	22	

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE

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



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

Nascimento
Jorge Luiz Alves de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

3686626

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 Coração

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Coluna Cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Q7CE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Cod. 0421



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: LGX6626

Nome: Jorge Lucas Alves 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 (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO

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

BRUNO DE ROSADO
Residência: Neurocirurgia
CREMEPE 27872

Observação:



ATUALIZADO



**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 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

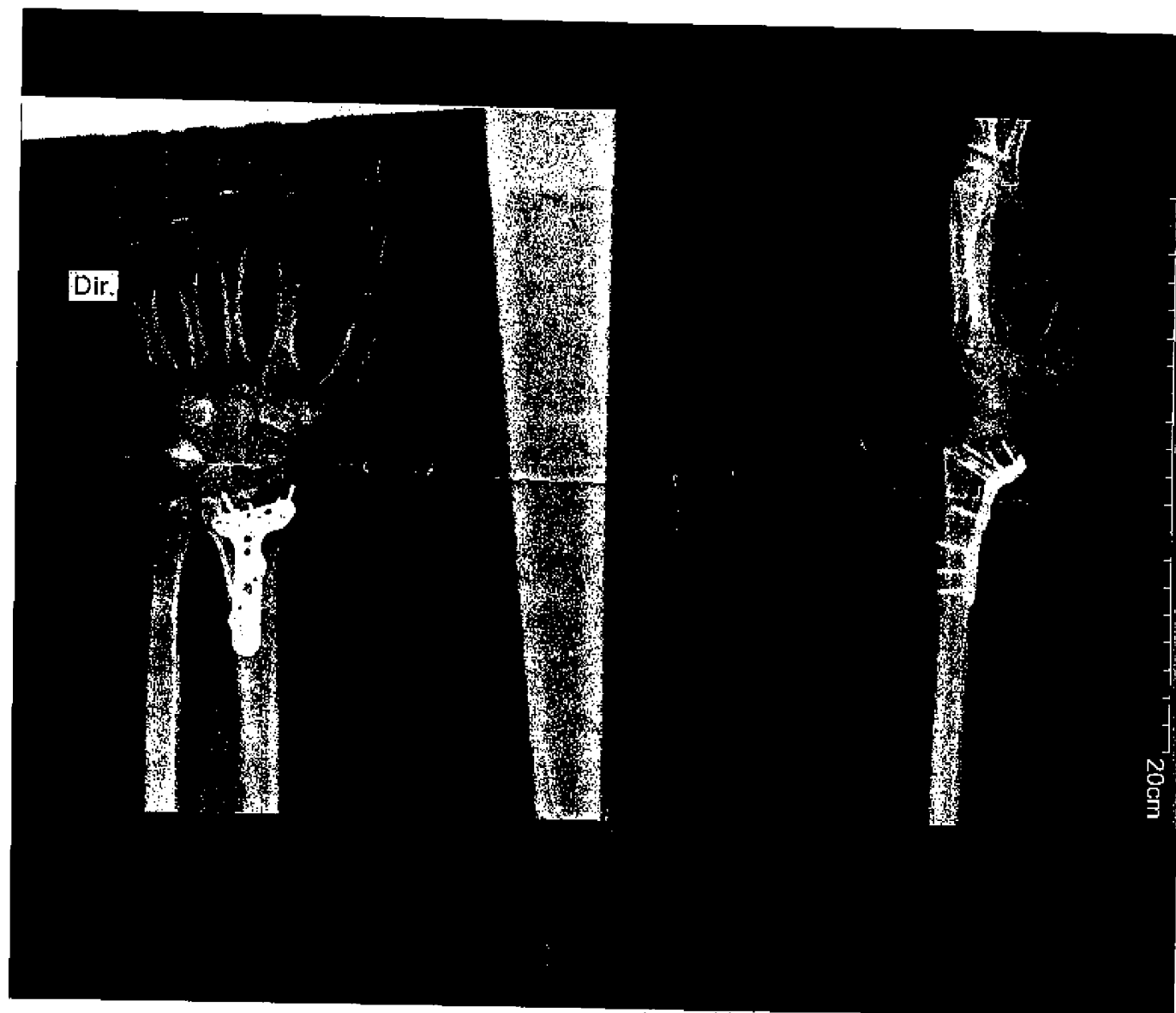
MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM/PE 22023



