



Número: **0031168-85.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS DO NASCIMENTO (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66514736	18/08/2020 15:16	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 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

Carta nº 15217294





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, 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

Pag. 00171/00172 - carta_02 - INVALIDEZ

00070086



Carta nº 15226501





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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 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

Pag. 00135/00136 - carta_04 - INVALIDEZ

00050068



Carta nº 15250544





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, 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

Carta nº 15402352





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, 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

Pag. 00297/00298 - carta_04 - INVALIDEZ

00040149



Carta nº 15417000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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\$1.00 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1584 CONTA: 00029090 AGÊNCIA: CONTA:

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 (assinatar 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 nosoluto(a) ou solteira? ☐ 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

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)

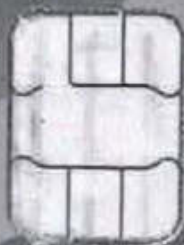
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



CAIXA

POUPANÇA



5067 2250 9773 6989

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

1584 013 00029090-5

elo

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:16:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815165745400000065254352>
Número do documento: 20081815165745400000065254352



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA 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**

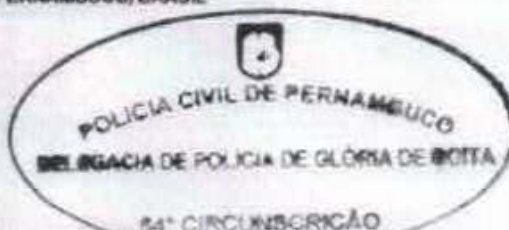
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)

GLEYCE CECILIA 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/SSPIPE (RG), 58277897472 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª, 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: **9C2KD0640CR581474**



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
Comissário Especial de Polícia
Matr. 159.816-3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 589778974-72 4 - Nome completo da vítima: José Carlos do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: José Carlos do Nascimento 6 - CPF: 589778974-72
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Rua Dom Pedro II 9 - Número: 70 10 - Complemento: A
11 - Bairro: Papibaú 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 costas 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 (se houver)? ☐ 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

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)

FPS.001 V002/2019





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

CPF: 155.834.494-20

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOM PEDRO II 70 CS-A

CAPIBARIBE/SÃO LOURENÇO DA MATA
SÃO LOURENÇO DA MATA/PE
54705-490

CONTA CONTRATO

MES/ANO

7024549148

09/2019

DATA DO VENCIMENTO

DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA

17/09/2019

11/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

18,51

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
078770552	UNICA	10/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/09/2019	001848082	8377704

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	1,0000		4,00

Scanned by CamScanner



HOSPITAL DA RESTAURACAO

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

MANCHESTER V2

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 - Sinais Vitais dentro normal x.
Reper da m. tomogel e.

No exame físico Distúrbio de consciência +
esvaziamento, Adm. prev. - Neuro Usual
Provando

CD: Sólido Rx

Dr. Guilherme Nogueira
MEDICO
CRM-P1 7472

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

Data Impressão: 08/09/2019 13:30

de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



D Exame Neurológico		Deficiência motora		MSD <input type="checkbox"/>	MSE <input type="checkbox"/>	MID <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	Pupiles	Isocônicas	Anisocônicas
Glasgow Abertura Ocular	Score	Glasgow Resposta Verbal	Score	Glasgow Resposta Motora	Score					
Hora		Hora		Hora						

E Exposição/Abdômen

Sini-globos, deformados, indolores, flácidos

Diagnóstico Inicial

1) Polipneumonia

Cod. Procedimento

Conduta

1) Rx Trauma + Pex crânio

2) Niv. NCR

Lucas Casto Ferraz
Médico
CRM-PE 20878

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Exatidão-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 cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste 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-Ser-19



ATOIO, D. C. A. V.
med
F. C. A. V.

TOMOGRAFIA HR
Data: 10/09/19

SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde
Hospita
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 MATPE
Nascimento: 27/07/1968
Localização: 1 ANDAR - SALA INT VERMELHA
Leito: LEITO 12 INT VERM. Serviço: NEUROCIRURGIA

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 Bairro: CAPIBARIBE Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA	Cartão SUS: Número 74 Complemento: UF: PE Telefone: 87999128
Ocorrências:	
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)	
Procedência: OUTRO HOSPITAL	
Informações do Serviço Social: 09/09 - Paciente com vínculo com a Atenção Social	
Confirmação de nome: a Sra. Telma Maria de Aguiar Fones	Assistente Social
Confirmação de endereço: Rua... sob o nº 74	Assistente Social
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>	
Outros <input type="checkbox"/>	
Observação:	
História Clínica:	
<p>FATURADO</p> <p>Paciente admitido no ambulatório de atendimento ao paciente com acidente de trânsito. Exatidão da documentação.</p>	
<p>Atendimento Médico</p> <p>Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por:</p> <p>Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:</p> <p>Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?</p>	
<p>Exame Físico:</p> <p>A: Geral Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:</p> <p>B: Respiratório</p> <p>C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm</p>	

Data: 8.9.19
Médico:
Técnico: T. R. 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 5766630

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 motociclista.
Referido de um tomogele e.

