



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
66514 736	18/08/2020 15:16	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



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

**Rio de Janeiro, 10 de 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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15217294



00159/000160 - carta 01 - INVAL IDEZ



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. 1



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

---

Rio de Janeiro, 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

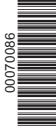
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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



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

Num. 66514736 - Pág. 2



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

---

Rio de Janeiro, 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.

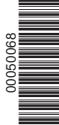
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00135/00136 - carta\_04 - INVALIDEZ



00050068

Carta nº 1525054



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. 3



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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 n° 15402352



Pág. 00171/00172 - carta 01 - INVAHIDEZ



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

Num. 66514736 Pág. 4



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

---

Rio de Janeiro, 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



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. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	689778974-79	José Carlos do Nascimento

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

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

*José Carlos do Nascimento* 589778974-79  
*Recreio* *Rua Dom Pedro II* *70* *A*  
*Papicuá* *São Lourenço* *PE* *59405-490*  
*Recreio* *83993046999*

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sozinha para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: <input type="text" value="1584"/> CONTA: <input type="text" value="0009090"/> <input checked="" type="checkbox"/> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small> <small>(Inserir o dígito se existir)</small>		

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 residência ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar número (se houver)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
					<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão 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.

NÃO APARECE (120)

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

40 - Local e Data,

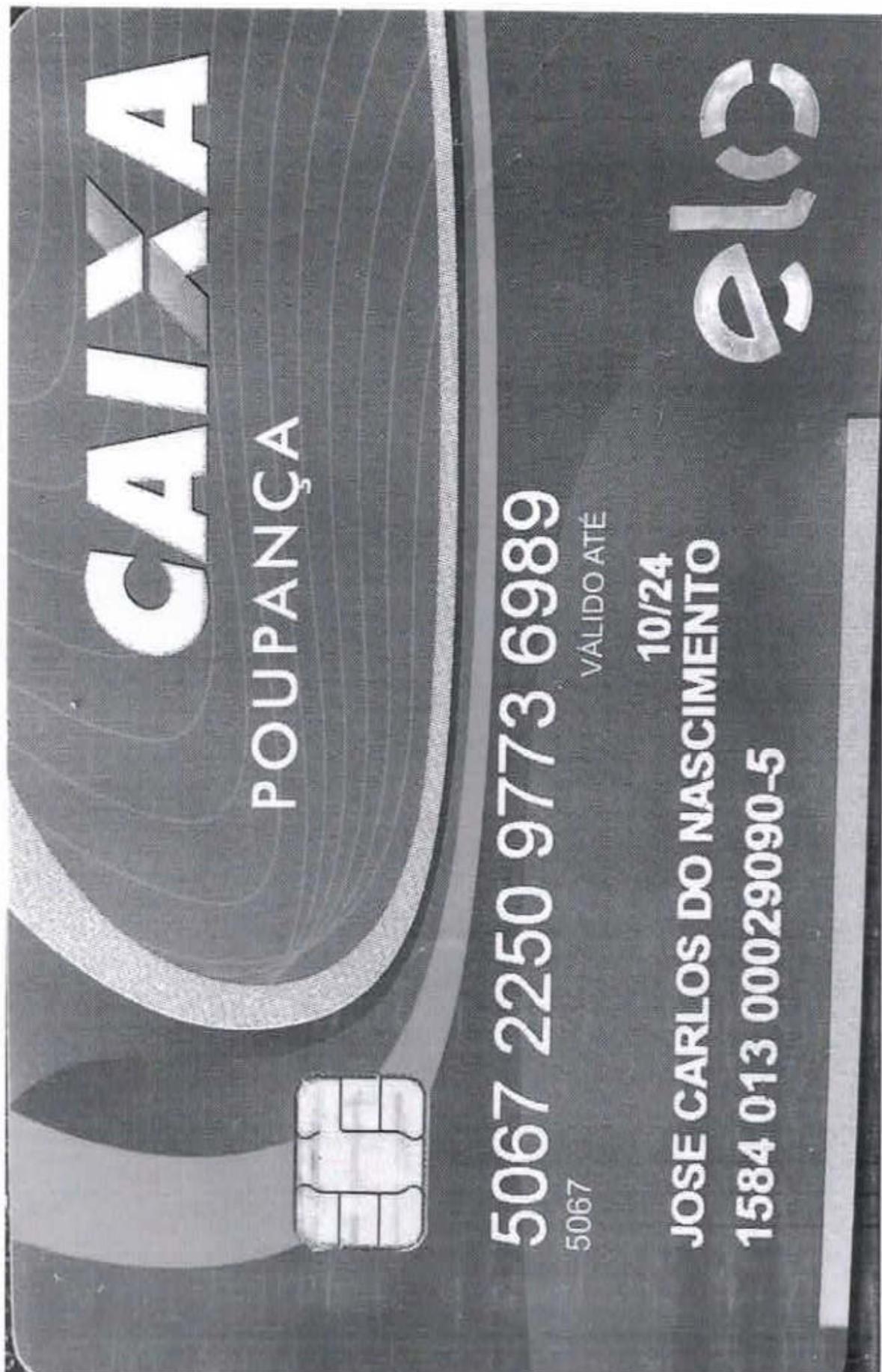
*São Lourenço do Maranhão 08/11/19*  
*José Carlos do Nascimento*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

