
Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688329

Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS 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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688329

Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190688329**

Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035922

Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS 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

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200035922**

Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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: CONTA: (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 (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

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

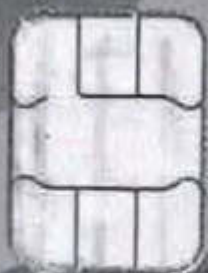
40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



5067 2250 9773 6989

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

1584 013 00029090-5

elo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0154001166**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2019** às **21:03**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2019 às 12:00

Natureza Jurídica: **COLISÃO COM QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DE CAXIAS, 1, RUA DUQUE DE CAXIAS PRÓXIMO A MOBI BRASIL -**

Bairro: **CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)

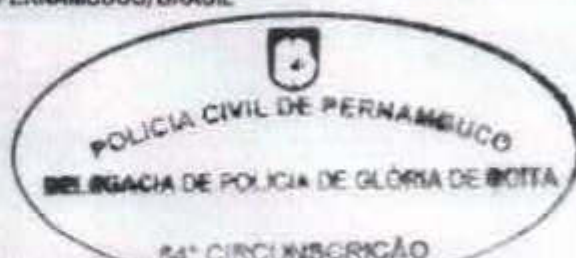
GLEYCE CECÍLIA PEQUENO DA SILVA (OUTRO)

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO**



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

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mãe: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS** Pai: **ISMAEL ANTÔNIO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **27/7/1968**

Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **3324209/SSP/PE (RG), 58277897472 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU INCOMPLETO**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Endereço Residencial: **RUA DOM PEDRO II, 70, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GLEYCE CECÍLIA PEQUENO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GLEYCE CECÍLIA PEQUENO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFZ4469 (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA)** Chassi: **9C2KD0640CR561474**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: 1 (UNIDADE)

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO AO PARAR PRA FAZER A CONVERSÃO PELA ESQUERDA COM A SET LIGADA, VEIO OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E COLIDIU NA LATERAL DO MESMO. COM O IMPÁCTO A VÍTIMA VEIO AOS SOLO COM SÉRIAS LESÕES, FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL.

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

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento
Comissão Especial de Polícia
Matr. 159.816-3



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: 589778974-72 4 - Nome completo da vítima: José Carlos de 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 Carlos de Nascimento 6 - CPF: 589778974-72
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Dom Pedro II 9 - Número: 70 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Papilândia 12 - Cidade: São Lourenço 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54705-490
15 - E-mail: Recusou 16 - Tel. (DDD): 82993046299

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1584 CONTA: 00029090 AGÊNCIA: CONTA: (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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascido(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Lourenço do Mato 08/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO PATRÍCIO RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 70 CS- A

CPF: 155.834.494-20

CAPIBARIBE/SAL. LOURENÇO DA MATA
SAO LOURENÇO DA MATA PE
54705-490

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
078770552	UNICA	10/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/08/2019	2001848082	8377704

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7024549148	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
17/09/2019	11/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	18,51

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,0000000	0,57539541	17,28
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,25

TOTAL DA FATURA

18,51

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3161128057	CAT	09/08/2019	1.069,00	09/09/2019	1.073,00	32	1,00000		4,00

HOSPITAL DA RESTAURACAO

MANCHESTER_V2

Sumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 08/09/2019 13:28

Nome Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1968
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: U0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/09/2019 13:29 - 08/09/2019 13:30

JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: COLISÃO MOTO MOTO, RELATO DE DESMAIO E VOMITIS

Observação: PETRONILA CAMPOS COM SENHA 5768630

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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

08/09/19 Trauma - 2 - 15:46

170A - Paciente vítima acidente motocicleta.
Relato da mãe tomagela e.
No exame físico Distúrbio colono +
esvaziado, ADM preservado - Nerv. Vertebral
Preservado

CD: Sólido Rx

Dr. Guilherme Nogueira
MÉDICO
CRM 17172

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2019 13:30

APOIO / BAIXA

TOMOGRAFIA HR

Data: 10/9/19

A REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde
Hospitais

Ficha de

Atend.: 1479283

Prontuário 1692591

Pac.: SE CARLOS DO NASCIMENTO

Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS

Unid.: RUA DOM PEDRO II

Nº: 74

Bairro: JARIBE

Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATIA

Nasc.: 27/07/1968

SEXO: MASCULINO

Localização: 1 ALVAR - SALA INT. VERMELHA

Leito: 12 INT. VERM. Serviço: NEUROCIRURGIA

Data de nascimento: 27/07/1968

Idade: 51a 1m 12d

Sexo: MASCULINO

Nº. ATEND.: 1479151

Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Data de nascimento: 27/07/1968