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



1994
12/08/2019
07:36:13

PUNHO
AP

L: 2048
rico:admin



HOSPITAL AMBULATÓRIO DOS GUARAPAGOS Escalar: 0.0

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/08/2020 09:27:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080709275740600000064716797>
Número do documento: 20080709275740600000064716797

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: 21 - DADOS BANCÁRIOS: 22 - DADOS BANCÁRIOS: 23 - DADOS BANCÁRIOS:

24 - DADOS BANCÁRIOS: 25 - DADOS BANCÁRIOS: 26 - DADOS BANCÁRIOS:

27 - DADOS BANCÁRIOS: 28 - DADOS BANCÁRIOS: 29 - DADOS BANCÁRIOS:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, no valor da indenização/reembolso no 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):

30 - Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou 31 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou 32 - 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação médica, renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 34 - Vítima deixou outros parentes vivos?

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso deva, 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 cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: 21 - DADOS BANCÁRIOS: 22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: 23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):

24 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a única opção): 25 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

AGÊNCIA: 26 - CONTA: 27 - AGÊNCIA: 28 - CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, no valor da indenização/resarcimento no 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):

29 - Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou 30 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou 31 - 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação médica, renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 34 - Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso deva, 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 cobrança de ressarcimento ou ser recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

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

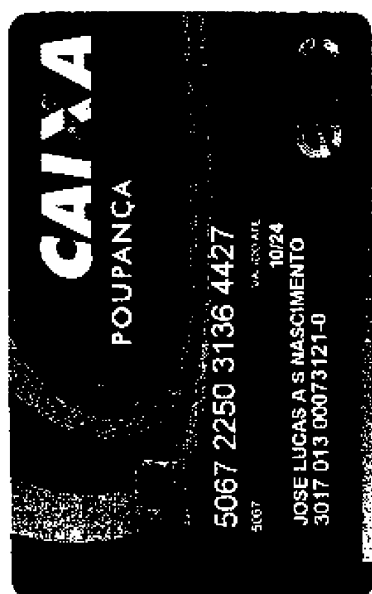
38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - 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/9ª DESEC

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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8553788/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2ª. GRAU** 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** Nacionalidade: **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)**

25/09/2019 15:11



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 DESTA 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

25.8.19

25/09/2019 15:11





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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01385/01386 - carta_02 - INVALIDEZ

00050693



Carta nº 15496177





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15462129

Pag. 01997/01998 - carta_01 - INVALIDEZ

00020999



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



NR 06 / 0300 154

TR 0300 154



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Atendimento

TC (0001079)
02060000

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	
Estatu Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: LUCICLEIDE TAVARES	
DOC ID / Data expedição: 8553788 / 09-Mai-18	Mãe: JOSINETE SOARES DO NASCIMENTO	Cartão SUS:	
Pai: LUCAS ALVES DA SILVA			
Endereço: RUA DA LAPA		Número 300	
Bairro: TABATINGA		Complemento:	
Cidade: CAMARAGIBE		UF: PE Telefone: 73189406	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: OUTRAS COLISÕES			
Procedência: DOMICILIO			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social:	
Procedência:	Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos:	Rece de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros:			
Observação:		Assistente Social:	

SERVIÇO DE ATENDIMENTO
CONTAS MÉDICAS

História Clínica: Paciente vítima de queda de bicicleta após colisão com
cansas $\pm$ 3 horas e uma i refere perda de consciência. Regra
Dantes. Paciente com queixa de dor e edema em MSD
* refere alergia a dipirona

RECIBO DE ATENDIMENTO
FUNÇÃO

SES - HOSPITAL DA RESTAURACAO
TUMORAL DA EMERGENCIA
DATA 22/07/19
NEDAS
TECADO

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
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 ☐	Tempo:
---------------	---	---	--------