Num. 66514736 - Pág. 7



**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 - Culposo (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 BRSIL - Bairro: **CABIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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:

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

**VEÍCULO: (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: CABIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**GLEYCE CECILIA 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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): GLEYCE CECILIA 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  
(VITIMA)

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

Severino Evaldo do Nascimento  
Comissário Especial de Polícia  
Mat. 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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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 445/2012

5 - Nome completo: *José Carlos do Nascimento* 6 - CPF: *589778974-72*  
 7 - Profissão: *Recreio* 8 - Endereço: *Rua Dom Pedro II* 9 - Número: *70* 10 - Complemento: *A*  
 11 - Bairro: *Papibaribe* 12 - Cidade: *São Lourenço* 13 - Estado: *PE* 14 - CEP: *54705-490*  
 15 - E-mail: *Recreio* 16 - Tel. (DDD): *(89) 93046299*

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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)</small>		
Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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.

Pela motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (verosimil)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, e 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 o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Sônia Lourenço da Motta 08133119*  
*José Carlos do Nascimento*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 VOL02/2019





CELPE

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  
RESIDENCIALENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA DOM PEDRO II 70 CS-A

Nº DA NOTA FISCAL	TIPO	EMISSÃO
078770552	UNICA	10/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA TOTALIZADOR
10/09/2019	1001848002	8377704

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7024549148	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA 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) Acréscimo Bandeira VERMELHA	30.0000000	0,57539541	17,28
			1,25

## TOTAL DA FATURA

18,51

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3161126057	CAT	09/08/2019	1.069,00	09/09/2019	1.073,00	4	1,00000		4,00

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

Num. 66514736 - Pág. 11

**HOSPITAL DA RESTAURACAO**Sistema de 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: U00020
	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: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 608/09/19 Trauma - 15:46

IMA - Busto Vátn acident motox.  
Ripas da m tomoxe e.  
No abdôm fíbris Destruito colono +  
esofágos, Adm peritoneal - Neur lesado  
Protruso

CD: Sustato Rx

*Dr. Antônio Nogueira*  
MEDICO  
CRM-PI 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



A REGULAÇÃO:

APÓIO / BAIXA  
jwd

TOMOGRAFIA HR

Data: 10/9/19

Secretaria da Saúde  
Hospital

Ficha de

Nº PRONTUÁRIO:  
**1692591**

Data:  
08/09/20

Ape: 1479283 Prontuário 1692591  
Pac. nr: 1692591 Nasc. 08/09/2000  
Nr. 1: MARIA DAS DORES DOS SANTOS N.º 74  
End: RUA DOM PEDRO II Bairro: SÃO LOURENÇO DA MATA PE  
Bairro: CAPIBARIBE Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA  
Nasc.: 27/07/1968 Data: 08/09/2019 15:41

Nº. ATEND.: 1479151 Paciente: JOSE CARLOS ANTÔNIO DO NASCIMENTO  
Data de nascimento: 27/07/1968 Idade: 51a 1m 12d Sexo: MASCULINO

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 Número 74  
Bairro: CAPIBARIBE Complemento:  
Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA UF: PE Telefone: 87999128

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social: 04/09 - Paciente com vinco paroxístico

Confirmação de nome: a sua Telma Maria da Silva Fones

Confirmação de endereço: Rua Dom Pedro II nº 74 bairro: S.A.L.M.

Providências: Alta  Caso Social

Encaminhamentos: Rede de Apoio  GPCA  Cons.Tutelar  Delegacias  Minist. Pùblico

Outros

Observação:

História Clínica:

Painel: não se sente náuseas ou vômitos.  
Sua rotina de vida é saudável sem tabaco, álcool, medicamentos.