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante: TELMA MARIA

DOC ID / Data expedição
3334209 /

Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS

Pai: ISMAEL ANTONIO DO NASCIMENTO

Cartão SUS:

Endereço: RUA DOM PEDRO II

Bairro: CAPIBARIBE

Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA

Número 74

Complemento:

UF: PE Telefone: 87999128

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Confirmação de endereço: RUA DOM PEDRO II, CAPIBARIBE, SÃO LOURENÇO DA MATA

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

Observação:

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

Assistente Social

História Clínica:

FATURADO

Atendimento Médico

Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Transtorno: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:

Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Se o paciente está pálido: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

66R, CORDÃO, HÍDRÓPODO, CUPINICO

MVB, MCH, S/D

PA

X

mm

Pulso:

bpm

PCR LT - BNA 5/5

Data: 8/9/19

Médico:

ATOIO, DOLLA
med

TOMOGRAFIA HR
Data: 20/9/19

SENHA DA REGULAÇÃO:



Secretaria de Saúde
Hospital
Ficha de

Atendimento: 1479283 Prontuário: 1692591
Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
Nome Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
End: RUA DOM PEDRO II Nº 74
Bairro: CAPIBARIBE Cidade: SÃO LOURENÇO DA MAT PE
Nascimento: 27/07/1968
Localização: 1 ANDAR - SALA INT VERMELHA
Leito: LEITO 12 INT VERM. Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 08/09/2019 13:41

ERAL

Nº PRONTUÁRIO: 1692591		Data: 08/09/20	
Nº. ATEND.: 1479151		Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO	
Data de nascimento: 27/07/1968		Idade: 51a 1m 12d	
Estado Civil: SOLTEIRO		Profissão:	
DOC ID / Data expedição 3334209 /		Mãe: MARIA DAS DORES DOS SANTOS	
		Pai: ISMAEL ANTONIO DO NASCIMENTO	
Endereço: RUA DOM PEDRO II		Número 74	
Bairro: CAPIBARIBE		Complemento:	
Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA		UF: PE Telefone: 87999128	
Ocorrências:		Acompanhante: TELMA MARIA	
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)		Cartão SUS:	
Procedência: OUTRO HOSPITAL		Data e Hora Atendimento: 08/09/2019 13:41	
Informações do Serviço Social: 09/09 - Paciente com vínculo com a Atenção Básica		Assistente Social	
Confirmação de nome: o Sr. Telma Maria de Aguiar Fones, esposa.		Assistente Social	
Confirmação de endereço: Rua Orientadora, s/nº, Jd. P. A. T.		Assistente Social	
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		Assistente Social	
Outros ☐		Assistente Social	
Observação:		Assistente Social	

08/09/19
NEPI

História Clínica:

FATURADO

Paciente admitido de unidade de emergência ao Hospital.
com queixa de queda de altura e dor no pescoço. Exame físico -
demonstrando lesões.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Qué?

Exame Físico:

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

B: Respiratório
C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

Data: 8/9/19

Médico: Técnico: T. M. H.

SPITAL DA RESTAURACAO

sumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 08/09/2019 13:28

Nome Paciente: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1968
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: U0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/09/2019 13:29 - 08/09/2019 13:30

JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: COLISÃO MOTO MOTO, RELATO DE DESMAIO E VOMITIS

Observação: PETRONILA CAMPOS COM SENHA 5768630

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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

08/09/19 Trauma - 15:46

HDA: Paciente vítima acidente motorizado.
Relato da mãe tomogelo e.

No exame físico: Distúrbio de consciência e
escolopares, ADM preservada. Neurovascular
Preservado

cd: Suspeito R x

Dr. Stênio Napoleão
MÉDICO
CRM-PI 7472

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2019 13:30



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Carlos do Nascimento

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08.09.2019

$$\# \text{ (G } \#$$

154.00

15h00 Paciente vítima de colisão moto x moto
no momento sem feridas, olgo, apenas
com dor em pé esquerdo.