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

B. Respiratório	mu @ em AIT SL PA	Expiratória de malha elástica saturação
-----------------	-------------------	---

C. Circulatório	PA: X mm	Pulso: 98%
-----------------	----------	------------

RR em JT BNF SLS, FC = 94 bpm

ausência de sangramentos

22/07/19 09:10



Glasgow: Aberdeen Coua*	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: 4 Hora:	Escore: 3 Hora:	Escore: 8 Hora:

Glasgow = $4 + 5 + 6 = 15$ aneche de deficit water
causa de deficit de electrolitos.

Exposição/Abdomen

- abdução passiva, regressiva, hereditária, menor de pagarão, seu status de imitação por baixo, PRA $\oplus$.
- Escola e deterioração em MSD, ou der importância à pagarão acentuação em regras fixas e de certa.

Diagnóstico inicial

21 Polytetrafluorethylene (PTFE) level.

¹Coc. Proceed mapto

Cor data.

1) Suficiente TAC de crânio e colar cervical
sem contraste

Ass. Médico

1) soluto relax de torção e pelo do AP -
relax de briga do D e pelo do AP e portão

2) soluto analisar da NOR e da ortografia

Evolução de Enfermagem: 4) transição do ado - 11 anos + 10 anos de idade
após a Dra. Nathalia Valais

Dra. Nathalia Valois
Cirurgiã Geral
CRM-PE 22.514
RQE 8619

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Aíla a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta☐ Curado ☐ Me Hurado

Internado na Clínica

☐ Alterado

:Transferço para.

Orbits

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, diagnóstico e cirurgias inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

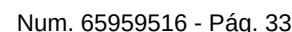
Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Nome completo legível: _____

No. identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 21-Jul-19



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Sistema de Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 21/07/2019 23:42

MANCHESTER_V2

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

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

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

Síntoma(s):

AMARELO

Síntoma 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
Outros: REFERE DOR NO LOCAL

Queixa(s): DEMANDA ESPONTANEA

Programa sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Exatidão(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Síntoma(s) Lidas: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

22/07/19

(03:30h)

#Tutelo

Leto Vitima de ac. de Bicicleta top,
com dor + deformidade em membro @; Ao exame:
NVE; Sem Feridas; Tx: Ext. Membro Dext.
Mx: Ext. Membro Dext. Mx @

M: @ Intubado

@ Intubado após alta dos
demais membros

Assinado eletronicamente por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Assinado eletronicamente por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/07/2019 23:45

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



100L # Jan Lucas - 25a
200715 TC de Bário Fluvial um livro neurocirúrgico
23 15 glagor 5 22PE mar 6 murthuan
a 23 15 de Nili
amap-humano


Bruno R. S. Rosado
Resid. Neurocirurgia
CREMERE 27577





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

pje Luis Alus

Enfermaria/Leito

Registro

1456981

EVOLUÇÃO CLÍNICA

07/08/2020 Cor. Imp

- Pac. 47, 60 anos, de cor branca, casado, residente em Rua
Fern. Nogueira de Fátima, 4, apto. 101, J. 101, Recife, PE.

07/08/2020 Cor. Imp

(2) do quadro de trauma torácico

Cesar Henrique Lyra
CRM 14.158

7.45 Acorpoado

HT - FRATURAS DO PULMÃO DIREITO

PROBLEMA: 01 - DOR PULMONAR DA REGIÃO
ABDOMINAL DO CIPRÓGEO

25

CRM - 14581
CRM - 14581
CRM - 14581

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/08/2020 09:27:57

CCD



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____

Enf / Leito: _____

Registro: _____

DIA: 22-07-19

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 Intestinal (6 em 6 horas e se necessário)	

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10					
	16					
	22					
Frequência Respiratória	10	18				
	16					
	22					
Temperatura	10	36,2				
	16					
	22					
Pressão Arterial	10	120x70				
	16					
	22					
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

Nascimento
Jorge Luiz Alves de Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