**FATURADO**

Assistente Social

R. Telma  
Maria da  
Silva Fones  
Assistente Social  
PROJETO  
ASSISTENCIAL  
ASSISTENTE SOCIAL  
PROJETO DE APOIO

Assistente Social

Atendimento Médico  
Incidência: Sim  Não  Episódio Erótico: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
Transito: Sim  Não  Tipo: Transporte realizado Por:  
Cervical: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:  
Mobilização adequadas: Sim  Não  Por Quê?

Ex: a área está pérvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp:

Ex: 66°C COROC, HDP 90/00, COPNF/100  
P 100/0 m AH d AD

PA	X mm	P脉	bpm
140/80	100	515	100

Data: 8/9/19  
Médico: \_\_\_\_\_



P. Exame Neurológico	Deficiência motora	M5D	MSE	MID	MIE	Pupils	Isoconícas	Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora						

E. Exposição/Abdômen:

Stom - globos, difusos, adole, flaco

Diagnóstico Inicial:	1) PCL/Poliom.	Cod. Procedimento
----------------------	----------------	-------------------

Conduta:	1) Rx Trauma + Rx crânio 2) Rx NCP	Ass. Médico
----------	---------------------------------------	-------------

Lucas Cesar Ferraz  
Médico  
CRM-PE 28878

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Encadreou-se à Alta Internado na Clínica: Transferido para:	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____
---	--

**Termo de responsabilidade para internamento:**

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, 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 nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 08-Set-19



SENHA DA REGULAÇÃO:

Secretaria de Saúde  
Hospital  
Ficha de

TOMOGRAFIA HR

Data: 10/9/19

Nº PRONTUÁRIO: <b>1692591</b>	Dat: <b>08/09/20</b>	Atendimento: <b>1479283</b> Prontuário: <b>1692591</b>
Nº. ATEND.: <b>1479151</b> Paciente: <b>JOSE CARLOS DO NASCIMENTO</b>		Nome: <b>JOSE CARLOS DO NASCIMENTO</b>
Data de nascimento: <b>27/07/1968</b> Idade: <b>51a 1m 12d</b>		Nome Mãe: <b>MARIA DAS DORES DOS SANTOS</b>
Estado Civil: <b>SOLTEIRO</b> Profissão:		End: <b>RUA DOM PEDRO II</b> N°: <b>74</b>
DOC ID / Data expedição <b>3334209</b>	Mãe: <b>MARIA DAS DORES DOS SANTOS</b>	Bairro: <b>CAPIBARIBE</b> Cidade: <b>SÃO LOURENÇO DA MATA PE</b>
	Pal: <b>ISMAEL ANTONIO DO NASCIMENTO</b>	Nascimento: <b>27/07/1966</b>
Endereço: <b>RUA DOM PEDRO II</b>	Localização: <b>1 ANDAR - SALA INT VERMELHA</b>	Leto: <b>LETO 12 INT VERM.</b> Serviço: <b>NEUROCIRURGIA</b>
Bairro: <b>CAPIBARIBE</b>	Numero: <b>74</b>	Sexo: <b>MASCULINO</b>
Idade: <b>SÃO LOURENÇO DA MATA</b>	Complemento:	UF: <b>PE</b> Telefone: <b>87999128</b>
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: <b>ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)</b>		
Procedência: <b>OUTRO HOSPITAL</b>		
Informações do Serviço Social: <b>09/09 - Paciente com Vínculo familiar Atenção</b>		
Confirmação de nome: <b>o Sra Telma Maria da Silva Fones: esposa</b>		
Assistente Social		
Confirmação de endereço: <b>Pruh orientador sobre DIAFT</b>		
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. Públco <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		
História Clínica:		
<p>Família com antecedentes de hipertensão arterial. No exame:</p> <p>anteriormente a paciente apresentava sintomas de dor no peito e dispneia. Exames normais.</p> <p>Exame Físico:</p> <p>A: Geral: Via aérea está pélvica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:</p> <p>B: Respiratório: NVB m ATE AD</p> <p>C: Circulatório: PA: X mm Pulso: bpm</p> <p>Exames complementares:</p> <p>ECG: STT GWT 5/5 ECG</p> <p>Data: 8/9/19</p> <p>Médico: Técnico: T. L. S. M. H.</p>		



**HOSPITAL 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:	- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15 - REGUA DE DOR: 6

08/09/19 Trunf - 13:46

HDA - Ponto Vtrm acentuado motociclo.  
Refer da m tomografia.  
No exm fíncis distrito esôfago &  
esôfagopôr, AOR pressurado. Neur. Vertebral  
Provavelmente

CD: Sustento Rx

Dr. Silviano Nogueira  
MEDICO CRM-PI 7672

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



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. 16



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
ESTADO DO PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Carlos do Nascimento

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

08/09/2019

# CB #

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

Ao exame: EGB, corado, eupneico, consciente e orientado.