Ata: EGB, corado, empírico, consciente e orientado.

AR: $MV \oplus SI \oplus A$

ACV: PCR an ZT, BNF D/S

Abd: Plano, flácido, indolor.

Radio x pelvis normal

Faiolx torax: patula unilateral em 9º arco costal à esquerda. Ausência de hemo ou pneumotórax

CD: Analgesia, alta da 16.2

As NCR e tramutato

NCE = 1000.31

08/09/19 'Folha de calção mais-mais

17:00h Algebra 1 DEFA mer. 4 minutes

TE de examo kromatoma spindul agudo a cronic (Hemiparal)

= CO: pt faz o protocolo cirurgico.

ing. analógica + input directo

6000 P. S. Road
Hickory, N. C. 28601
CREMEPE 21572



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jose Carlos

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19

NEA

TLB

NEBA LAMINAR

EV-NT

X-PE L+

L+

Ex exame - NEBA

em reclusão

Dr. Agner

Dr. Saul C. M. Quint
Neurocirurgião
Cirurgião de Coluna
CRM-PE 15908 / CRM-PB 8731

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

65 rocks

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/09/19 # NCH

07h #TCE + HEDA

Paciente estável, sem queixas, incluindo sem intercorrências

Ulex arvensis, vâscos și rășinos

ECG 15. P-R-T & diffuse T waves

CD: Consumidora no momento

- Martin niplānce mēmlāyos
- Adonams

• Alorampa

09/09/19

109/19
 pom. to school for Subh Choudhary
 do N.C. on my leave. - pg. 109

08/03 Mrs. Lorenz

Monte + Quodis Clinis
montenhe cuicados, Ag. Vagame
monone
421802
laripa

monone
421802

५१७

452

1565

(+)A lens

Stress e/c'd

Melhora de opções

Went to the office

$Q = 15$

$c_1 = \frac{1}{2} \ln 2$ or $\ln 2$

7

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

Glasgow: Abertura Ocular _____ Glasgow: Resposta Verbal _____ Glasgow: Resposta Motora _____
 Escor: _____ Escor: _____ Escor: _____

ECG: 15

E: Exposição/Abdômen:

5 mi - globoso, deprimido, indolor, flutuante

Diagnóstico Inicial: 1) Peritônio

Conduta: 1) RX TRAUMA + PCT + PNE
 2) M. RCP

Lucas Casé Ferraz
 Médico
 CRM-PE 29578

Evolução de Enfermagem:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Exadiu-se ☒ Alta

Internado na Clínica: _____

Transferido para: _____

Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirurgicos 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: 08-Set-19



Receituário

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Ao U.R. - Nascida - 5266630

Porto, 51 anos, queda de mata há 5 dias

Aparece ferida do nível de consciência na
abd. Trazida pela Transmissão.

No exame Glauco 15, pupilas
isocóricas e foveolares, incoerência +
vômitos constantes há 2 dias em região
fraternal (E)

Provável fratura em P. (E)

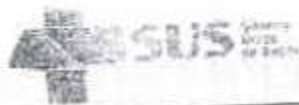
PA: 140/90

SPO₂: 92%

UGT: 136

Renato Henrique
Médico - CRM-PE 19318

08 SET 2019



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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Sr. Carlos da Natividade

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1692891

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC CRÂNIO / CONTRASTE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TAC

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Luiz Ferraz
Médico
CRM-MG 27878

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

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/02/19

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

TOMOGRÁFIA HR
06/02/19

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

ASSINATURA: **[Assinatura]**
CARIMBO: **[Carimbo]**

Cod. 0421

10/09/19

NCR

leque estão
s/ intercorrências
ECG 15

com sol fac controle
à laranja

Dr. Benjamin Gomes
Médico
CRM-PE 26193

11/09/2019
NCR

NCR

- CT Curativo: HEDA laminar
B c/ente estável e ϕ pulso

~~ECG 15~~

- colt! Vig. lancia no laranja

Dr. Benjamin S. Kato
Médico
CRM-PE 26193

13/09/2019

NCR-HIL

H3: HEDA NAI litúrgico

Paraf. endm su intern

glor 15

ϕ quer 23

co: Vig. lancia Naurici

Dr. Benjamin S. Kato
Médico
CRM-PE 26193

WCL 39

Pacientul prezintă dispnee de la înălțare sau în decubit abdominal
distanțare C6T1, creșterea orizontală expiratorie
P.V. 140/90 mmHg și 55 bpm și 80 bpm
Pacientul este în stare de șoc și 14.10.19
P.O. tibia depresiune mobilă = palpabilă
Ech. de la torace sau mare de frecvență, respirație sau profunzime de respirație
Ech. de plămân sau mare de profunzime