3686626

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 Coração

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Coluna Cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO Q7DE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Q7CE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Cod. 0421



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: LG86626

Nome: Jorge Lucas Alves da Silva do Nascimento

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

Diagnóstico Provável TCE leve

data de 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 (MENINIA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO

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

BRUNO DE ROSADO
Residência: Neurocirurgia
CREMEPE 27872

Observação:



ATUALIZADO



**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 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

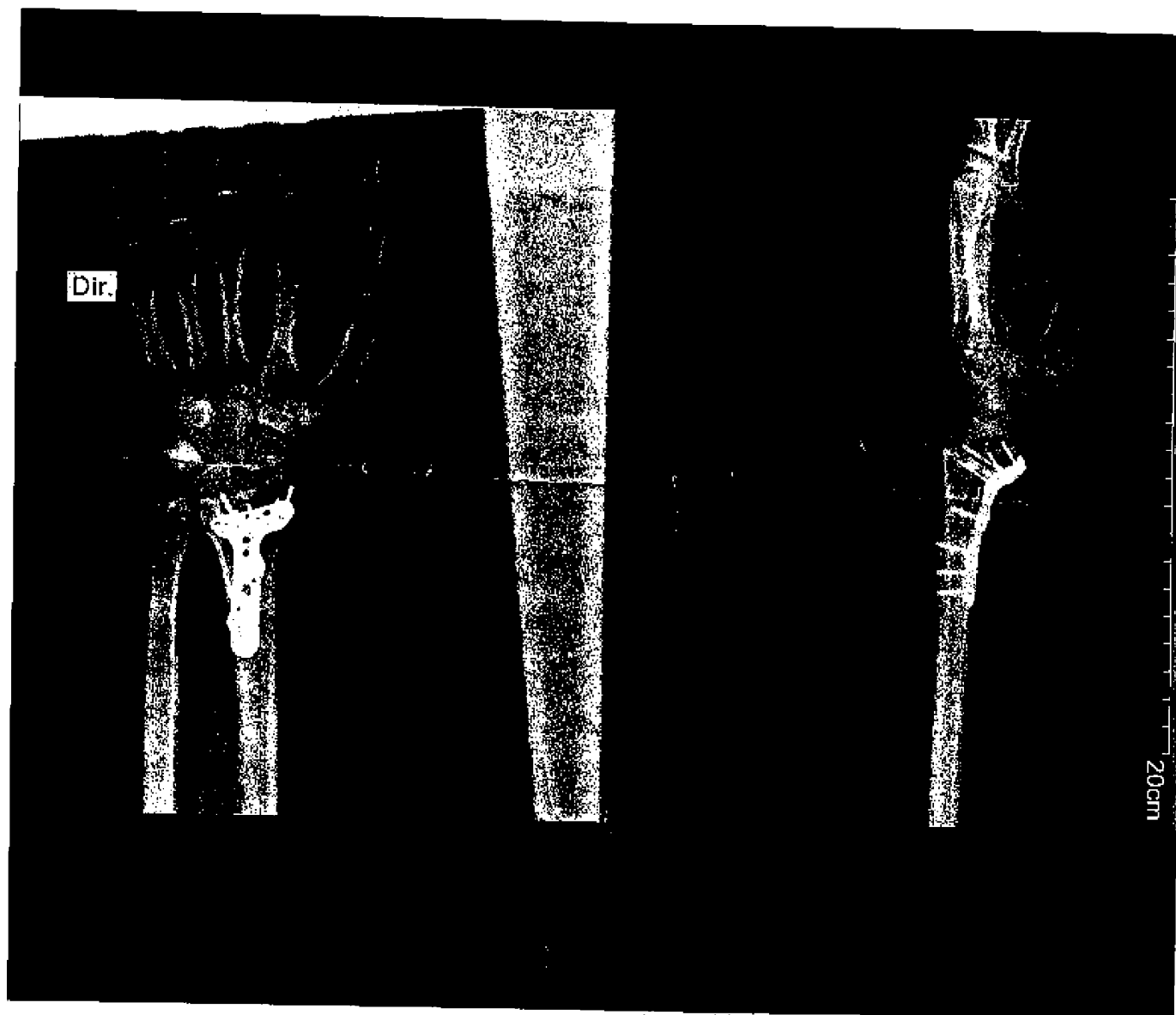
MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM/PE 22023