AR: MVR+ SIRA ACV: RCPm ZT, BNF sis

Abd: Plano, flácido, indolor.

Raios x peito normal

Raios x tórax: fratura minilata em 9º arco costal à esquerda. Ausência de hemato ou pneumotórax

CD: Analgesia, alta da CB.  
Av NCR e trauma.

8

NCE # fass. 31

08/09/19 Folia de calvário mto-mto

17:00h Sangue 17 DFL morf. mto

IC: exame hemolítico aparente agudo à direita (temporal)

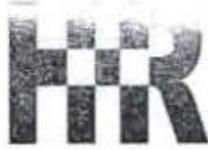
SC: pt fra de protocolo curativo

vig. neurológica + exame óptico

Bruno P. S. Vaz  
Resid. Neurologista  
CRMPE 27572

COD. 0123

Fonte: CIEC - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

José Roberto

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

10/09/19

ver

TEC

MESA LAMINAR

EVAN

X-SITE M+

fr+

er evanil - fibra

na valvula

id: Agora ver

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

COD. 0123

me Gisele Hospital de Recife



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

AS rodr

Enfermaria/Leito

PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Registro

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/09/19 # NCH

07h # TCE + HEDA

Paciente intubado, com gástrica isolando sum entroncamento

Não se aplica náuseas e vômitos

ECG IS, PIFR, & dígitos torais

# CD: • Comunicação no momento

• Manter vigilância musculares

• Adrenalin

Arnd

09/09/19

paciente intubado Sua Sobe lumbos

de NAs... em baixa doses... - ag. Salga

09/09 no dia em que

Motilina → quadro clínico mantendo

mantenho ciclos, ag. Vagomotora

motilina 12:30z

loranpa

919

# PNS #

reduzir

(+) A 1m30

Sipos elab

filtrar de sputum

ventilação Vmax

G = 15

G = obstru em baixa

STOL 32/100  
09/09/2020

COD. 0123

Assinatura digitalizada da autoridade

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

*eCG15*

E: Exposição/Abdômen:

*Semi-globos abdominais, intubado, G1cm*

Diagnóstico Inicial:	<i>1) PNL traum.</i>	Cod. Procedimento
----------------------	----------------------	-------------------

Conduta:	<i>1) PNL TRAUMA + FERIMENTO Lucas Casé Ferraz Médico CRM-PE 29578</i>	Ass. Médico
----------	--	-------------

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Encadou-se à Alta	Condição de Alta:
--------------------	--	-------------------

Internado na Clínica:

Transferido para:

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 nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_

No. da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Data e Hora Impressão: 08-Set-19





HOSPITAL E MATERNIDADE  
PETRONILA CAMPOS



## Receituário

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO

Ad UR - Neuroma - S266630

Paciente, 51 anos, Queda de vista no Fim.

Aproximadamente 10% de perda de visão de Concreva no lado. Trozos per Transversos.

No momento Glaucoma 15, pupilas heterocoria e fármacos, mímese + Vâmitas causadas hérnia em região fráxiparital (E)

Proteína plasmática em P- (E)

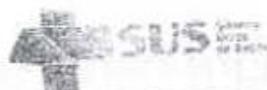
PA: 140x90      SPO<sub>2</sub>: 92%

UGT: 136

Ramal de pleural  
Mellon - Ceará-PE 97318

08/08/2019





## 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

José Carlos da Nourimento

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1692691

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)

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

1º 100 CRB-1102 37 CONTRATO

14 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

Luis Ferraz  
Médico  
CRMPE 27678

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/08/19

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

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

TOMOGRAFIA HR  
Data: 06/08/2020 N° do Registro e Conselho:  
CRMPE 27678  
Assinatura: T. Bento

Cod. 0421



10/09/19

NLR

Jaque esteve  
sem intercorrências  
ECG10

CD: est/ fec controlado  
à laranja



11/09/2019

FNCR

- CT crânio: HEDA laminares  
P. cêntrico e óval e de puerlo

- ecg10  
- colt! Vyg. laranja no laranja



13/09/2019

NCT-HIL

H3: HEDA NAT urinário

Pnef enden xu intem

gluc 15

g quetos

cd: Visitante Nurci



19.15 09/09/14  
Sexto Levante de Nascimentos prof 1692 SAI

NICB

Pacientes respondeu ao toque em seu abdômen  
Afebril EGR, comum soprotopele expira  
Peso 29 kg e 65 cm P: ~ 80 b.p.  
Peso: 1000g com 100 g  
Abdômen depõe náusea e palpação  
e de dor sem nexo de tremitos, ruminar em profundidade  
Na de pele nem rachas de fraturas

ep: alto do cíngulo grau.  
- avaliou (Lopes Neto) ortopédico  
Médico  
CRM: 2132

#NCR

# TCE

# HEDA Laminar

Paciente estavel, evoluindo sem  
intervenções. Sem vomitos

EGR, eupneico, afebril, Glasgow 15,  
isocorico, RFM +, sem focais.