cr. alto de arango grs.
-avalanches de Neftolândia

Lopes Neto
Médico
CRM: 2432

 $\neq \text{NCR}$

4 TCE

NEDA Laminar

Paciente estável, evoluindo sem intercorrências. Sem vômitos.

E6R, eupneico, afebril, 6 dias gest, isocórico, RFM ⊕, sem focais.

Bez padrāv respiratorio

fc de crânio = 1 + EDA laminar a'
 diferente com espessura $\leq 15 \text{ mm}$.

Ausência de DLM

CD: Conduta conservadora no momento. Vigilância rigorosa



HOSPITAL E MATERNIDADE
PETRONILA CAMPOS



PREFEITURA DE
São Lourenço
da Mata
Um novo tempo para nossa cidade

Receituário

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Ad UR - Neurocir - 5766630

Paciente, 51 anos, queda de mata há 5 min

Apresenta perda do nível de consciência na
hora. Trazido por Transcidentes.

Na mancha Glazgow 15, pupilas
isocóricas e fotorreflexas, membros +
vômitos constantes há em região
frontoparietal (E)

Provável fratura em P₁ (E)

PA: 140 x 90

SpO₂: 97%

UGT: 136

Renato Henrique
Médico - CRM/PE 78318

08 SET 2019

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

João Carlos Nascimento

Depakene (500mg) 1x
1cp VO 12/12h

1) Gésico (Retard 100mg)

2 Caixa

Tomar

Comprimido(s) de 12, 12 h

RIS

1cp VO 12/12h.

Depakene

Dr. Victor Crispim
OAB/SP 111.111
CRM 22.144

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico _____ Data: ____/____/____



PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
1) Dilata com atropina			
2) SFL 7500 - 27 EV em 24h			
3) SGL 1000 - 17 EV em 24h			
3) Omeprazol 40 - 1 - 01 FA + AD			
EV em 26h			
4) Dipirona 1g - 02 FA + AD			
EV a 8 horas			
5) Tilidil 40mg - 01 FA + 100 - 8			
SFL 1000 EV a 8 horas			
6) Planil - 01 - p + AD EV			
5N			

CUIDADOS

SSVV + CCGT

Atento Paciente.

MÉDICO

- Alto Nível

NOME DO P. A.

José Carlos do Nascimento

ENF. LEITO

REG.

76923

DIA 08.09.