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



1994
10/05/1994

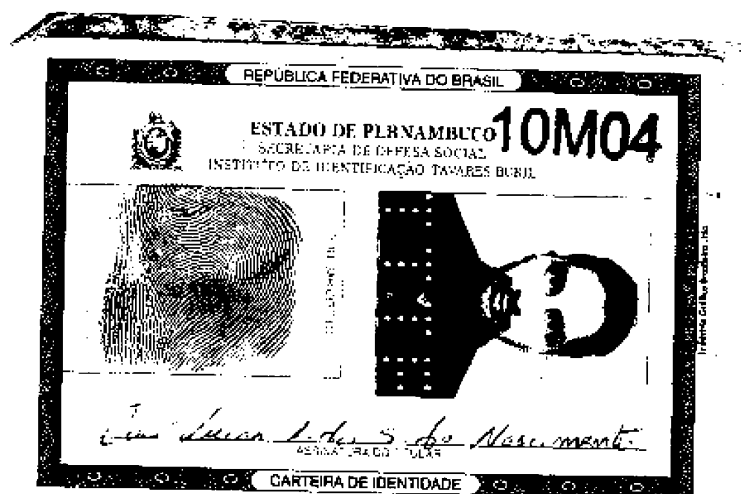
PUNHO
AP

L: 2048
nico:admin



HOSPITAL AMATO DOIS GUARAPAGOS Escalar: 0.0

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/08/2020 09:27:57
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080709275740600000064716797>
Número do documento: 20080709275740600000064716797



21/08/2020
21/08/2020



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **8.553.788** DATA DE EMISSÃO **09/05/2018**

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

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

NATURALIDADE **CAMARAGIBE - PE** DATA DE NASCIMENTO **10/05/1994**

DOC. ORIGEM **<< CN.43909 LA38 F.187V CART. SEDE CAMARAGIBE-PE 19.83.1999 >>**

CPF **116.319.904-46**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

R418944681207173750.8121425 F-81 22.858 3032

2018



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Consórcio de Seguro DPVAT

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

Títular 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 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.

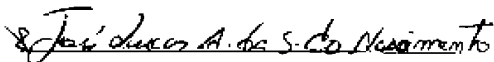
A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

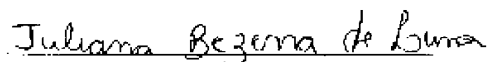
Portador da documentação apresentada

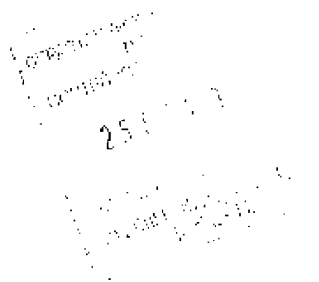
Data da apresentação: 25/09/2019
Nome: JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 116.319.904-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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


JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO


JULIANA BEZERRA DE LUNA



(Declaração)

Declaro para Devido fim, que na data do acidente ocorrido. fui socorrido pelo meu vizinho, para UPA de Coxanga. Chegando lá, nos 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 atestado médico. caso seja solicitado pela Seguradora.