Bom padrão respiratório

fc de crânio = 1+EDA laminar a'  
direta com espessura < 15mm.

Ausência de DLM

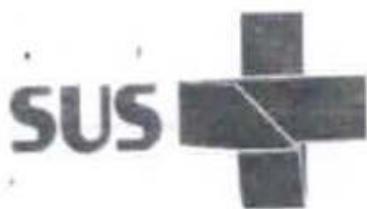
CD: Conduta conservadora no  
momento. Vigilância rigorosa

Addison Souza Jr  
Neurocirurgião  
CRM: 156





HOSPITAL E MATERNIDADE  
PETRONILA CAMPOS



## Receituário

JOSÉ CARLOS DO NASCIMENTO

Ad UR - Novo cih - 5266630

Páte, 51 anos, Quedo de mata li 5m

Apresenta perda de nível de consciência na  
med. Troz de per Transientes.

No momento Glasgow 15, pupilas  
Isocínicas e fisiológicas, mímese +  
vômitos contínuos hérnia em regiões  
fronxiparietal (E)

Dra. Vânia pativa em PI (E)

PA: 140/90 SPO<sub>2</sub>: 92%

UGT: 136

Renato Henrique  
Mello - CRM-PE 76318

08 SET 2019



## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª Via Farmácia  
2ª Via Paciente

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

1) Gésico (Retard 100mg)

Tomar \_\_\_\_\_ Comprimido(s) de 100 mg

Caixa

RIS \_\_\_\_\_  
1 CP VO 12/12m.

Depotene \_\_\_\_\_

1x

Dr. Victor Crispim  
Ginecologista  
CRM-GO 23144

### 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 <del>Ditazol 1500 mg</del>			
② <del>SES 1000 mg</del>			
③ <del>Omeprazol 40 - 01 FA + AD</del>			
④ <del>Famotidina 15 - 02 FA + AD</del>			
⑤ <del>Tigaglifosina 100 mg + 100 g</del>			
⑥ <del>Plaxil - 01 - p + AD EV</del>			
SN			