2019

DIA 09.10.19

DIA 16.10.19

DIA 12/09

DIA 08/09

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	ESPECIFICAÇÃO
7h35	8h35	10h35	11h35	13h35	
14h35	15h35	16h35	17h35	18h35	
19h35	20h35	21h35	22h35	23h35	
24h35	25h35	26h35	27h35	28h35	
29h35	30h35	31h35	32h35	33h35	
34h35	35h35	36h35	37h35	38h35	
39h35	40h35	41h35	42h35	43h35	
44h35	45h35	46h35	47h35	48h35	
49h35	50h35	51h35	52h35	53h35	
54h35	55h35	56h35	57h35	58h35	
59h35	60h35	61h35	62h35	63h35	
64h35	65h35	66h35	67h35	68h35	
69h35	70h35	71h35	72h35	73h35	
74h35	75h35	76h35	77h35	78h35	
79h35	80h35	81h35	82h35	83h35	
84h35	85h35	86h35	87h35	88h35	
89h35	90h35	91h35	92h35	93h35	
94h35	95h35	96h35	97h35	98h35	
99h35	100h35	101h35	102h35	103h35	
104h35	105h35	106h35	107h35	108h35	
109h35	110h35	111h35	112h35	113h35	
114h35	115h35	116h35	117h35	118h35	
119h35	120h35	121h35	122h35	123h35	
124h35	125h35	126h35	127h35	128h35	
129h35	130h35	131h35	132h35	133h35	
134h35	135h35	136h35	137h35	138h35	
139h35	140h35	141h35	142h35	143h35	
144h35	145h35	146h35	147h35	148h35	
149h35	150h35	151h35	152h35	153h35	
154h35	155h35	156h35	157h35	158h35	
159h35	160h35	161h35	162h35	163h35	
164h35	165h35	166h35	167h35	168h35	
169h35	170h35	171h35	172h35	173h35	
174h35	175h35	176h35	177h35	178h35	
179h35	180h35	181h35	182h35	183h35	
184h35	185h35	186h35	187h35	188h35	
189h35	190h35	191h35	192h35	193h35	
194h35	195h35	196h35	197h35	198h35	
199h35	200h35	201h35	202h35	203h35	
204h35	205h35	206h35	207h35	208h35	
209h35	210h35	211h35	212h35	213h35	
214h35	215h35	216h35	217h35	218h35	
219h35	220h35	221h35	222h35	223h35	
224h35	225h35	226h35	227h35	228h35	
229h35	230h35	231h35	232h35	233h35	
234h35	235h35	236h35	237h35	238h35	
239h35	240h35	241h35	242h35	243h35	
244h35	245h35	246h35	247h35	248h35	
249h35	250h35	251h35	252h35	253h35	
254h35	255h35	256h35	257h35	258h35	
259h35	260h35	261h35	262h35	263h35	
264h35	265h35	266h35	267h35	268h35	
269h35	270h35	271h35	272h35	273h35	
274h35	275h35	276h35	277h35	278h35	
279h35	280h35	281h35	282h35	283h35	
284h35	285h35	286h35	287h35	288h35	
289h35	290h35	291h35	292h35	293h35	
294h35	295h35	296h35	297h35	298h35	
299h35	300h35	301h35	302h35	303h35	
304h35	305h35	306h35	307h35	308h35	
309h35	310h35	311h35	312h35	313h35	
314h35	315h35	316h35	317h35	318h35	
319h35	320h35	321h35	322h35	323h35	
324h35	325h35	326h35	327h35	328h35	
329h35	330h35	331h35	332h35	333h35	
334h35	335h35	336h35	337h35	338h35	
339h35	340h35	341h35	342h35	343h35	
344h35	345h35	346h35	347h35	348h35	
349h35	350h35	351h35	352h35	353h35	
354h35	355h35	356h35	357h35	358h35	
359h35	360h35	361h35	362h35	363h35	
364h35	365h35	366h35	367h35	368h35	
369h35	370h35	371h35	372h35	373h35	
374h35	375h35	376h35	377h35	378h35	
379h35	380h35	381h35	382h35	383h35	
384h35	385h35	386h35	387h35	388h35	
389h35	390h35	391h35	392h35	393h35	
394h35	395h35	396h35	397h35	398h35	
399h35	400h35	401h35	402h35	403h35	
404h35	405h35	406h35	407h35	408h35	
409h35	410h35	411h35	412h35	413h35	
414h35	415h35	416h35	417h35	418h35	
419h35	420h35	421h35	422h35	423h35	
424h35	425h35	426h35	427h35	428h35	
429h35	430h35	431h35	432h35	433h35	
434h35	435h35	436h35	437h35	438h35	
439h35	440h35	441h35	442h35	443h35	
444h35	445h35	446h35	447h35	448h35	
449h35	450h35	451h35	452h35	453h35	
454h35	455h35	456h35	457h35	458h35	
459h35	460h35	461h35	462h35	463h35	
464h35	465h35	466h35	467h35	468h35	
469h35	470h35	471h35	472h35	473h35	
474h35	475h35	476h35	477h35	478h35	
479h35	480h35	481h35	482h35	483h35	
484h35	485h35	486h35	487h35	488h35	
489h35	490h35	491h35	492h35	493h35	