Não exam físico: Distúrbio espinhal e
escoliose, ADM preservada. Não Vesícula
Preservada

cd: Suspeito R x

CRM-PI 7472
MÉDICO
Dr. Stantley Napoleão

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

Data Impressão: 08/09/2019 13:30

de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Carlos do Nascimento

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08.09.2019

$$\# \quad C \quad G \quad \#$$

15400

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

Ao estado: EGB, casado, empresário, consciente e orientado.

AR: MV ⊕ SIFA

ACV: fcran 2T, BNF D/S

Abd: Plano, flácido, indolor.

raio x pelvis normal

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

CO: Analgesia, alta da CB. 2

As NCR è tramutato

NCE = 100.31

1510912

Filato de calinso mata-mata

17:05L

Algebra 1 DEFA mer. 1 munition

TC an-eramo kumalawa ipidural agudo a sirkul (kengerak)

= CO: per fare da protocollo civile.

ing. analógica + input directo

8-1000 P. S. Masad
Kadik, 10-1000000
CHENEPE 21572

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Carlos

EVOLUÇÃO CLÍNICA

16/09/19

REA

HE

PIEZA LAMINAR

EDON

XOPE kit

ta+

et levante - ALBA

me recolher

Dr. A. A. A. A.

Dr. Saul C. M. Quint
Neurocirurgião
Cirurgião de Coluna
CRM-PE 15908 / CRM-PB 8737

COD. 0123

Imagem Hospitalar de São Paulo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

65 7067

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/09/19 # NCH

07h # TCE + HEDA

Paciente estável, com queixas evoluindo sem intercorrências

Uso de analgésicos e antieméticos

ECG 15, PIFR, e diálise local

CD: - Condição no momento

- Manter vigilância hemodinâmica

- Aliviar

09/09/19

Paciente estável, sem queixas, evoluindo sem intercorrências

08/09 no Coren-PE

Motivo: - Queixas clínicas mantidas, com evolução satisfatória

919

NCH

14h

TCE + HEDA

Signo vital

Medicamento aplicado

Uso de analgésicos

Q = 15

em evolução satisfatória

COD. 0123





Receituário

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Ao UR - Nova Cria - 5266630

Idade: 51 anos, Queda de mata na Fim

Aparenta perda do nível de consciência na
med. Trazido pela Transmissão.

Na montanha Gloriosa 15, papéis
Isocórcicos e fêmeas, náuseas +
vômitos constantes, história em região
transpariente (E)

Provável fratura em Pz (E)

PA: 140 x 90

SPO₂: 97%

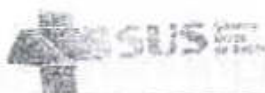
UGT: 136

Raniero Henrique
Médico - CRM-PE 78318

08 SET 2019

Av. Prefeito Mario Henrique Malta, 01, CEP: 54720-001 - Parque Capibaribe, São Lourenço da Mata-PE - Fone: (81) 3525.1120 / CNPJ: 12.257.705/0001-90





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

Sore Carlos de Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1692591

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 CRÂNIO E CONTRASTE

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - 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. José Ferraz
Médico
CRM nº 27878

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/08/19

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

TOMOGRAFIA HR

08/08/19

Assinatura e Carimbo (Nº do Registro e Conselho)

Cod. 0421



10/09/19

NCR

Segue estãdo
s/ intercorrências
ECG 15

com sigl fac controle
à laranja

Dr. Benjamin S. Kato
Médico
CRM-PE 25.751

11/09/2019
NCR

NCR

- CT Clavicular: HEDA laminar
P cãnto estãvel e ϕ puerco

- ECG 15

- alt! Viglância no laranja

Dr. Benjamin S. Kato
Médico
CRM-PE 25.751

13/09/2019

NCR-HIL

HIL: HEDA NRT Unimigico

Tratando em intern
glucose 15

ϕ glicose 21

co: Viglância Nutricional

Dr. Benjamin S. Kato
Médico
CRM-PE 25.751



19.05.2020 15:16

Srta. Carla de Nascimento

prad 1692 SAI

HCB

Pacientes dispnea da tosse ou dor abdominal
distensão EGR, com vent. aumentado expiratório
PULSAÇÃO 27 e 28 SAI P = 806 p
Saturação SpO2 94% P = 14.1m
AEC: Pulso dependente - indolente - palpável
R. de tosse sem mais de frentais, laterais ou posteriores de costela
R. de pleu sem mais de frentais

cr. alto de urina gross.
- avaliação de urina
Lopes Neto
Médico
CRM: 2132

#NCR

#TCE

#HEDA Laminar

Paciente estável, evoluindo sem
intercorrências. Sem vômitos

EGR, eupneico, afebril, Glasgow 15;
isocórico, RFM ⊕, sem focais.

Bom padrão respiratório

TC de crânio = HEDA laminar a'
direita com espessura < 15mm.

Ausência de DLM

CD: Conduta conservadora no
momento. Vigilância rigorosa

Adilson Sousa Jr.
NEUROLOGIA
CRM: 155



Receituário

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO

Ad UR - Neurocir - 5766630

Paciente, 51 anos, queda de mata há 5 dias

Apresentar perda de nível de consciência na
lúcida. Trazida por Transcidentes.