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
7:35	10:30	5:
8:45	14:00	5:
10:00	18:00	5:
11:15	22:00	5:
12:30	00:00	5:
13:45	06:00	5:
15:00	08:00	5:
16:15	10:00	5:
17:30	12:00	5:
18:45	14:00	5:
20:00	16:00	5:
21:15	18:00	5:
22:30	20:00	5:
23:45	22:00	5:
00:00	00:00	5:
01:15	02:00	5:
02:30	03:00	5:
03:45	04:00	5:
05:00	05:00	5:
06:15	06:00	5:
07:30	07:00	5:
08:45	08:00	5:
10:00	09:00	5:
11:15	10:00	5:
12:30	11:00	5:
13:45	12:00	5:
15:00	13:00	5:
16:15	14:00	5:
17:30	15:00	5:
18:45	16:00	5:
20:00	17:00	5:
21:15	18:00	5:
22:30	19:00	5:
23:45	20:00	5:
00:00	21:00	5:
01:15	22:00	5:
02:30	23:00	5:
03:45	00:00	5:
05:00	01:00	5:
06:15	02:00	5:
07:30	03:00	5:
08:45	04:00	5:
10:00	05:00	5:
11:15	06:00	5:
12:30	07:00	5:
13:45	08:00	5:
15:00	09:00	5:
16:15	10:00	5:
17:30	11:00	5:
18:45	12:00	5:
20:00	13:00	5:
21:15	14:00	5:
22:30	15:00	5:
23:45	16:00	5:
00:00	17:00	5:
01:15	18:00	5:
02:30	19:00	5:
03:45	20:00	5:
05:00	21:00	5:
06:15	22:00	5:
07:30	23:00	5:
08:45	00:00	5:
10:00	01:00	5:
11:15	02:00	5:
12:30	03:00	5:
13:45	04:00	5:
15:00	05:00	5:
16:15	06:00	5:
17:30	07:00	5:
18:45	08:00	5:
20:00	09:00	5:
21:15	10:00	5:
22:30	11:00	5:
23:45	12:00	5:
00:00	13:00	5:
01:15	14:00	5:
02:30	15:00	5:
03:45	16:00	5:
05:00	17:00	5:
06:15	18:00	5:
07:30	19:00	5:
08:45	20:00	5:
10:00	21:00	5:
11:15	22:00	5:
12:30	23:00	5:
13:45	00:00	5:
15:00	01:00	5:
16:15	02:00	5:
17:30	03:00	5:
18:45	04:00	5:
20:00	05:00	5:
21:15	06:00	5:
22:30	07:00	5:
23:45	08:00	5:
00:00	09:00	5:
01:15	10:00	5:
02:30	11:00	5:
03:45	12:00	5:
05:00	13:00	5:
06:15	14:00	5:
07:30	15:00	5:
08:45	16:00	5:
10:00	17:00	5:
11:15	18:00	5:
12:30	19:00	5:
13:45	20:00	5:
15:00	21:00	5:
16:15	22:00	5:
17:30	23:00	5:
18:45	00:00	5:
20:00	01:00	5:
21:15	02:00	5:
22:30	03:00	5:
23:45	04:00	5:
00:00	05:00	5:
01:15	06:00	5:
02:30	07:00	5:
03:45	08:00	5:
05:00	09:00	5:
06:15	10:00	5:
07:30	11:00	5:
08:45	12:00	5:
10:00	13:00	5:
11:15	14:00	5:
12:30	15:00	5:
13:45	16:00	5:
15:00	17:00	5:
16:15	18:00	5:
17:30	19:00	5:
18:45	20:00	5:
20:00	21:00	5:
21:15	22:00	5:
22:30	23:00	5:
23:45	00:00	5:
00:00	01:00	5:
01:15	02:00	5:
02:30	03:00	5:
03:45	04:00	5:
05:00	05:00	5:
06:15	06:00	5:
07:30	07:00	5:
08:45	08:00	5:
10:00	09:00	5:
11:15	10:00	5:
12:30	11:00	5:
13:45	12:00	5:
15:00	13:00	5:
16:15	14:00	5:
17:30	15:00	5:
18:45	16:00	5:
20:00	17:00	5:
21:15	18:00	5:
22:30	19:00	5:
23:45	20:00	5:
00:00	21:00	5:
01:15	22:00	5:
02:30	23:00	5:
03:45	00:00	5:
05:00	01:00	5:
06:15	02:00	5:
07:30	03:00	5:
08:45	04:00	5:
10:00	05:00	5:
11:15	06:00	5:
12:30	07:00	5:
13:45	08:00	5:
15:00	09:00	5:
16:15	10:00	5:
17:30	11:00	5:
18:45	12:00	5:
20:00	13:00	5:
21:15	14:00	5:
22:30	15:00	5:
23:45	16:00	5:
00:00	17:00	5:
01:15	18:00	5:
02:30	19:00	5:
03:45	20:00	5:
05:00	21:00	5:
06:15	22:00	5:
07:30	23:00	5:
08:45	00:00	5:
10:00	01:00	5:
11:15	02:00	5:
12:30	03:00	5:
13:45	04:00	5:
15:00	05:00	5:
16:15	06:00	5:
17:30	07:00	5:
18:45	08:00	5:
20:00	09:00	5:
21:15	10:00	5:
22:30	11:00	5:
23:45	12:00	5:
00:00	13:00	5:
01:15	14:00	5:
02:30	15:00	5:
03:45	16:00	5:
05:00	17:00	5:
06:15	18:00	5:
07:30	19:00	5:
08:45	20:00	5:
10:00	21:00	5:
11:15	22:00	5:
12:30	23:00	5:
13:45	00:00	5:
15:00	01:00	5:
16:15	02:00	5:
17:30	03:00	5:
18:45	04:00	5:
20:00	05:00	5:
21:15	06:00	5:
22:30	07:00	5:
23:45	08:00	5:
00:00	09:00	5:
01:15	10:00	5:
02:30	11:00	5:
03:45	12:00	5:
05:00	13:00	5:
06:15	14:00	5:
07:30	15:00	5:
08:45	16:00	5:
10:00	17:00	5:
11:15	18:00	5:
12:30	19:00	5:
13:45	20:00	5:
15:00	21:00	5:
16:15	22:00	5:
17:30	23:00	5:
18:45	00:00	5:
20:00	01:00	5:
21:15	02:00	5:
22:30	03:00	5:
23:45	04:00	5:
00:00	05:00	5:
01:15	06:00	5:
02:30	07:00	5:
03:45	08:00	5:
05:00	09:00	5:
06:15	10:00	5:
07:30	11:00	5:
08:45	12:00	5:
10:00	13:00	5:
11:15	14:00	5:
12:30	15:00	5:
13:45	16:00	5:
15:00	17:00	5:
16:15	18:00	5:
17:30	19:00	5:
18:45	20:00	5:
20:00	21:00	5:
21:15	22:00	5:
22:30	23:00	5:
23:45	00:00	5:
00:00	01:00	5:
01:15	02:00	5:
02:30	03:00	5:
03:45	04:00	5:
05:00	05:00	5:
06:15	06:00	5:
07:30	07:00	5:
08:45	08:00	5:
10:00	09:00	5:
11:15	10:00	5:
12:30	11:00	5:
13:45	12:00	5:
15:00	13:00	5:
16:15	14:00	5:
17:30	15:00	5:
18:45	16:00	5:
20:00	17:00	5:
21:15	18:00	5:
22:30	19:00	5:
23:45	20:00	5:
00:00	21:00	5:
01:15	22:00	5:
02:30	23:00	5:
03:45	00:00	5:
05:00	01:00	5:
06:15	02:00	5:
07:30	03:00	5:
08:45	04:00	5:
10:00	05:00	5:
11:15	06:00	5:
12:30	07:00	5:
13:45	08:00	5:
15:00	09:00	5:
16:15	10:00	5:
17:30	11:00	5:
18:45	12:00	5:
20:00	13:00	5:
21:15	14:00	5:
22:30	15:00	5:
23:45	16:00	5:
00:00	17:00	5:
01:15	18:00	5:
02:30	19:00	5:
03:45	20:00	5:
05:00	21:00	5:
06:15	22:00	5:
07:30	23:00	5:
08:45	00:00	5:
10:00	01:00	5:
11:15	02:00	5:
12:30	03:00	5:
13:45	04:00	5:
15:00	05:00	5:
16:15	06:00	5:
17:30	07:00	5:
18:45	08:00	5:
20:00	09:00	5:
21:15	10:00	5:
22:30	11:00	5:
23:45	12:00	5:
00:00	13:00	5:
01:15	14:00	5:
02:30	15:00	5:
03:45	16:00	5:
05:00	17:00	5:
06:15	18:00	5:
07:30	19:00	5:
08:45	20:00	5:
10:00	21:00	5:
11:15	22:00	5:
12:30	23:00	5:
13:45	00:00	5:
15:00	01:00	5:
16:15	02:00	5:
17:30	03:00	5:
18:45	04:00	5:
20:00	05:00	5:
21:15	06:00	5:
22:30	07:00	5:
23:45	08:00	5:
00:00	09:00	5:
01:15	10:00	5:
02:30	11:00	5:
03:45	12:00	5:
05:00	13:00	5:
06:15	14	