494h35	495h35	496h35	497h35	498h35	
499h35	500h35	501h35	502h35	503h35	
504h35	505h35	506h35	507h35	508h35	
509h35	510h35	511h35	512h35	513h35	
514h35	515h35	516h35	517h35	518h35	
519h35	520h35	521h35	522h35	523h35	
524h35	525h35	526h35	527h35	528h35	
529h35	530h35	531h35	532h35	533h35	
534h35	535h35	536h35	537h35	538h35	
539h35	540h35	541h35	542h35	543h35	
544h35	545h35	546h35	547h35	548h35	
549h35	550h35	551h35	552h35	553h35	
554h35	555h35	556h35	557h35	558h35	
559h35	560h35	561h35	562h35	563h35	
564h35	565h35	566h35	567h35	568h35	
569h35	570h35	571h35	572h35	573h35	
574h35	575h35	576h35	577h35	578h35	
579h35	580h35	581h35	582h35	583h35	
584h35	585h35	586h35	587h35	588h35	
589h35	590h35	591h35	592h35	593h35	
594h35	595h35	596h35	597h35	598h35	
599h35	600h35	601h35	602h35	603h35	
604h35	605h35	606h35	607h35	608h35	
609h35	610h35	611h35	612h35	613h35	
614h35	615h35	616h35	617h35	618h35	
619h35	620h35	621h35	622h35	623h35	
624h35	625h35	626h35	627h35	628h35	
629h35	630h35	631h35	632h35	633h35	
634h35	635h35	636h35	637h35	638h35	
639h35	640h35	641h35	642h35	643h35	
644h35	645h35	646h35	647h35	648h35	
649h35	650h35	651h35	652h35	653h35	
654h35	655h35	656h35	657h35	658h35	
659h35	660h35	661h35	662h35	663h35	
664h35	665h35	666h35	667h35	668h35	
669h35	670h35	671h35	672h35	673h35	
674h35	675h35	676h35	677h35	678h35	
679h35	680h35	681h35	682h35	683h35	
684h35	685h35	686h35	687h35	688h35	
689h35	690h35	691h35	692h35	693h35	
694h35	695h35	696h35	697h35	698h35	
699h35	700h35	701h35	702h35	703h35	
704h35	705h35	706h35	707h35	708h35	
709h35	710h35	711h35	712h35	713h35	
714h35	715h35	716h35	717h35	718h35	
719h35	720h35	721h35	722h35	723h35	
724h35	725h35	726h35	727h35	728h35	
729h35	730h35	731h35	732h35	733h35	
734h35	735h35	736h35	737h35	738h35	
739h35	740h35	741h35	742h35	743h35	
744h35	745h35	746h35	747h35	748h35	
749h35	750h35	751h35	752h35	753h35	
754h35	755h35	756h35	757h35	758h35	
759h35	760h35	761h35	762h35	763h35	
764h35	765h35	766h35	767h35	768h35	
769h35	770h35	771h35	772h35	773h35	
774h35	775h35	776h35	777h35	778h35	
779h35	780h35	781h35	782h35	783h35	
784h35	785h35	786h35	787h35	788h35	
789h35	790h35	791h35	792h35	793h35	
794h35	795h35	796h35	797h35	798h35	
799h35	800h35	801h35	802h35	803h35	
804h35	805h35	806h35	807h35	808h35	
809h35	810h35	811h35	812h35	813h35	
814h35	815h35	816h35	817h35	818h35	
819h35	820h35	821h35	822h35	823h35	
824h35	825h35	826h35	827h35	828h35	
829h35	830h35	831h35	832h35	833h35	
834h35	835h35	836h35	837h35	838h35	
839h35	840h35	841h35	842h35	843h35	
844h35	845h35	846h35	847h35	848h35	
849h35	850h35	851h35	852h35	853h35	
854h35	855h35	856h35	857h35	858h35	
859h35	860h35	861h35	862h35	863h35	
864h35	865h35	866h35	867h35	868h35	
869h35	870h35	871h35	872h35	873h35	
874h35	875h35	876h35	877h35	878h35	
879h35	880h35	881h35	882h35	883h35	
884h35	885h35	886h35	887h35	888h35	
889h35	890h35	891h35	892h35	893h35	
894h35	895h35	896h35	897h35	898h35	
899h35	900h35	901h35	902h35	903h35	
904h35	905h35	906h35	907h35	908h35	
909h35	910h35	911h35	912h35	913h35	
914h35	915h35	916h35	917h35	918h35	
919h35	920h35	921h35	922h35	923h35	
924h35	925h35	926h35	927h35	928h35	
929h35	930h35	931h35	932h35	933h35	
934h35	935h35	936h35	937h35	938h35	
939h35	940h35	941h35	942h35	943h35	
944h35	945h35	946h35	947h35	948h35	
949h35	950h35	951h35	952h35	953h35	
954h35	955h35	956h35	957h35	958h35	
959h35	960h35	961h35	962h35	963h35	
964h35	965h35	966h35	967h35	968h35	
969h35	970h35	971h35	972h35	973h35	
974h35	975h35	976h35	977h35	978h35	
979h35	980				