José Junior A. da S. de Nascimento
25/09/19 Recife

RECIFE
25/09/19



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 João Lucas A. de S. da Nascimento
Portador do RG 8.553.788 e CPF 116.314.904/46

João Lucas A. de S. da Nascimento

Assinatura da vítima

25/07/19 Recife



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)**



005750



JOSE LUCAS ALVES DA SILVA DO NASCIMENTO
BESERRA DA PALMA 167
ALDEIA DOS CAYARA
CAMARAGIBE - PE
54792.113

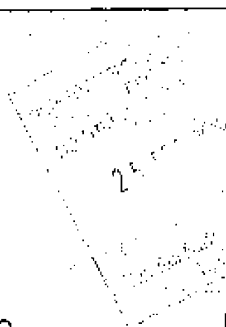


5013196987417490000000919430030919

REMETENTE

009320

INSS
PG. DA. PREVIDENCIA SOCIAL, CAMARAGIBE
AV DOUTOR BELMINO CORREIA
TIMBI
CAMARAGIBE - PE
54749.000



- | | | |
|--|--|--|
| ☐ MUDOU-SE | ☐ RECUSADO | ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO |
| ☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ NÃO PROCURADO | ☐ OUTROS |
| ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO | ☐ AUSENTE | |
| ☐ DESCONHECIDO | ☐ FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Interesse pela Dataprev

FORM AU23X



NR 06 / 0300 154

TR 0300 154



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Atendimento

TC (0001079)
02060000

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
Estatu Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: LUCICLEIDE 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		Número 300	
Bairro: TABATINGA		Complemento:	
Cidade: CAMARAGIBE		UF: PE Telefone: 73189406	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: OUTRAS COLISÕES			
Procedência: DOMICILIO			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social:	
Procedência:	Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos:	Rece de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros:			
Observação:			

SERVIÇO DE ATENDIMENTO
CONTAS MÉDICAS

História Clínica: Paciente vítima de queda de bicicleta após colisão com
cabo de ± 3 metros e altura, refere perda de consciência. Regra
Dantes. Paciente com queixa de dor e edema em MSD
* Refere alergia a dipirona

RECIBO DE ATENDIMENTO
FUNÇÃO

SES - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
TOMOGRAFIA DA EMERGENCIA
DATA 22/07/19
NEDAS
TECADO

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado Por:
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 ☐	Tempo:
---------------	---	---	--------

Paciente com vias aéreas pervias, paciente fala, seu uso de collar cervical

B. Respiratório	mu @ em AIT SL PA	Expiratória de malha elástica saturação
-----------------	-------------------	---

C. Circulatório	PA: X mm	Pulso: 98%
-----------------	----------	------------

RR em JT BNF SLS, FC = 94 bpm

ausência de sangramentos

22/07/19 09:10



Glasgow: Aberdeen Coua*	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: 4 Hora:	Escore: 3 Hora:	Escore: 8 Hora:

Glasgow = $4 + 5 + 6 = 15$ aneche de deficit water
causa de deficit de electrolitos.

Exposição/Abdomen

- abdução passiva, regressiva, herédica, menor d. pagaram seu status de imitação por baixo, fora $\oplus$.
- Escola e deterioração em MSD, ou der importância d. pagaram acentuação em regras fixas d. direita.

Diagnóstico inicial

11. Polymers
12. TCE level.

Coc. Proceed mapto

Cor data.

1) Suficiente TAC de crédito e dados verificados pelo controlador

Ass. Médico

1) soluto raiox de torax e pene deu AP -
raiox de braga d D e pelo D deu AP e partiu

2) soluto anagat de NOR e de ortopeda

Evolução de Enfermagem: 4) transição do ado - 11 anos + 8 meses de idade em
após a Dra. Nathalia Valais

Dra. Nathalia Valois
Cirurgiã Geral
CRM-PE 22.514
RQE 8619

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Aíta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta☐ Curado ☐ Me Hurado

Internado na Clínica

☐ Alteração

:Transferco para.

1. Orbis

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, diagnóstico e cirurgias inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

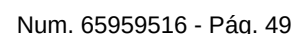
Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Nome completo legível: _____

No. identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 21-Jul-19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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: 21 - DADOS BANCÁRIOS: 22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: 23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR):

24 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a única opção): 25 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

AGÊNCIA: 26 - CONTA: 27 - AGÊNCIA: 28 - CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, no valor da indenização/resgate 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):

29 - Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou 30 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou 31 - 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura ação médica, renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso deva, 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 cobrança de ressarcimento ou ser recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 249 do Código Penal.

34 - 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 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