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

Núm. 66514736 - Pág. 28

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**RESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CO  
DE APLICAÇÃO**

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE	8/9/19	DATA COMÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	8/9/19
NOOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Yves Cordeiro de Melo Junior		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	TCE		

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Treatmento conservador TCE  
Atto 3/10/19

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
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:		
1) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO		
2) 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 Tricesto apresenta perda de audição
2º Pálpebra, tendo si visus cognitivo
3º Transverso, por traumatismo, em função do dente
4º
5º
6º
7º
8º
9º
10º
11º
12º
13º
14º
15º
16º
17º
18º
19º
20º
21º
22º
23º
24º
25º
26º
27º
28º
29º
30º
31º
32º
33º
34º
35º
36º
37º
38º
39º
40º
41º
42º
43º
44º
45º
46º
47º
48º
49º
50º
51º
52º
53º
54º
55º
56º
57º
58º
59º
60º
61º
62º
63º
64º
65º
66º
67º
68º
69º
70º
71º
72º
73º
74º
75º
76º
77º
78º
79º
80º
81º
82º
83º
84º
85º
86º
87º
88º
89º
90º
91º
92º
93º
94º
95º
96º
97º
98º
99º
100º
101º
102º
103º
104º
105º
106º
107º
108º
109º
110º
111º
112º
113º
114º
115º
116º
117º
118º
119º
120º
121º
122º
123º
124º
125º
126º
127º
128º
129º
130º
131º
132º
133º
134º
135º
136º
137º
138º
139º
140º
141º
142º
143º
144º
145º
146º
147º
148º
149º
150º
151º
152º
153º
154º
155º
156º
157º
158º
159º
160º
161º
162º
163º
164º
165º
166º
167º
168º
169º
170º
171º
172º
173º
174º
175º
176º
177º
178º
179º
180º
181º
182º
183º
184º
185º
186º
187º
188º
189º
190º
191º
192º
193º
194º
195º
196º
197º
198º
199º
200º
201º
202º
203º
204º
205º
206º
207º
208º
209º
210º
211º
212º
213º
214º
215º
216º
217º
218º
219º
220º
221º
222º
223º
224º
225º
226º
227º
228º
229º
230º
231º
232º
233º
234º
235º
236º
237º
238º
239º
240º
241º
242º
243º
244º
245º
246º
247º
248º
249º
250º
251º
252º
253º
254º
255º
256º
257º
258º
259º
260º
261º
262º
263º
264º
265º
266º
267º
268º
269º
270º
271º
272º
273º
274º
275º
276º
277º
278º
279º
280º
281º
282º
283º
284º
285º
286º
287º
288º
289º
290º
291º
292º
293º
294º
295º
296º
297º
298º
299º
300º
301º
302º
303º
304º
305º
306º
307º
308º
309º
310º
311º
312º
313º
314º
315º
316º
317º
318º
319º
320º
321º
322º
323º
324º
325º
326º
327º
328º
329º
330º
331º
332º
333º
334º
335º
336º
337º
338º
339º
340º
341º
342º
343º
344º
345º
346º
347º
348º
349º
350º
351º
352º
353º
354º
355º
356º
357º
358º
359º
360º
361º
362º
363º
364º
365º
366º
367º
368º
369º
370º
371º
372º
373º
374º
375º
376º
377º
378º
379º
380º
381º
382º
383º
384º
385º
386º
387º
388º
389º
390º
391º
392º
393º
394º
395º
396º
397º
398º
399º
400º
401º
402º
403º
404º
405º
406º
407º
408º
409º
410º
411º
412º
413º
414º
415º
416º
417º
418º
419º
420º
421º
422º
423º
424º
425º
426º
427º
428º
429º
430º
431º
432º
433º
434º
435º
436º
437º
438º
439º
440º
441º
442º
443º
444º
445º
446º
447º
448º
449º
450º
451º
452º
453º
454º
455º
456º
457º
458º
459º
460º
461º
462º
463º
464º
465º
466º
467º
468º
469º
470º
471º
472º
473º
474º
475º
476º
477º
478º
479º
480º
481º
482º
483º
484º
485º
486º
487º
488º
489º
490º
491º
492º
493º
494º
495º
496º
497º
498º
499º
500º



L 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número ..... 38182 ..... Série ..... 000 26 .....

*José Cordeiro da Mota Simões*  
ASSINATURA DO PORTADOR

Scanned by CamScanner



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

Num. 66514736 - Pág. 30

QUALIFICACAO CIVIL

Nome José Carlos do Nascimento

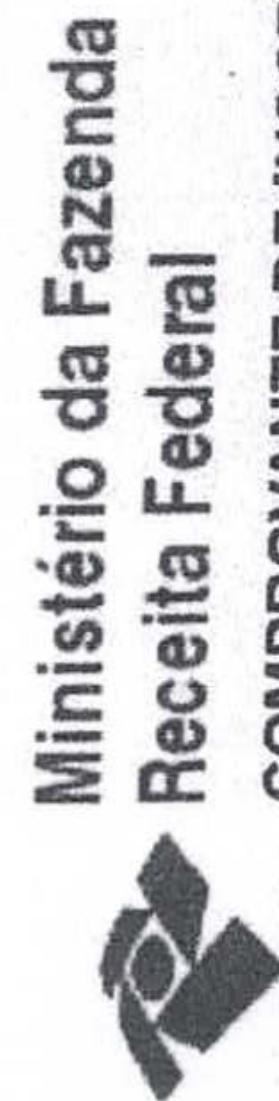
Loc. Nasc. CARAGUATUBA, Est. PR  
Filiação ISMAEL ANTONIO DO NASCIMENTO  
MAPA DAS DOLRES DOS SANTOS  
Doc. n° RG. 3.324.209 SS - PR

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / / / Doc Ident. n°  
Exp. em / / / / Estado  
Obs. ALIENSINTO CTES  
Data Emissão 29/05/03 DRT. CAVALCANTI - PR

OZEAS DA SILVA FERREIRA





**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número

**582.778.974-72**

Nome

**JOSE CARLOS DO NASCIMENTO**

Nascimento

**27/07/1968**

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

Num. 66514736 - Pág. 32

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190688329  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Carlos do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dom Pedro II, S/N  
A Sao Lourenco 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 COMPLICACOES**

**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 PREGUNTADO.**

- IV. Nexo 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.

**Vitima sem sequela neurologica. Receita médica sem data, impossivel comprovar uso atual de medicação**

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

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves  
CPF - 045.955.274-03  
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