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	8/9/19	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MEDICO:	8/9/19
NOME COMPLETO DA VITIMA:	Giovani Carlos do Nascimento		
LESOES RESULTANTES DO ACIDENTE:	TCE		

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Treatment & Consideration TCE

AVO 10/2/12

ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER.

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE

1. A INVALIDEZ E TEMPORARIA, PORTANTO PASSIVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVES DE TRATAMENTO

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª	Tricúda apresenta placa de audição
2ª	P. plaxa. Tricúda de rimas cognitivas
3ª	Tricúda, por Tricúda, por Tricúda
4ª	do dente
5ª	19/10/1991

33/10/19
 33/10/19
 33/10/19



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 38182 Série 00026



Fre. Carlos da Silva Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO.....

Loc. Nasc. CAMARAGIBÉ Est. PE Data 27, 07, 1968

Filiação ISRAEL ANTONIO DO NASCIMENTO.....

..... MARIA DAS DOIS DOS SANTOS.....

Doc. n.º RG 3.324.209 SSP - PE.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em..... / / Doc Ident. n.º.....

Exp. em..... / / Estado.....

Obs. ATENÇÃO C.T.P.S.

Data Emissão 29, 05, 03.....

DRT CAMARAGIBÉ - PE.....

OZEAS DA SILVA DE FREITAS

**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

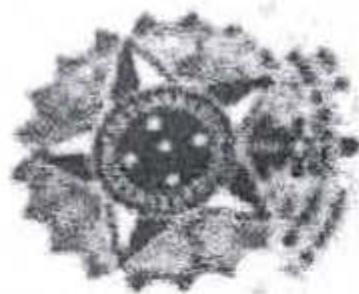
582.778.974-72

Nome

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Nascimento

27/07/1968



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190688329
Nome do(a) Examinado(a): Jose Carlos do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Pedro II, S/N
A Sao Lourenço da Mata PE CEP: 54705-490
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 334209
Data local do acidente: [08/09/2019]
Data local do exame: [13/12/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TCE COM HEDA

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

Tratamento: SUPORTE CLÍNICO, FEZ FISIOTERAPIA

Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. REFERE PERDA DE AUDIÇÃO, POREM CONSEGUE ENTENDER TUDO QUE LHE É PERGUNTO.

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ () Sim ☒ (X) Não

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

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 o 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

☒ (X) "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Vítima sem seqüela neurológica. Receita médica sem data, impossível comprovar uso atual de medicação

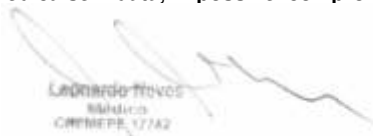
Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves

CPF - 045.955.274-03

CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688329 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA DURAL AGUDA.

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. REFERE PERDA DE AUDIÇÃO, POREM CONSEGUE ENTENDER TUDO QUE LHE É PERGUNTADO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA DURAL AGUDA.
REALIZOU FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima com sintomas subjetivos decorrentes do traumatismo crânio encefálico, não apresentando base médica suficiente para indenização.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688329 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA DURAL AGUDA.

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO, REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. REFERE PERDA DE AUDIÇÃO, POREM CONSEGUE ENTENDER TUDO QUE LHE É PERGUNTADO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA DURAL AGUDA.
REALIZOU FISIOTERAPIA.
NÃO APRESENTOU DOCUMENTAÇÃO REFERENTE A ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima com sintomas subjetivos decorrentes do traumatismo crânio encefálico, não apresentando base médica suficiente para indenização.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00