Na mancha Glasgow 15, pupilas
isocóricas e fotorreagentes, náuseas +
vômitos constantes há 2 dias em região
frontoparietal (E)

Provável fratura em P₁ (E)

PA: 140 x 90

SpO₂: 97%

UGT: 136

Renato Henrique
Mendonça - CRM-PE 78318

08 SET 2019



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Paciente: José Carlos Nascimento

Endereço:

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

1) Gésico (Retard 100mg) 2 Caixa

Tomar 1 Comprimido(s) de 12/12h

RIS 1x

1cp VO 12/12h.

Depakene 1x

Dr. Victor Crispim
Cirurgião / Farmacologia
CRM 22144

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: <u> </u>
Ident.: <u> </u> Órgão Emissor: <u> </u>
End.: <u> </u>
Cidade: <u> </u> UF: <u> </u>
Telefone: <u> </u>

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico <u> </u> Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PREScrições, Cuidados Médicos e Controle de Aplicação

PERNAMBUCO

NOME DO PREENHEITADO

ENFLETO

REGION

Nome do Funcionário: José Carlos do Nascimento

6102
60.80 vid

09109

Go to

12/09

50/50 VID

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
1) Diplo 1g			
2) SFL 7500			
3) 5657 1000 ml			
4) Omeprazol 40 - 8 - 01 FA + AD			
5) Dipirona 1g - 02 FA + AD			
6) Tilapia 40mg - 01 FA + 100 - 8			
7) 5657 1000 ml			
8) Planil - 01 - p + AD EV			

HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
10:30	10:30	10:30	10:30	10:30
11:00	11:00	11:00	11:00	11:00
11:30	11:30	11:30	11:30	11:30
12:00	12:00	12:00	12:00	12:00
12:30	12:30	12:30	12:30	12:30
13:00	13:00	13:00	13:00	13:00
13:30	13:30	13:30	13:30	13:30
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
14:30	14:30	14:30	14:30	14:30
15:00	15:00	15:00	15:00	15:00
15:30	15:30	15:30	15:30	15:30
16:00	16:00	16:00	16:00	16:00
16:30	16:30	16:30	16:30	16:30
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
17:30	17:30	17:30	17:30	17:30
18:00	18:00	18:00	18:00	18:00
18:30	18:30	18:30	18:30	18:30
19:00	19:00	19:00	19:00	19:00
19:30	19:30	19:30	19:30	19:30
20:00	20:00	20:00	20:00	20:00
20:30	20:30	20:30	20:30	20:30
21:00	21:00	21:00	21:00	21:00
21:30	21:30	21:30	21:30	21:30
22:00	22:00	22:00	22:00	22:00
22:30	22:30	22:30	22:30	22:30
23:00	23:00	23:00	23:00	23:00
23:30	23:30	23:30	23:30	23:30
24:00	24:00	24:00	24:00	24:00

CUIDADOS

SSVV + CCG

*Punto de partida.

50

MEDICO

- Alto Nivel

[illegible]



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:16:57
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815165745400000065254352>
 Número do documento: 20081815165745400000065254352

Num. 66514736 - Pág. 28

[illegible]

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 8/9/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 8/9/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Gisele Carol do Nascimento	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: TCE	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Conservador TCE Alto 12/9/19	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º - Tricisda apresenta perda de audição bilateral. Perda de rimas cognitivas transitorias por Traumatismo, sem função do dente.
2º - 19/10/19
3º -
4º -
5º -

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/08/2020 15:16:57
 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081815165745400000065254352
 Número do documento: 20081815165745400000065254352



GOV. PERNAMBUCO



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 38182 Série 00026



Fre. Carlos do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

Scanned by CamScanner



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO.....

Loc. Nasc. CAMARAGIBO, Est. PE Data 27 / 07 / 1968

Filiação ISMAEL ANTONIO DO NASCIMENTO.....

..... MARIA DAS DORES DOS SANTOS.....

Doc. nº RG 3.324.209 SSP - PE.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc Ident. nº.....

Exp. em / / Estado.....

Obs. ATUESENTOU C.T.P.S. ANTEMIOM.....

Data Emissão 29 / 05 / 03 DRT CAMARAGIBO - PE.....

..... OZEAS DA SILVA DE FREITAS.....

Scanned by CamScanner



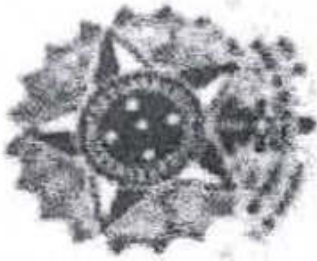
**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

**Número
582.778.974-72**

**Nome
JOSE CARLOS DO NASCIMENTO**

**Nascimento
27/07/1968**



Scanned by CamScanner



**Lauda 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: 3190688329
Nome do(a) Examinado(a): Jose Carlos do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Pedro II, S/N
A São 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: VITIMA NAO 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 PERGUNTADO.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (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 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % 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 sequela 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 NEVES
Nº 17742
CRM/PE



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

